



HAL
open science

Élaboration d'un consensus sur les compétences addictologiques minimales à acquérir en troisième cycle de médecine générale pour l'alcool et le tabac : méthode **DELPHI**

Pierre Leforestier

► **To cite this version:**

Pierre Leforestier. Élaboration d'un consensus sur les compétences addictologiques minimales à acquérir en troisième cycle de médecine générale pour l'alcool et le tabac : méthode DELPHI. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03182108

HAL Id: dumas-03182108

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03182108v1>

Submitted on 26 Mar 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2019/2020

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 14 octobre 2020

par

M LEFORESTIER Pierre

Né le 28/05/1990 à Caen (*Calvados*)

TITRE DE LA THÈSE :

**Élaboration d'un consensus sur les compétences addictologiques minimales
à acquérir en troisième cycle de médecine générale pour l'alcool et le tabac :
méthode DELPHI**

Président : Monsieur le Professeur **BABIN Emmanuel**

Membres : Monsieur le Professeur **LE COUTOUR Xavier**

Madame le Docteur **DE JAEGHER Sophie**

Monsieur le Docteur **CABE Nicolas** (Directeur de Thèse)



Université de Caen ·

Normandie

UFR de SANTE –
FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2019/2020

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie

Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses

Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS EMERITES

M.	HURALT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Emmanuel BABIN, vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail, soyez assuré de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Xavier LE COUTOUR, je vous prie de recevoir mes remerciements pour avoir accepté de faire partie de ce jury et de juger mon travail.

A Madame le Docteur Sophie DE JAEGHER, je vous prie de recevoir mes remerciements pour avoir accepté de faire partie de ce jury et de juger mon travail.

A Monsieur le Docteur Nicolas CABE, merci de m'avoir accompagné et soutenu tout au long de ce travail. Merci pour ta disponibilité et ta pédagogie en stage.

A Margaux, merci de ta présence et de ton soutien infaillible. Je suis très fier de nous et du chemin que nous avons parcouru ensemble. Tu m'as fait le plus beau des cadeaux en faisant de moi un papa.

A Elliott, tu es tout ce dont j'avais rêvé, et même plus. Vivement la suite.

A mes Parents, merci de m'avoir toujours soutenu. Vous avoir à mes côtés est une chance inestimable. Merci pour les valeurs et l'éducation que vous m'avez transmises.

A Louis, pour toutes les années passées à tes côtés.

A mes grands-parents, où que vous soyez, je vous embrasse bien tendrement.

Aux Douvrais, je suis si fier de ce que nous sommes après tant d'années. Pourvu que ça dure.

Aux Loubards, on perd un peu d'espérance de vie, mais on rigole bien !

A tous les co-internes d'Alençon, merci pour cette année mémorable !

Aux oursons et au très gros tas de copains, merci de m'avoir accueilli parmi vous, on fait une très belle équipe.

A Alexis, parce qu'on l'a grimpé cette côte !

A toutes les équipes médicales et paramédicales rencontrées au cours de mes études et qui ont contribué à la formation du médecin que je suis.

ABREVIATIONS

BEARNI : Brief Evaluation of Alcohol Related Neuropsychological Impairment

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLERS : Comité Local d'Éthique de la Recherche en Santé

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CUNEA : Collège Universitaire National des Enseignants d'Addictologie

DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

DMG : Département de Médecine Générale

ECN : Épreuves Classantes Nationales

EnCLASS : Enquête nationale en Collège et en Lycée chez les Adolescents sur la Santé et les substances

GEP : Groupes d'Échanges de Pratique

HAS : Haute Autorité de Santé

MCU : Maître de Conférence des Universités

MSU : Maître de Stage des Universités

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PHEPA : Primary Health Care European Project on Alcohol

PU : Professeur des Universités

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SFA : Société Française d'Alcoologie

SFMG : Société Française de Médecine Générale

TCEM : Troisième Cycle des Études Médicales

TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des caractéristiques des experts ayant participé au premier tour de cotation.....	16
Tableau 2 : Taux de participation des différentes catégories d'experts aux tours de cotation successifs	19

FIGURES

Figure 1 : Distribution de la quantité d'alcool consommée dans l'année parmi les 18-75 ans en France métropolitaine, en 2017	1
Figure 2 : Évolution des indicateurs de consommation d'alcool parmi les 18-24 ans en France métropolitaine, 1992-2017	2
Figure 3 : Niveaux d'usage d'alcool (en %) par sexe à 17 ans en 2017	3
Figure 4 : Prévalence du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe parmi les 18-75 ans, France, 2000-2017	4
Figure 5 : Évolution annuelle du pourcentage de consultation de médecine générale en rapport avec une plainte ou un trouble lié à l'usage d'alcool, 1998 – 2009. (Source Société Française de Médecine Générale)	8
Figure 6 : Timeline de l'étude	17
Figure 7 : Diagramme de flux de la procédure « rôles du médecin généraliste »	23
Figure 8 : Diagramme de flux de la procédure « enseignement à délivrer »	31

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
1. Chiffres clés en France	1
1.1 La consommation d'alcool	1
1.2 La consommation de tabac	3
2. Les addictions sont un enjeu majeur de santé publique	5
3. Les rôles des médecins généralistes.....	6
3.1 Place dans le système de soins	6
3.2 Recommandations de bonne pratique	6
3.3 Les chiffres en soins primaires	7
4. L'enseignement de l'addictologie aux futurs généralistes	8
5. Évaluation du système d'enseignement actuel	9
6. Objectif de notre travail	11
METHODES	13
1. Méthode Delphi	13
2. Revue de la littérature préparatoire	13
3. Recrutement des experts.....	15
4. Composition du panel d'experts	16
5. Procédure de consultation des experts.....	16
6. Analyse des cotations.....	18
7. Identification des messages clés par les experts	18
8. Autorisation et éthique	18
RESULTATS	19
1. Résultats de la participation	19
2. Résultats de la procédure « rôles attribuables au médecin généraliste »	19
2.1 Résultats du tour 1.....	19
2.2 Résultats du tour 2.....	20
2.3 Résultats du tour 3.....	20
2.4 Analyse des profils de consensus et dissensus en fonction des groupes.....	23
2.5 Analyse qualitative des commentaires de la procédure « rôles attribuables au généraliste »	24
2.5.1 Repérer, diagnostiquer	24
2.5.2 Prévention secondaire	25
2.5.3 Intervenir, traiter	25
2.5.4 Terrains particuliers	26
2.5.5 Suivre, orienter	26
3. Résultats de la procédure « enseignement à délivrer ».....	27
3.1 Résultats du tour 1.....	27
3.2 Résultats du tour 2.....	27
3.3 Résultats du tour 3.....	28
3.4 Analyse des profils de consensus et dissensus en fonction des groupes.....	31
3.5 Analyse qualitative des commentaires de la procédure « enseignement à délivrer »	32
3.5.1 Addictologie générale	32

3.5.2 Alcoologie.....	32
3.5.3 Tabacologie	32
3.5.4 Approches non médicamenteuses.....	33
4. Résultats concernant les messages clés à délivrer.....	33
<i>DISCUSSION</i>	<i>34</i>
1. Principaux résultats.....	34
2. Forces et limites	34
2.1 Le sujet.....	34
2.2 La population	35
2.3 La Méthodologie	35
2.4 La participation	36
3. Discussion des résultats.....	36
3.1 Procédure « rôles du médecin généraliste »	36
3.1.1 Résultats du premier tour.....	36
3.1.2 Résultats du second tour	37
3.1.3 Résultats du troisième tour.....	37
3.1.4 Analyse en sous-groupes.....	38
3.1.5 Commentaires des experts	39
3.2 Procédure « enseignement à délivrer »	39
3.2.1 Résultats du premier tour	39
3.2.2 Résultats du second tour	40
3.2.3 Résultats du troisième tour.....	40
3.2.4 Analyse en sous-groupes.....	41
3.2.5 Commentaires des experts	41
4. Messages clés.....	42
<i>CONCLUSION</i>	<i>43</i>
<i>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</i>.....	<i>44</i>
<i>ANNEXES</i>	<i>48</i>

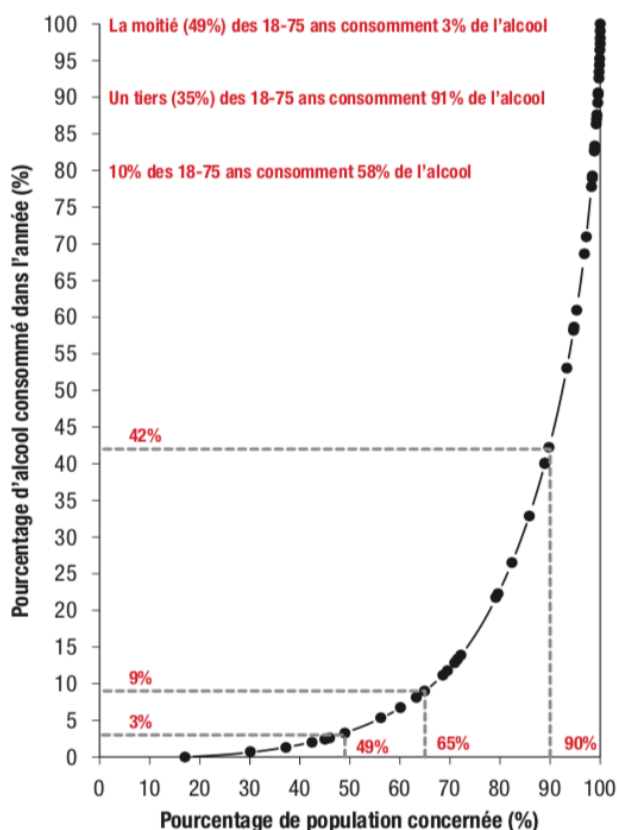
INTRODUCTION

1. Chiffres clés en France

1.1 La consommation d'alcool

La consommation d'alcool a beaucoup diminué en France, puisqu'elle est passée de 26,0 litres d'alcool pur en moyenne annuelle par habitant âgé de 15 ans et plus en 1961, à 11,7 litres en 2017 (1). Elle se stabilise depuis le début des années 2010.

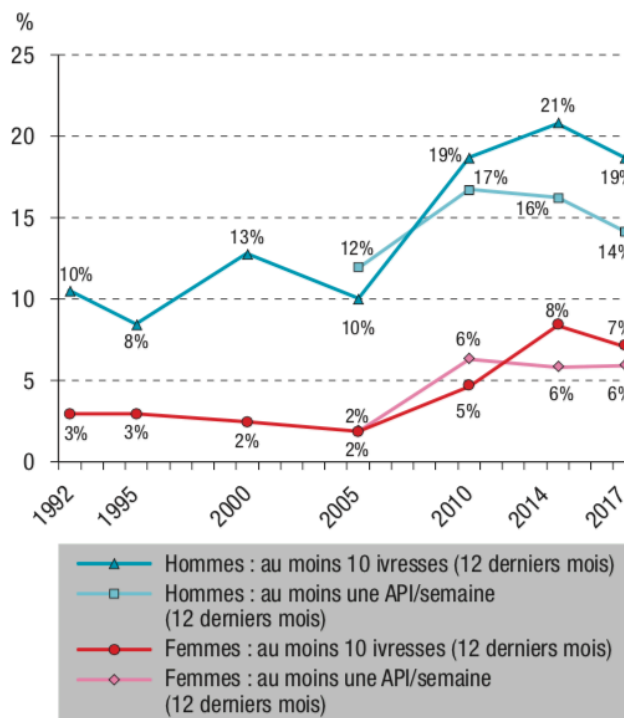
Les résultats du Baromètre de Santé Publique France de 2017 retrouvent un fort taux de personnes adultes ayant consommé de l'alcool au cours des douze derniers mois (86,5%), dont plus de la moitié au moins une fois par semaine. 21% des adultes répondeurs déclaraient avoir connu une ivresse dans l'année et 10% étaient des consommateurs quotidiens. Les modes de consommation diffèrent selon l'âge. L'alcool quotidien est plus fréquent chez les personnes âgées. En 2017, 26,0% des personnes de 65-75 ans déclaraient une consommation quotidienne d'alcool, contre 2,3% des 18-24 ans. La consommation se distribue de manière très hétérogène comme le montre la figure 1.



Source : Baromètre de Santé publique France 2017.

Figure 1 : Distribution de la quantité d'alcool consommée dans l'année parmi les 18-75 ans en France métropolitaine, en 2017

En revanche les ivresses sont surtout observées chez les jeunes, comme le montrent les figures 2 et 3. En 2017, la part des personnes déclarant au moins une alcoolisation ponctuelle importante (définie comme la consommation de 6 verres d'alcool ou plus en une occasion) était de 54,1% parmi les 18-24 ans, puis décroissait régulièrement avec l'âge, atteignant tout de même 19,7% parmi les 65-75 ans. Les ivresses régulières (au moins dix ivresses au cours des 12 derniers mois) s'observaient principalement chez les jeunes de 18 à 24 ans et concernent 19,4% d'entre eux en 2017, contre moins de 1% des plus de 55 ans.



Sources : Baromètres de Santé publique France 1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, 2017.
API : alcoolisation ponctuelle importante.

Figure 2 : Évolution des indicateurs de consommation d'alcool parmi les 18-24 ans en France métropolitaine, 1992-2017

Concernant les populations à risque, en 2017, parmi les mères d'enfants de cinq ans ou moins, 11,7 % déclaraient avoir consommé de l'alcool au cours de leur dernière grossesse. Concernant les adolescents, les résultats de l'enquête nationale en Collèges et en Lycées chez les Adolescents sur la Santé et les Substances (EnCLASS) de 2019, s'appuyant sur les enquêtes HSBC/ESPAD de 2018, retrouvent une expérimentation de l'alcool chez 6 collégiens sur 10 et une consommation régulière d'alcool chez 15% des lycéens. (2)

Niveaux d'usage d'alcool (en %) par sexe à 17 ans en 2017

		Ensemble (n=39 115)	Garçons (n=19 611)	Filles (n=19 504)	Ratio garçons/filles
Alcool	Expérimentation	85,7	86,6	84,6	1,02 ***
	Dans l'année : ≥1 usage (actuel)	77,7	80,1	75,2	1,07 ***
	Dans le mois : ≥1 usage (récent)	66,5	69,9	62,9	1,11 ***
	Dans le mois : ≥10 usages (régulier)	8,4	12,0	4,6	2,62 ***
API	Dans le mois : ≥1 fois	44,0	49,6	38,1	1,30 ***
	Dans le mois : ≥3 fois (répétée)	16,4	21,7	10,9	1,99 ***
	Dans le mois : ≥10 (régulière)	2,7	4,3	1,0	4,28 ***

Source : ESCAPAD 2017, France métropolitaine – OFDT.

*, **, *** : test du Chi2 portant sur la différence entre filles et garçons, significative respectivement aux seuils de 0,05, 0,01 et 0,001.

API : alcoolisation ponctuelle importante.

Figure 3 : Niveaux d'usage d'alcool (en %) par sexe à 17 ans en 2017

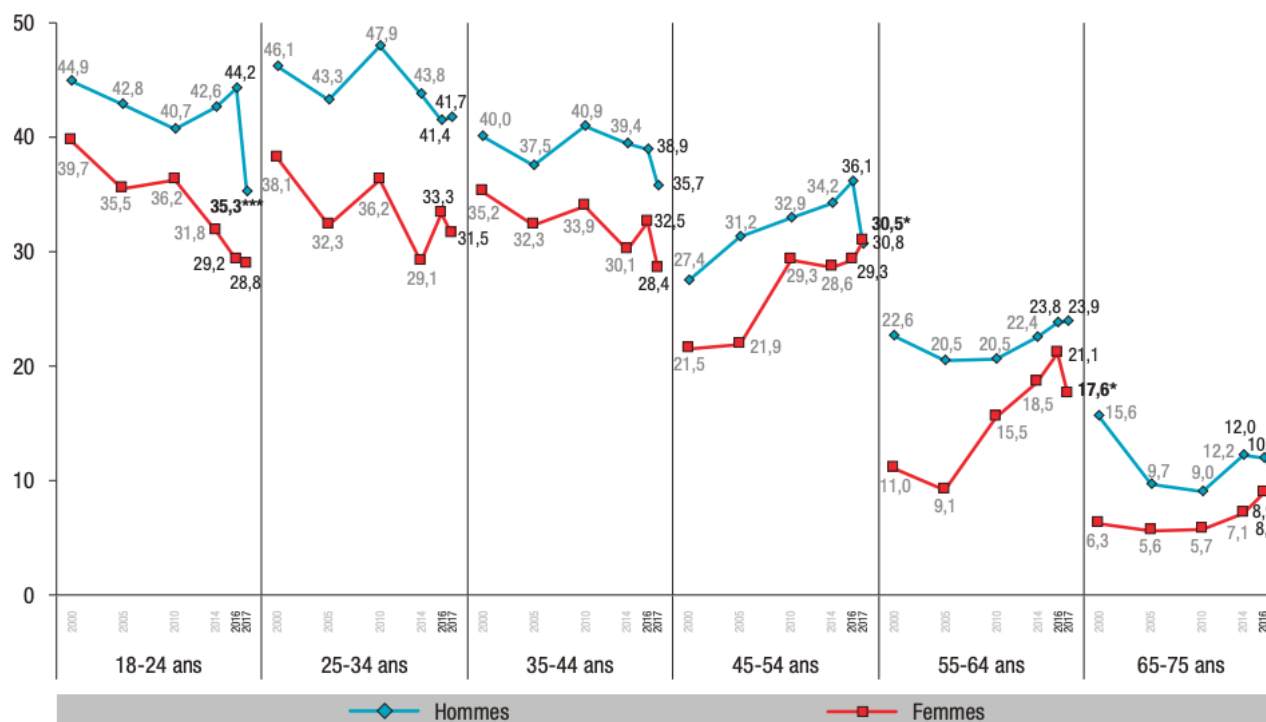
Les Français consomment donc beaucoup, et la consommation de boissons alcoolisées demeure profondément ancrée dans les pratiques culturelles Françaises.

1.2 La consommation de tabac

Bien qu'en diminution, la prévalence du tabagisme reste en France à un niveau élevé, comme le montre la figure 4. Elle est ainsi plus élevée que dans certains pays d'Europe occidentale : l'Allemagne, la Belgique et les Pays-Bas comptent environ un quart de fumeurs, l'Italie un cinquième (3).

Les données du Baromètre de Santé publique France 2019 confirment la baisse du tabagisme observée depuis 2016. En 2019, trois Français de 18-75 ans sur dix déclaraient fumer (30,4 %), près d'un quart des 18-75 ans fumait quotidiennement (24,0 %). Si globalement la prévalence du tabagisme quotidien ne varie pas de façon significative entre 2018 et 2019, elle est en baisse parmi les femmes (passant de 22,9% à 20,7%). Les fumeurs quotidiens consommaient en moyenne 12,5 cigarettes (ou équivalent) par jour.

Prévalence (en %) du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe parmi les 18-75 ans, France, 2000-2017



Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et 2017, Santé publique France.
 Les * indiquent une évolution significative entre 2016 et 2017 : * p<0,05 ; *** p<0,001.

Figure 4 : Prévalence du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe parmi les 18-75 ans, France, 2000-2017

Concernant les populations à risque, 24,7% des femmes enceintes lors de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2017 fumaient au moins occasionnellement et 22,3 % quotidiennement. Parmi elles, 63,4 % ont déclaré avoir été informées de l'impact éventuel de la consommation de tabac sur la grossesse et sur leur enfant par un médecin ou une sage-femme (4).

En ce qui concerne les tentatives de sevrage, en 2019, 33,3 % des fumeurs quotidiens ont fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours de la dernière année. Cette proportion est en hausse significative par rapport à 2018 (24,9 %) et à 2014 (28,1 %). En 2019, 34,4 % des 18-75 ans avaient déjà essayé l'e-cigarette et 5,7 % l'utilisaient lors de l'enquête, 4,4 % quotidiennement. Seule la prévalence du vapotage quotidien augmente significativement par rapport à 2014 (3,0 %). L'e-cigarette attire principalement les fumeurs. La grande majorité des fumeurs l'a d'ailleurs déjà essayée (3).

2. Les addictions sont un enjeu majeur de santé publique

En 2012, l'usage nocif de l'alcool a été à l'origine de 3,3 millions de décès dans le monde (5). En France, l'alcool est une source importante de mortalité et de morbidité. On estime chaque année que 49000 décès (9%) sont imputables à l'alcool. Cette substance est considérée comme deuxième cause de mortalité évitable, juste après le tabac, pour lequel l'incidence des décès est plus élevée avec 79000 décès (14%) imputables (dont 46 000 cancers). On note que l'alcoolisation fœtale est la 1ère cause de handicap non génétique en France (3)(6).

Selon l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies), le coût social de l'alcool (valeur des vies humaines perdues, perte de la qualité de vie, pertes de production, et coût pour les finances publiques) est d'environ 120 milliards d'euros par an (7). Il est identique pour le tabac. A titre de comparaison, ce coût est estimé à près de 9 milliards pour l'ensemble des drogues illicites (8)(9).

En France, la prévention et la prise en charge des conduites addictives sont au cœur des considérations de santé publique, comme en témoignent le Rapport de la Cour des Comptes de juin 2016 (10) et le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022.

Ce dernier précise que « si la prévention est essentielle, l'enjeu est également de mieux prendre en charge les conduites addictives, réduire les risques liés aux consommations et prévenir les dommages associés. En particulier, il convient d'améliorer le repérage précoce des personnes ayant une conduite addictive ainsi que leur accompagnement tout au long du parcours de soins et de vie. Dès lors, la priorité au cours des prochaines années sera de faire des professionnels de premier recours – en premier lieu, les médecins généralistes - les acteurs pivot du repérage et la porte d'entrée des parcours de santé. La mise à disposition de ressources et référentiels doit également leur permettre de prendre en charge et accompagner directement davantage de patients (hors situations complexes) sans référer au secteur spécialisé. » (8).

Pour la formation, les objectifs du plan national de mobilisation contre les addictions sont de « renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé sur la thématique des conduites addictives ainsi que sur les approches motivationnelles. Soutenir le développement de formations pluri professionnelles territorialisées dans le cadre du DPC. ».

A l'échelle internationale, le département Santé mentale et abus de substances psychoactives de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a organisé en 2017 à Genève le premier forum mondial sur l'alcool, les drogues et les conduites addictives. L'objectif principal était d'améliorer les actions de santé publique dans ces domaines en renforçant les partenariats et la collaboration entre les organisations, les réseaux et les institutions liés à la santé publique (11). Dans son Programme de Développement Durable à l'horizon 2030, l'objectif 3.5 engage

les gouvernements « à renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives ». Ceci implique « la prévention de l'usage de la drogue et la réduction de la vulnérabilité et des risques ; le traitement et les soins pour les personnes atteintes de troubles liés à l'usage de la drogue ; la prévention et la prise en charge des effets nocifs de l'usage de la drogue ; et l'accès aux médicaments placés sous contrôle » (12).

La lutte contre le tabagisme a été renforcée depuis 2014 avec la mise en place de plans nationaux dont découlent un certain nombre de mesures comme le paquet neutre, le remboursement des substituts nicotiques comme n'importe quel médicament, des campagnes de prévention renouvelées avec l'opération « mois sans tabac » et la hausse des prix pour atteindre un paquet à 10 € en 2020. Les médecins généralistes peuvent également obtenir des affiches, flyers, posters, ainsi que des kits pour sevrage tabagique à remettre aux patients, dans le cadre de l'opération « mois sans tabac », qui a lieu tous les ans en novembre.

Les consommations d'alcool et de tabac sont ainsi fréquentes, et ont un fort retentissement. En ce sens, ces problématiques concernent tous les professionnels de santé, et en premier lieu, les médecins généralistes.

3. Les rôles des médecins généralistes

3.1 Place dans le système de soins

Étant donné sa place dans le dispositif actuel de santé, le médecin généraliste se trouve en position décisive (13). Il est le praticien de premier recours et est particulièrement bien placé pour le dépistage et la prévention des consommations à risque, mais aussi pour assurer et coordonner les soins relatifs aux complications des addictions, et au suivi des maladies chroniques. Il suit le patient dans la durée et détient de précieuses informations sur son état de santé, somatique et psychologique, mais également sur son environnement social, familial et professionnel (14). Il est compétent pour l'informer et le conseiller afin de réduire les dommages consécutifs au mésusage de substances psychoactives et peut garantir son suivi sur une longue période.

3.2 Recommandations de bonne pratique

Au sujet de la prise en charge de l'addiction tabagique, l'HAS (Haute Autorité de Santé) explique que « les professionnels de santé - au premier rang desquels les médecins généralistes - doivent devenir de véritables partenaires anti-tabac des fumeurs qui veulent arrêter ». Ils doivent aussi « engager une démarche active auprès de leur patient fumeur quel

que soit le motif de consultation ». Elle recommande que « soient formés au dépistage individuel et à l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac : tous les professionnels de santé, et notamment les médecins généralistes » (15).

En ce qui concerne la prise en charge du trouble de l'usage d'alcool, le groupe de travail européen du projet Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA), attribue aux médecins généralistes « la responsabilité de repérer et de prendre en charge les patients dont la consommation d'alcool est à risque ou nocive » (16). Pour la SFA (Société Française d'Alcoologie), il apparaît « évident que l'implication des médecins généralistes est cruciale pour faciliter l'accès aux soins des personnes souffrant d'un mésusage et de l'alcool. » (17) et « tout médecin généraliste devrait avoir reçu une formation lui permettant de repérer un mésusage de l'alcool et de faire une intervention brève ».

3.3 Les chiffres en soins primaires

La prise en charge des addictions est ainsi en grande partie réalisée par les médecins de ville, en lien ou non avec les centres de soins spécialisés (18). Selon les données de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) allant de la période 1998 à 2009, l'incidence des résultats de consultation en rapport avec une plainte ou un trouble lié à une consommation excessive d'alcool se situait autour de 10 à 14% des consultations selon les données d'un échantillon de 220 médecins (figure 5). Ces données n'ont pas été actualisées après 2009. En 2009, l'enquête Baromètre Santé (19) a montré que 68,6% des médecins généralistes avaient vu un patient pour sevrage tabagique dans les sept jours précédents, et 94,5% prenaient en charge eux-mêmes leurs patients le cas échéant (seul ou en liaison avec une structure) ; les médecins de ville voyaient environ 50.000 patients chaque semaine pour un sevrage d'alcool (20). Ce chiffre est non négligeable au regard du nombre de consultations hebdomadaires en médecine générale, estimé à 2 millions (21).

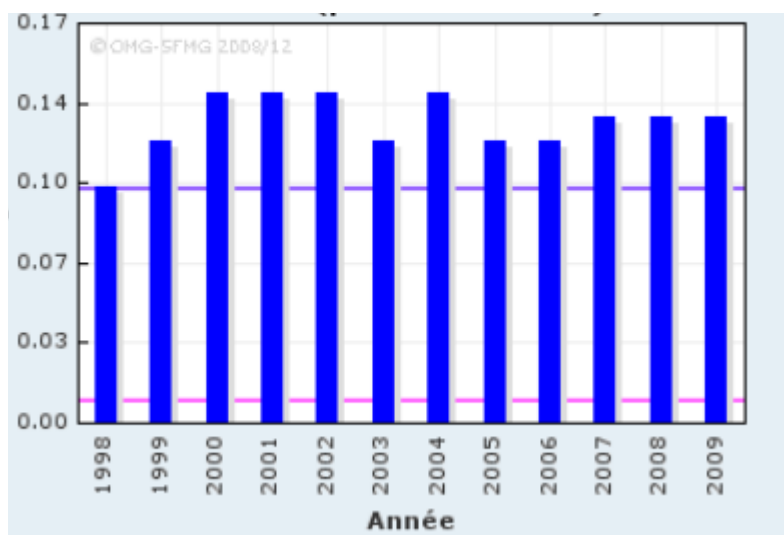


Figure 5 : Évolution annuelle du pourcentage de consultation de médecine générale en rapport avec une plainte ou un trouble lié à l’usage d’alcool, 1998 – 2009. (Source Société Française de Médecine Générale)

4. L’enseignement de l’addictologie aux futurs généralistes

La formation initiale en addictologie commence en second cycle (DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales), avec le programme commun des Épreuves Classantes Nationales (ECN), à l’issue desquelles l’étudiant devra savoir, pour chaque addiction : « Repérer, diagnostiquer et évaluer le retentissement de l’addiction (...), connaître les indications et les principes du sevrage (...), argumenter l’attitude thérapeutique (traitement de substitution, réduction des risques, prévention des rechutes), planifier le suivi du patient. » L’addictologie est au programme de l’unité d’enseignement numéro 3 « Maturation – Vulnérabilité – Santé mentale – Conduites addictives », sous la forme de 6 items (addiction au tabac ; addiction à l’alcool ; addiction aux médicaments psychotropes ; addiction au cannabis, cocaïne, amphétamines, opiacés, drogues de synthèse ; addictions comportementales ; dopage) (22). Dans ce programme, le chapitre “thérapeutique” n’est exposé que dans ses principes et il n’est pas attendu de l’étudiant qu’il sache gérer de manière concrète les différentes stratégies thérapeutiques.

Au cours du troisième cycle de médecine générale, la référence à l’enseignement de l’addictologie se trouve dans un document édité par le Comité National des Généralistes Enseignants (CNGE) servant de base à la certification du Diplôme d’Études Spécialisées (DES) de Médecine Générale. Ce document répertorie 11 familles de situations cliniques courantes pour la médecine générale. Elles sont présentées comme les situations « devant lesquelles l’étudiant de médecine générale devra avoir été placé au cours de ses trois années de DES afin d’évaluer ses performances et donc ses compétences » (23). L’addictologie n’y

est pas directement abordée, mais l'est indirectement au travers de problématiques plus larges, notamment la compétence 1 «situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly-morbidité à forte prévalence ». Ce document ne cite pas de référence à un contenu pédagogique spécifique afin d'atteindre ces différents objectifs, ni ne mentionnent la manière de parvenir à l'acquisition de cette compétence.

Concernant la mise en œuvre de ces objectifs de formation, les stratégies apparaissent hétérogènes d'une région à l'autre. Certains Départements de Médecine Générale (DMG) ne confient cette formation qu'aux maîtres de stages pendant les stages universitaires, parfois également aux Groupes d'Échanges de Pratique non spécifiques (GEP). Certaines facultés proposent une formation spécifique, et celle-ci peut être obligatoire ou optionnelle (24).

Le mode d'enseignement le plus répandu actuellement est l'abord de cette thématique selon un modèle pédagogique dit « centré sur l'apprentissage », utilisant l'analyse réflexive des internes de médecine générale, à partir d'expériences et de situations cliniques authentiques.

5. Évaluation du système d'enseignement actuel

En France, il n'existe à notre connaissance que 3 études (dont 2 réalisées dans le cadre de thèses d'exercice en médecine générale), cherchant à évaluer l'efficacité du système actuel de l'enseignement de l'addictologie chez les futurs généralistes.

La première, menée par Baque et al., évaluait dans 9 facultés françaises les proportions de réponses dommageables à un questionnaire de situations cliniques, selon l'existence d'un enseignement facultaire spécifique d'addictologie et son caractère obligatoire ou facultatif pendant le TCEM (Troisième Cycle des Études Médicales) de médecine générale, chez les étudiants ayant récemment fini leur DES ou en fin de DES (24).

Bien qu'étant d'une puissance modeste (13,3 % de la population cible, soit un effectif de 284 étudiants), cette étude mettait en évidence l'intérêt d'une formation obligatoire à l'addictologie lors du TCEM de médecine générale. Parmi les répondants ayant 2 réponses dommageables maximum, 69% avaient reçu un enseignement spécifique obligatoire et 13% n'avaient pas reçu d'enseignement spécifique. Comparativement, parmi les répondants ayant au moins 3 réponses dommageables, 50% ont reçu un enseignement spécifique obligatoire et 24% n'ont pas reçu d'enseignement ($p=0,0097$).

De façon complémentaire, l'étude menée par Ilango et al. évaluait, avec le même questionnaire de situations cliniques que Baque et al., la proportion de réponses dommageables des MSU (Maître de stage des Universités) de 6 facultés selon la présence

ou non d'une formation spécifique d'addictologie dans la faculté de référence. Cette étude n'a pas montré de différence significative entre les facultés enseignant l'addictologie et celles ne l'enseignant pas. Cependant, ce résultat est à la limite de la significativité ($p=0,051$). Parmi les pistes explicatives, on note notamment la faible puissance statistique due à une faible participation à l'étude (6,7% de la population cible, soit 175 MSU) (25).

Ce travail amène à penser qu'une partie des items pouvant être considérés comme essentiels dans l'enseignement addictologique n'était pas maîtrisé par certains MSU, puisque :

- 38 % des MSU de l'échantillon ne connaissaient pas le principe du conseil minimal.
- 66 % ne connaissaient pas les critères d'addiction selon le DSM-V.
- 24 % ne connaissaient pas le principe de l'intervention brève.
- 40 % ne connaissaient pas le cycle de Prochaska et Di Clemente.
- 25 % ont répondu de manière dommageable sur la thérapeutique que ce soit pour le tabac, l'alcool ou les opiacés.

Le troisième travail, mené par Djengué et al., avait pour objectif l'évaluation des connaissances, des pratiques et de la formation des internes français en fin de cursus de médecine générale en alcoologie. L'évaluation reposait sur un questionnaire envoyé par voie électronique aux départements de médecine générale. Sur les 622 questionnaires retournés (20,2%), 484 étudiants (77,5%) n'ont pas obtenu la moyenne au test d'évaluation des connaissances et des pratiques. Les résultats étaient améliorés lorsque les internes avaient reçu une formation complémentaire en addictologie et lorsque les facultés accordaient plus de poids à la formation en addictologie. Par ailleurs, cette étude mettait en évidence une relation entre la présence d'une formation à l'addictologie durant le 3^e cycle (6 heures en moyenne) et l'observation d'un meilleur niveau de connaissance en fin de cursus. De même, il y avait significativement plus de postes ouverts en stage d'addictologie dans les facultés (trois fois plus en moyenne) lorsque les internes obtenaient la moyenne au test.

En cohérence avec ces trois études, le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 pointe que « la majorité des médecins en fin de cursus de formation de médecine générale ne semble pas en mesure de repérer et de prendre en charge de manière adéquate un fumeur et/ou un patient ayant des consommations à risque ou problématiques d'alcool » (8).

Un travail de thèse mené très récemment à la faculté de médecine de Caen, sous la forme d'une étude transversale descriptive basée sur des entretiens semi-dirigés, pointe le peu de formation en addictologie dans le cursus des futurs médecins généralistes Bas Normands.

Sur les 20 praticiens interrogés, 15 n'avaient pas reçu de formation spécifique en addictologie. Il suggère que « L'université de Caen-Normandie, au travers de sa faculté de médecine, pourrait proposer d'augmenter le taux horaire des enseignements en addictologie lors du deuxième cycle des études médicales et proposer des formations rapides aux jeunes internes en médecine générale lors de leur troisième cycle. » (26).

Ce constat est également évoqué dans le plan national de mobilisation contre les addictions : « Les compétences en addictologie des médecins généralistes peuvent être renforcées ; il existe manifestement une insuffisance de formation initiale sur le sujet. En outre, il apparaît qu'une amélioration de la formation initiale permet une amélioration des pratiques. L'autonomie des universités et la disparité des formations nécessitent un travail de mobilisation en vue de garantir un socle minimal de formation et d'acquisition des compétences sur les conduites addictives. » (8).

6. Objectif de notre travail

La formation des futurs médecins généralistes en ce qui concerne le repérage et la prise en charge des addictions est actuellement disparate et apparaît insuffisante d'après les quelques études réalisées à ce sujet. Si on ne peut exiger de tous les généralistes qu'ils soient aussi des addictologues, il est cependant attendu, du fait de leur place dans le système de santé, un minimum de compétences pour repérer, accueillir et répondre de manière adaptée à un patient en situation d'addiction. Les missions du médecin généraliste sont multiples et nombreuses. Le volume de connaissances à acquérir étant très important, se pose donc la question d'identifier les connaissances minimales à acquérir concernant l'addictologie, en ciblant l'essentiel et l'utile.

L'objectif de notre étude sera d'identifier, de façon consensuelle, un socle de rôles attendus du médecin généraliste et un contenu d'enseignement que les internes en médecine générale devraient avoir reçu, concernant la prise en charge de l'alcool et du tabac, en médecine de premier recours. Pour ce faire, nous avons choisi de nous appuyer sur une méthode de consensus Delphi, ayant recours à des experts médecins généralistes et addictologues.

Notre question de recherche était : « quelles sont les connaissances minimales à acquérir en troisième cycle de médecine générale, concernant la prise en charge des addictions au tabac et à l'alcool ? ».

Notre hypothèse de recherche était que les différents experts auraient des avis convergents et divergents, permettant de déterminer un socle minimal essentiel de connaissances et

compétences dont chaque interne en fin de cursus devrait avoir pu bénéficier au cours de ses études.

Une façon d'identifier le socle de connaissances attendu des étudiants de troisième cycle en médecine générale est de rassembler des opinions d'experts. Pour ce faire, les méthodes de consensus formalisé semblent être le moyen idéal.

Elles sont décrites comme des « techniques de groupes permettant d'explorer le niveau de consensus au sein d'un groupe d'experts en synthétisant et clarifiant leurs opinions » (27). Leur objectif est de définir le niveau d'accord sur un sujet donné, par un groupe d'expert. Ces méthodes sont devenues l'outil de choix pour répondre aux questions de santé et de médecine, particulièrement en matière de santé mentale (28) et de soins de premier recours (29)(30)(31).

La méthode Delphi permet un anonymat complet lors des tours de cotations, de générer de la discussion et éventuellement de dégager un consensus au sein d'un groupe d'experts. Cette méthode, avec anonymisation, permet également de réduire la probabilité que le consensus soit dominé par le point de vue d'une minorité forte (effet de leader d'opinion).

METHODES

1. Méthode Delphi

Nous avons utilisé une méthode Delphi en plusieurs tours de vote. Nous avons choisi de cibler, dans le cadre de ce travail, les 2 substances les mieux connues et ayant le plus fort impact en termes de santé publique : l'alcool et le tabac.

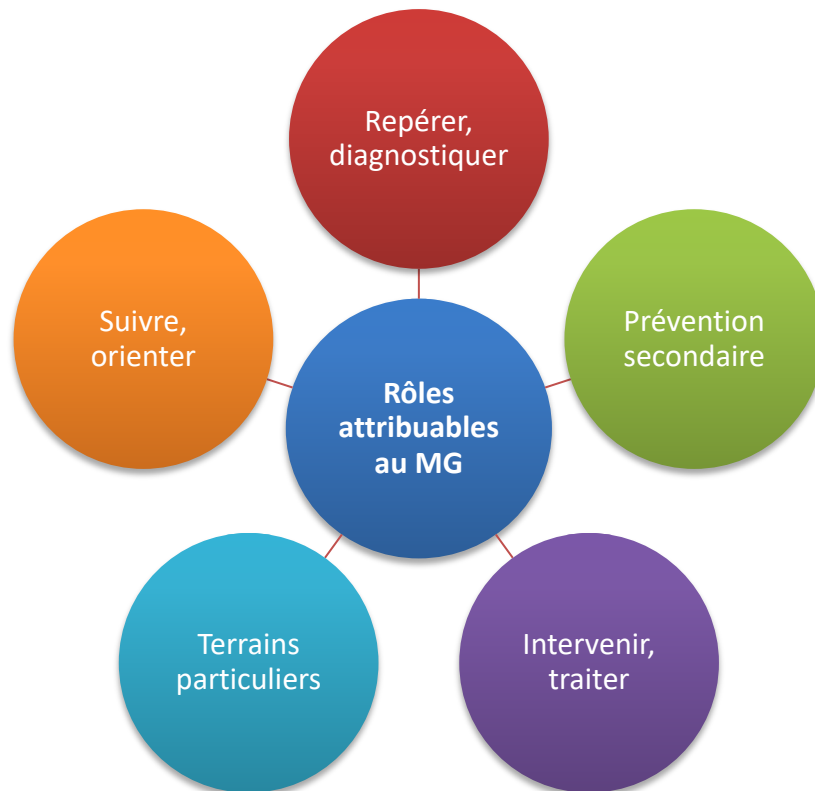
L'objectif était d'établir une liste de rôles attendus du médecin généraliste et d'items d'enseignement à délivrer aux étudiants de troisième cycle en médecine générale, pour l'enseignement de l'addictologie en soins de premier recours. Nous avons également mené un travail complémentaire, avec pour objectif d'identifier 10 messages clés à véhiculer au cours d'un enseignement d'addictologie en formation initiale.

Au cours de la procédure, les participants répondent à des questionnaires successifs, organisés en plusieurs tours de vote. A la fin des tours de vote, l'investigateur prépare le questionnaire suivant en fonction des résultats du précédent, en y incluant les remarques des participants. De cette façon, chaque participant peut réévaluer sa réponse à la lumière des réponses et commentaires du groupe d'expert (32).

2. Revue de la littérature préparatoire

Nous avons établi deux listes d'items qui ont servi de base de travail au groupe Delphi, à partir des données, recommandations et outils de bonne pratique des principales sociétés savantes à destination des médecins généralistes (17)(33)(34). Ces listes d'items étaient non limitatives, les experts pouvant proposer des items qui étaient alors inclus au tour de vote suivant. Pour plus de clarté, les listes d'items ont été divisées en sous-parties.

La liste d'items « rôles attribuables au médecin généraliste » a été divisée en 5 parties :



La liste d'items « enseignement à délivrer » a été divisée en 4 parties :



3. Recrutement des experts

Les experts étaient définis comme des médecins impliqués dans la prise en charge des addictions au tabac et à l'alcool, ou dans l'enseignement de la médecine générale et/ou de l'addictologie. Ceux-ci s'engageaient à répondre à un questionnaire itératif et évolutif conformément à la méthodologie utilisée (35)(36)(37)(38).

Notre souhait était d'obtenir les points de vue des différents professionnels impliqués dans la prise en charge des addictions, que ce soit en médecine ambulatoire ou hospitalière. Nous souhaitions également prendre en compte les besoins de médecins universitaires, impliqués dans l'enseignement. En ce sens, quatre profils d'experts ont été ciblés dans un objectif de représentativité du panel :

- Médecins généralistes universitaires : chef de clinique, MCU (Maître de Conférence des Universités) ou PU (Professeur des Universités) de médecine générale.
- Médecins généralistes « de terrain », pratiquant une activité addictologique.
- Addictologues universitaires : chef de clinique, MCU ou PU d'addictologie.
- Addictologues « de terrain » : exerçant en CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ou en service d'addictologie (non universitaire).

Concernant les addictologues « de terrain », nous avons ciblé les praticiens de la région Normandie référencés sur le site Drogues Info Service, que nous avons contacté par téléphone puis courrier électronique. Ce dernier exposait le projet, ainsi que l'intérêt de leur participation, auquel nous avons joint le synopsis de notre projet de recherche.

Concernant les médecins généralistes « de terrain », nous avons ciblé les médecins généralistes de la région Normandie, avec activité addictologique déclarée sur le site du Conseil de l'Ordre des Médecins, que nous avons contactés par téléphone puis courrier électronique.

Les médecins généralistes et addictologues universitaires ont été recrutés par effet « boule de neige ». En pratique, les premiers experts ont été sollicités par courrier électronique. Il leur était ensuite demandé, si des personnes de leur entourage correspondant aux critères d'inclusion seraient intéressées par une participation à l'étude. Ces nouveaux participants potentiels étaient ensuite à leur tour contactés par courrier électronique.

4. Composition du panel d'experts

La littérature ne décrit pas formellement le nombre d'experts nécessaire pour la méthode Delphi. Selon la HAS, ce nombre peut aller de seize à trente (38). Selon Letrilliart et Al, au moins quinze experts sont nécessaires (37). En prévision d'un taux d'attrition de 30%, nous avons initialement recruté 35 experts pour espérer en voir 25 terminer la procédure.

Nous avons donc recruté un total initial de :

- 9 médecins généralistes universitaires,
- 11 médecins généralistes de terrain,
- 6 addictologues universitaires,
- 9 addictologues de terrain.

Le tableau 1 présente la distribution des caractéristiques des experts recrutés ayant participé au premier tour de cotation.

Tableau 1 : Répartition des caractéristiques des experts ayant participé au premier tour de cotation

	4 ADDICTOLOGUES UNIVERSITAIRES		8 ADDICTOLOGUES "DE TERRAIN"	
Sexe	Femme	2	Femme	6
	Homme	2	Homme	2
Formation initiale	MG	1	MG	8
	Neurologue	1		
	Psychiatre	2		
Formation addictologique	Pas de formation spécifique	1	DU ou DIU addictologie	4
	DESC	2	DESC	2
	Capacité	1	Capacité	5
Expérience	>10 ans	4	>10 ans	8
Type d'exercice	Urbain	4	Urbain	5
			Semi Urbain	3
	6 GÉNÉRALISTES UNIVERSITAIRES		7 GÉNÉRALISTES "DE TERRAIN"	
Sexe	Femme	2	Femme	2
	Homme	4	Homme	5
Formation addictologique	Pas de formation spécifique	3	DU ou DIU addictologie	1
	DU ou DIU addictologie	1	DESC	1
	Capacité	1	Capacité	5
	DU ou DIU tabacologie	1	DU ou DIU tabacologie	1
Expérience	<10 ans	2	<10 ans	4
	>10 ans	4	>10 ans	3
Type d'exercice	Rural	2	Rural	1
	Urbain	4	Semi Urbain	2
			Urbain	4

5. Procédure de consultation des experts

La consultation des experts était dématérialisée sur la plateforme de sondage Limesurvey[®] de l'Université Caen Normandie. Les experts étaient invités à participer aux questionnaires

successifs via un courrier électronique personnalisé contenant un lien pour accéder au site Limesurvey® de l'Université Caen Normandie.

L'enquête se déroulait en trois tours de vote. Chaque tour contenait deux procédures indépendantes :

- La procédure « rôles attribuables au médecin généraliste ».
- La procédure « enseignement à délivrer ».

Tous les experts étaient concernés par les deux procédures.

Le courrier électronique contenait un bref rappel de l'objectif de recherche ainsi que l'explication du rôle attendu des experts. Concernant les deuxième et troisième tours de cotation, ils contenaient les résultats du tour précédent ainsi qu'une synthèse anonymisée des commentaires des experts. Un courrier électronique de rappel était systématiquement adressé aux participants dans les jours suivant l'invitation initiale, suivi d'un deuxième et dernier rappel.

Les tours de consultation consistaient en la cotation de la liste exhaustive des items tirés de la revue de la littérature précédemment décrite.

Les experts cotaient chaque intitulé à l'aide d'une échelle de Likert graduée de 1 à 9, avec la cotation 1 pour les items jugés « totalement inappropriés », la cotation 5 pour les items jugés « incertains » et la cotation 9 pour les items jugés « parfaitement appropriés », conformément aux recommandations méthodologiques (38).

À la fin des questionnaires, les experts pouvaient soumettre des remarques libres ou suggérer de nouveaux items qui étaient alors inclus pour le tour suivant.

A l'issue du premier tour de consultation, les investigateurs effectuaient le traitement statistique, synthétisaient les commentaires des experts et préparaient le second tour.

Le second tour avait lieu selon les mêmes modalités. A l'issue du second tour, deux listes d'items étaient validées, et étaient soumises aux experts lors du troisième tour pour validation.

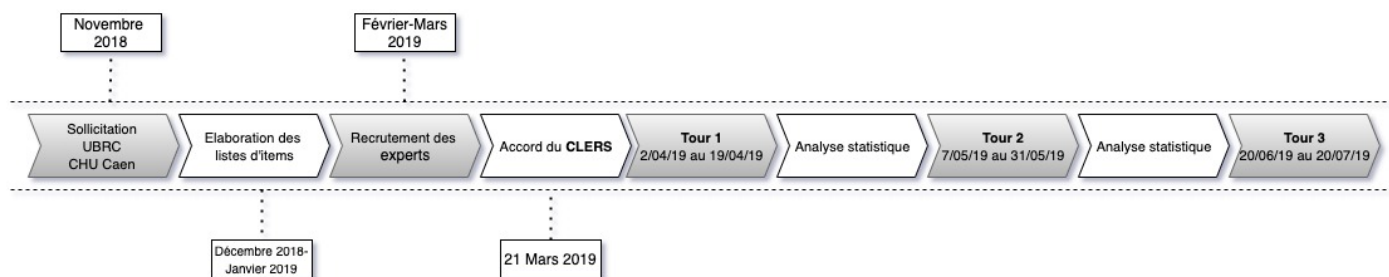


Figure 6 : Timeline de l'étude

6. Analyse des cotations

À la fin de chaque tour, une analyse descriptive de chaque questionnaire était menée. Les données étaient traitées en aveugle afin de ne pas influencer la portée des avis de chaque expert. Nous menions une analyse statistique selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (38), permettant d'identifier les éléments désignés comme appropriés ou non, consensuels ou non.

Au premier tour, les items étaient considérés comme appropriés avec accord fort si leur cotation avait une médiane ≥ 7 et une distribution entre 7 et 9, ils étaient alors définitivement validés et sortis des tours de cotation. Les items considérés comme inappropriés avec accord fort (médiane ≤ 3 et distribution 1-3) étaient définitivement éliminés et sortis des tours de cotation. Les items considérés comme incertains (médiane 4-6,5 et/ou distribution 1-9) ou avec accord faible (distribution 1-5 ou 5-9) pouvaient être modifiés ou reformulés et étaient inclus au tour suivant avec une synthèse anonyme des commentaires.

En cas d'absence de consensus, la clôture du groupe était fixée au maximum quatre mois après le début du premier tour, soit le 2/08/2020.

Au décours des tours de vote, nous avons souhaité savoir s'il existait des divergences significatives entre catégories d'experts. Un test de Kruskal-Wallis était utilisé pour tester si les groupes d'experts différaient de façon significative sur les items pour lesquels on observait des avis divergents après le second tour.

7. Identification des messages clés par les experts

Une procédure complémentaire, menée en parallèle, était proposée aux experts. Il s'agissait d'identifier 10 messages clés à véhiculer au cours d'un enseignement d'addictologie en formation initiale. A la fin du premier questionnaire, il était demandé aux experts de proposer 10 messages clés. A l'issue du premier tour, les messages clés ont été mis en commun et regroupés selon leur idée principale. Ils étaient ensuite soumis aux experts au second tour, afin que ces derniers puissent sélectionner et classer les 10 messages les plus importants à véhiculer aux internes de médecine générale.

8. Autorisation et éthique

Les réponses aux questionnaires en ligne étaient totalement anonymes et satisfaisaient aux exigences du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données). Nous avons obtenu un avis favorable émanant du CLERS (Comité Local d'Éthique de la Recherche en Santé) du CHU de Caen en date du 21/03/2019 (Annexe 1).

RESULTATS

1. Résultats de la participation

Les experts ont été consultés entre le 2 avril et le 20 juillet 2019. Comme prévu par la méthode DELPHI appliquée à notre étude, nous avons réalisé deux tours pour chacune des procédures, suivis d'un troisième tour de validation.

-Le premier tour a duré 17 jours et a réuni 25 experts sur les 35 recrutés (taux de participation 71,4%).

-Le second tour a duré 24 jours et a réuni 23 experts sur les 35 recrutés (taux de participation 65,7%).

-Le troisième tour a duré 37 jours et a réuni 23 experts sur les 35 recrutés (taux de participation 65,7%).

Le tableau 2 montre le taux participation des différentes catégories d'experts aux tours de cotation successifs.

Tableau 2 : Taux de participation des différentes catégories d'experts aux tours de cotation successifs

	Experts consultés	Premier tour		Deuxième tour		Troisième tour	
		Réponses reçues	%	Réponses reçues	%	Réponses reçues	%
Addictologues universitaires	6	4	67%	6	100%	5	83%
Addictologues de terrain	9	8	89%	6	67%	8	89%
Généralistes universitaires	9	6	67%	7	78%	7	78%
Généralistes de terrain	11	7	64%	4	36%	3	27%
Total	35	25	71%	23	66%	23	66%

2. Résultats de la procédure « rôles attribuables au médecin généraliste »

Nous avons formulé 39 items grâce à la revue systématique de la littérature et nous les avons soumis aux experts.

2.1 Résultats du tour 1

À l'issue du premier tour, 4 items ont été jugés appropriés avec accord fort et ont donc été définitivement validés :

- **Repérer les consommateurs de tabac** (médiane 9 ; distribution 9).
- **Dépister les complications somatiques liées au tabac** (médiane 9 ; distribution 7-9).
- **Dépister les complications somatiques secondaires au trouble de l'usage d'alcool** (médiane 9 ; distribution 7-9).

- **Délivrer les repères de consommation à risque concernant l'alcool** (*médiane 9 ; distribution 9*).

11 items ont été jugés appropriés avec accord faible et 24 incertains. Ils ont été soumis au second tour, avec une synthèse anonyme des commentaires.

2.2 Résultats du tour 2

Sur les 35 items soumis au second tour, 17 ont été validés avec accord fort et 11 avec accord relatif. La répartition de ces différents items est présentée en annexe 2.

Les 7 autres items, jugés incertains, ont été définitivement non retenus. En effet, les règles d'analyse des réponses permettant de juger du caractère approprié ou non des propositions soumises au vote du groupe de cotation diffèrent selon qu'il s'agit du premier tour ou du second. Le premier tour est plus conservateur, afin de discuter au second tour de toute situation où il y a incertitude ou valeur manquante (38).

Les 7 items non retenus étaient :

- **Savoir prescrire le bupropion** (*médiane : 7 ; distribution 1-9*).
- **Savoir prescrire la varénicline** (*médiane : 7 ; distribution 1-9*).
- **Prescrire d'autres traitements d'indication psychiatrique dans le trouble de l'usage d'alcool** (*médiane : 6 ; distribution 1-9*).
- **Analyser seul avec le patient les situations à risque de rechute et l'aider à élaborer des stratégies de prévention de la rechute** (*médiane : 7 ; distribution 2-9*).
- **Prendre en charge le mésusage d'alcool chez un patient poly-consommateur** (*médiane : 7 ; distribution 3-9*).
- **Prendre en charge le tabagisme chez un patient poly-consommateur** (*médiane : 8 ; distribution 3-9*).
- **Prendre en charge le mésusage d'alcool chez un patient prenant des benzodiazépines au long cours** (*médiane : 7 ; distribution 3-9*).

2.3 Résultats du tour 3

Nous avons donc obtenu 32 items consensuels (4 items validés au premier tour, et au second tour, 17 items validés avec accord fort et 11 items validés avec accord relatif). Les 32 items consensuels ont été soumis aux experts pour validation globale.

Il existait donc un **accord fort** concernant les items suivants :

Concernant la consommation de tabac :

- Repérer les consommateurs de tabac.
- Évaluer le niveau de dépendance.
- Dépister les complications somatiques.
- Prescrire les substituts nicotiques dans un projet d'arrêt et d'abstinence.
- Prendre en charge une femme enceinte consommatrice de tabac.
- Proposer si nécessaire les outils alternatifs d'aide à la prise en charge du tabac.

Concernant la consommation d'alcool :

- Poser avec précision le diagnostic d'addiction à l'alcool, avec ou sans dépendance physique.
- Dépister les complications somatiques.
- Évaluer le retentissement global du mésusage d'alcool, sur le plan médico-psycho-social.
- Identifier les personnes à risque de complication de sevrage d'alcool.
- Prescrire et suivre un sevrage ambulatoire en alcool.
- Connaître les indications et les modalités de prescription des benzodiazépines dans le sevrage d'alcool.
- Connaître les indications et les modalités d'hydratation dans le sevrage d'alcool.
- Prescrire une vitaminothérapie dans le trouble de l'usage d'alcool.

Concernant la prise en charge des addictions :

- Réaliser une intervention brève.
- Délivrer les repères de consommation à risque concernant l'alcool.
- Délivrer les conseils de réduction des risques liés à l'usage d'alcool ou de tabac.
- Informers contre les principales idées reçues circulant chez les patients autour de leur consommation (d'alcool et/ou de tabac).
- Orienter efficacement le patient dans le réseau addictologique de proximité.
- Effectuer seul le suivi d'un patient en phase de consolidation d'abstinence de tabac ou d'alcool.

Il existait un **accord relatif** concernant les items suivants :

- Nommer avec précision le type d'usage que les patients font de l'alcool.
- Dépister les complications cognitives secondaires au trouble de l'usage d'alcool.
- Dépister les complications psychiatriques secondaires au trouble de l'usage d'alcool.

- Dépister les complications sociales secondaires au trouble de l'usage d'alcool.*
- Prescrire les addictolytiques à bon escient.*
- Identifier le souhait et le stade motivationnel du patient lors de chaque consultation évoquant la consommation problématique.*
- Prescrire les antidépresseurs dans le trouble de l'usage d'alcool.*
- Mener un entretien motivationnel.*
- Prendre en charge une femme enceinte avec mésusage d'alcool.*
- Prendre en charge le mésusage d'alcool chez un patient avec comorbidité psychiatrique stabilisée.*
- Prendre en charge le tabagisme chez un patient avec comorbidité psychiatrique stabilisée.*

Le document final « rôles du médecin généraliste », soumis aux experts (Annexe 3), a été jugé approprié avec accord relatif (médiane 7 ; distribution 1-9).

La figure 7 présente le diagramme de flux de la procédure « rôles attribuables au généraliste ».

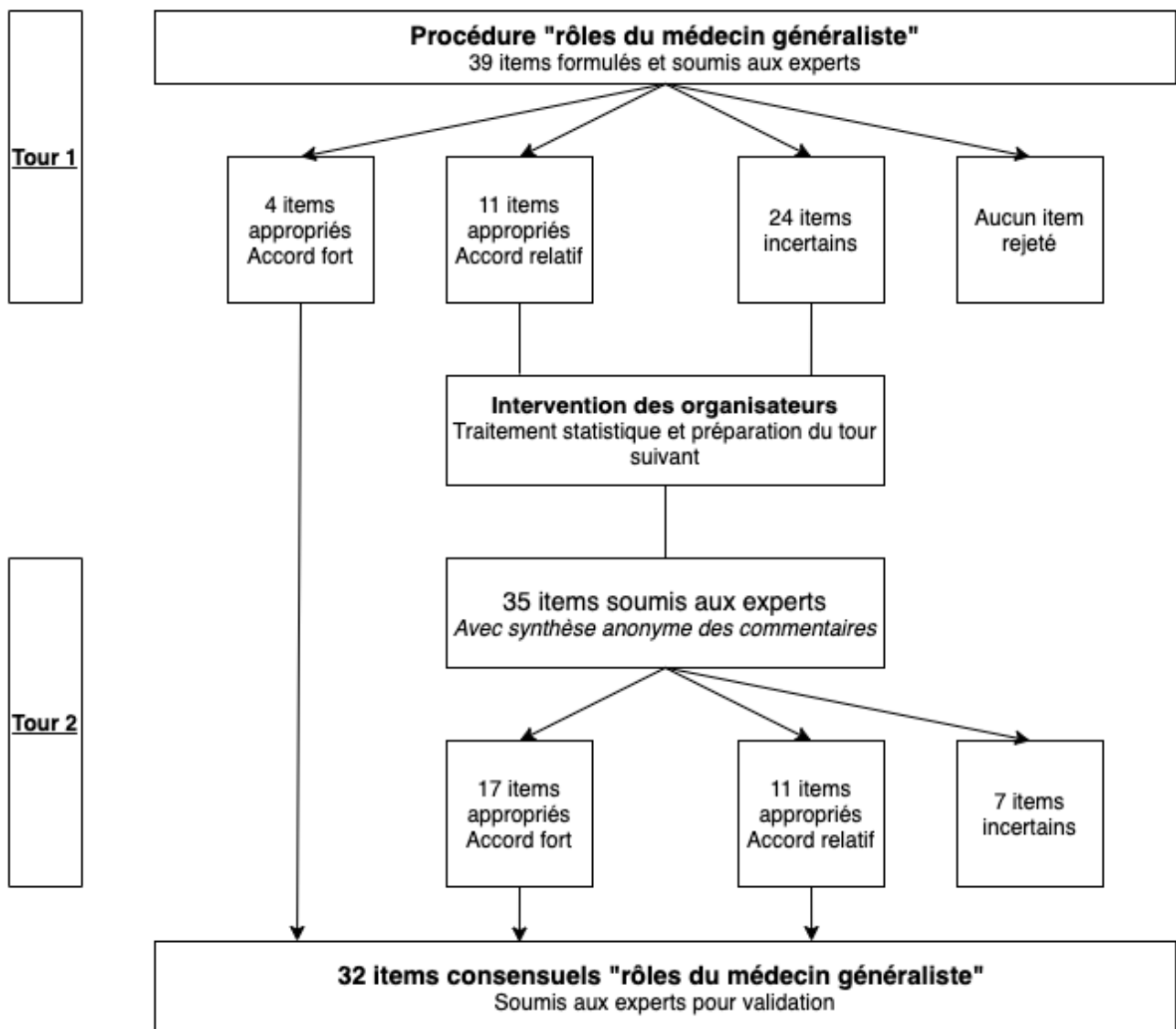


Figure 7 : Diagramme de flux de la procédure « rôles du médecin généraliste »

2.4 Analyse des profils de consensus et dissensus en fonction des groupes

Il semblait que les avis divergeaient selon les différents groupes d'experts pour 18 items. Sur ces 18 items, 10 ont été validés, 8 ont été exclus. Un test de Kruskal-Wallis a été utilisé pour déterminer si l'opinion des quatre groupes d'experts différait significativement sur ces items (Annexe 4).

Une différence significative était retrouvée pour seulement trois items :

- « Identifier le souhait et le stade motivationnel du patient lors de chaque consultation évoquant la consommation problématique » ($p=0,034$). Cet item a été validé. Jugé comme approprié avec accord fort par les généralistes (universitaires et « de terrain »), mais jugé comme approprié avec accord relatif par les addictologues (universitaires et « de terrain »).

- « Prendre en charge le tabagisme chez un patient avec comorbidité psychiatrique stabilisée » (p=0,029). Cet item a été validé. Jugé comme approprié avec accord fort par les universitaires (généralistes et addictologues), mais jugé comme incertain par les généralistes « de terrain », et comme approprié avec accord relatif par les addictologues « de terrain ».
- « Analyser seul avec le patient les situations à risque de rechute et l'aider à élaborer des stratégies de prévention de la rechute » (p=0,04). Cet item n'a pas été validé. Jugé comme incertain par les addictologues (universitaires et « de terrain ») ainsi que les généralistes de « terrain ». Cet item était jugé comme approprié avec accord fort par les généralistes universitaires.

2.5 Analyse qualitative des commentaires de la procédure « rôles attribuables au généraliste »

2.5.1 Repérer, diagnostiquer

Cinq experts mentionnaient le rôle essentiel du médecin généraliste en matière de prévention, ainsi que de repérage précoce des consommations à risque (*«c'est notre rôle premier de repérer toute consommation potentiellement problématique»*, *« le repérage précoce des mésusages relève pleinement du médecin généraliste »*, *« le repérage et la prévention sont les bases du métier de généraliste »*, *« le généraliste doit savoir repérer au plus tôt un patient ayant ce type de fragilité »*, *« il est indispensable de savoir repérer la dépendance »*). En ce sens, la maîtrise de l'intervention brève était décrite comme un pré requis indispensable. Un expert désignait le médecin généraliste comme praticien central concernant le dépistage (*« sa connaissance du patient et sa position dans le système de soins lui offrent une place primordiale »*). L'évaluation du niveau de dépendance était mentionnée comme à maîtriser, de façon à prendre en charge le patient de façon adaptée, notamment en cas de nécessité d'orientation vers un centre spécialisé (*« le niveau de dépendance et le risque de complications sont à maîtriser car modifient la prise en charge »*).

Un expert faisait part d'un manque de temps en consultation de médecine générale pour pouvoir effectuer une évaluation globale (*« concernant l'évaluation globale : manque de temps, il faudrait des questionnaires plus ciblés pour que cela soit moins chronophage »*).

L'entretien motivationnel était jugé comme un outil nécessaire mais difficilement réalisable en consultation car chronophage, et nécessitant une formation. Pour six experts, il était néanmoins décrit comme un outil utile pour le médecin généraliste car applicable à d'autres pathologies chroniques comme par exemple le diabète ou l'insuffisance cardiaque (*« savoir réaliser un entretien motivationnel me semble intéressant, même pour d'autres maladies chroniques »*).

2.5.2 Prévention secondaire

Le dépistage des complications somatiques et psychiatriques était, selon deux experts, les rôles dévolus au médecin généraliste. Ceci particulièrement dans un but d'orientation adaptée du patient pour la suite de la prise en charge (*« le diagnostic des complications est nécessaire à la prise en charge », « on sous-estime les complications, donc il faut les connaître »*).

En ce qui concerne la recherche de complications psychiatriques, il était mentionné que, bien que s'agissant d'une tâche chronophage, elle permettait d'éviter une prescription inutile de psychotropes devant un trouble induit par les consommations (*« il est indispensable de connaître les troubles psychiatriques comorbides car ils impactent la prise en charge », « il faut connaître les troubles psychiatriques induits par les consommations afin d'éviter la prescription de psychotropes inappropriés »*).

Deux experts ne considéraient pas la recherche de complications sociales comme faisant partie du travail des médecins généralistes, et pointaient l'intérêt de s'intégrer à un réseau de soins afin d'orienter le patient efficacement (*« le diagnostic médico-psycho-social ne me semble pas relever de la pratique du généraliste », « l'évaluation sociale relève d'une prise en charge pluridisciplinaire, dans ce contexte de médecin généraliste peut se retrouver isolé, un réseau d'adressage est nécessaire »*).

2.5.3 Intervenir, traiter

Trois experts mettaient l'accent sur le rôle nécessaire du médecin généraliste dans la prise en charge d'un sevrage ambulatoire (*« la réalisation d'un sevrage en ambulatoire relève complètement de la compétence du médecin généraliste, car les demandes des patients sont fréquentes », « connaître le sevrage en alcool est indispensable », « je pense que le généraliste doit savoir initier et suivre le sevrage d'alcool »*). Il était rappelé que compte tenu de l'importance de la prescription de benzodiazépines lors du sevrage d'alcool, de l'adaptation des doses puis de la réduction et de l'arrêt rapide, le médecin généraliste était le premier professionnel pouvant prendre en charge un patient en sevrage. En ce sens, les modalités de prescription des benzodiazépines et d'une vitaminothérapie adaptée devaient être connues (*« la vitaminothérapie ne doit surtout pas être oubliée », « il est important d'avoir des bases théoriques solides sur l'utilisation des médicaments du sevrage »*).

Les traitements de substitution nicotiques devaient être connus et maîtrisés (*« il est important de savoir prescrire les traitements nicotiques », « savoir prescrire des substituts nicotiques est indispensable »*).

Selon deux experts, la gestion des traitements addictologiques devait être maîtrisée, mais il était précisé que ces traitements n'étaient qu'une partie d'une prise en charge globale (« *si la prescription d'addictologiques peut être initiée par le généraliste elle est aussi l'occasion de prendre un avis spécialisé* », « *les addictologiques relèvent parfois d'une prise en charge spécialisée, plus globale et pluri-professionnelle* »). Les experts rappelaient que dans le cadre de patients poly-consommateurs, ou de comorbidité psychiatrique, il était nécessaire de savoir orienter vers un centre spécialisé, plus particulièrement vers des CSAPA (« *l'idéal est de pouvoir échanger et orienter vers un CSAPA dès que l'on dépasse le repérage et que l'on entre dans le soin* »).

2.5.4 Terrains particuliers

Quatre experts mettaient l'accent sur la nécessité de travailler en réseau avec une équipe pluri disciplinaire, en particulier dans le cas de patients poly-consommateurs, avec comorbidité psychiatrique non stabilisée, ou dans le cas de patientes enceintes (« *ces prises en charge spécifiques relèvent d'un travail d'équipe dont le généraliste est un maillon* », « *la prise en charge de la femme enceinte nécessite un travail en réseau* », « *il semble important de connaître son réseau et de bien l'utiliser, plutôt que de tout vouloir faire seul* », « *il faut une prise en charge pluridisciplinaire pour la femme enceinte et le patient poly-consommateur* »).

Il était également rappelé que la poly-consommation était fréquente, en particulier la consommation concomitante de substances psychoactives et de benzodiazépines (« *la poly-consommation est quasiment la règle de nos jours* », « *les patients sous benzodiazépines sont tellement nombreux qu'il faut absolument savoir tout faire pour ces patients* »). Il était mentionné que le médecin généraliste devait savoir orienter de façon pertinente le patient vers une structure spécialisée s'il ne se sentait pas en capacité d'assumer seul la prise en charge de ce dernier.

2.5.5 Suivre, orienter

S'il était admis qu'un médecin généraliste devait pouvoir effectuer le suivi d'un patient en consolidation d'abstinence, quatre experts rappelaient que la prise en charge devait rester globale, avec intervention d'acteurs des domaines psychologique et social notamment (« *que le généraliste puisse suivre un patient stabilisé mais sache le réorienter si besoin* », « *mieux vaut bien connaître le réseau de soins que de travailler seul* », « *la prévention des rechutes est difficile chez le patient à risque, il faut encourager la pluridisciplinarité* », « *la phase de*

consolidation nécessite souvent l'intervention d'acteurs des champs psychologique et social »). Il était rappelé que le médecin généraliste restait le praticien de premier recours en cas de rechute, et souvent très investi par le patient qui le choisit fréquemment comme interlocuteur privilégié dans ces situations. Les experts évoquaient également la nécessité de « savoir-faire seul » afin d'être à l'aise pour travailler en collaboration pluridisciplinaire, ce qui, selon eux, est d'avantage souhaitable.

Pour un expert, ce type de consultation est complexe à réaliser en médecine générale, par manque de temps (« *le gros problème reste le temps dont on dispose pour réaliser ce type de consultations* »).

3. Résultats de la procédure « enseignement à délivrer »

Nous avons formulé 53 items grâce à la revue systématique de la littérature et nous les avons soumis aux experts.

3.1 Résultats du tour 1

À l'issue du premier tour, un item a été jugé approprié avec accord fort et a donc été définitivement validé :

- **Enseigner les missions et rôles des principales ressources médico-sociales existantes** (*médiane 9 ; distribution 7-9*).

Un item a été jugé approprié avec accord relatif et 51 étaient jugés incertains. Tous ont donc été soumis au second tour avec une synthèse des commentaires.

3.2 Résultats du tour 2

Sur les 52 items soumis au second tour, 23 items ont été validés avec accord fort et 17 avec accord relatif. La répartition de ces différents items est présentée en annexe 5.

Les 12 autres items, jugés incertains, ont été définitivement non retenus.

Les 12 items non retenus étaient :

-**Enseigner les critères diagnostiques DSM 5 d'une addiction avec leur niveau de sévérité** (*médiane : 8 ; distribution 1-9*).

-**Enseigner les critères CIM 10 d'une addiction** (*médiane : 7 ; distribution 2-9*).

-**Enseigner les critères d'Aviel Goodman pour aider au diagnostic d'addiction** (*médiane : 6 ; distribution 1-9*).

- Enseigner l'utilisation du test BEARNI pour dépister les troubles cognitifs devant un trouble de l'usage d'alcool (médiane : 6 ; distribution 1-9).
- Enseigner la manière de recueillir un parcours de consommation tabagique (médiane : 7 ; distribution 1-9).
- Enseigner le bon usage de la varénicline (médiane : 9 ; distribution 1-9).
- Enseigner le bon usage du bupropion (médiane : 9 ; distribution 1-9).
- Enseigner la possibilité de passer par une étape de réduction/maîtrise des consommations (médiane : 9 ; distribution 1-9).
- Parler de la mesure du CO expiré comme un outil de renforcement motivationnel (médiane : 7 ; distribution 2-9).
- Enseigner certaines notions de thérapie familiale et systémique (médiane : 8 ; distribution 1-9).
- Enseigner l'utilisation des colonnes de Beck ou la balance décisionnelle (médiane : 8 ; distribution 1-9).
- Enseigner l'utilisation des échelles d'évaluation de la motivation et du sentiment d'efficacité (médiane : 7 ; distribution 1-9).

3.3 Résultats du tour 3

Nous avons donc obtenu 41 items consensuels (1 item validé au premier tour, et au second tour, 23 items validés avec accord fort et 17 items validés avec accord relatif).

Les 41 items consensuels ont été soumis aux experts pour validation globale.

Il existait donc un accord fort concernant les items suivants :

Concernant l'introduction à l'addictologie :

- Aborder les principaux préjugés circulant chez les soignants sur les personnes souffrant d'une addiction.
- Présenter un modèle neurobiologique simple des addictions.
- Présenter les facteurs de risque et de vulnérabilité, individuels et environnementaux.
- Expliquer les principales motivations qui peuvent pousser les individus à la consommation de drogues.

Concernant la prise en charge non médicamenteuse :

- Expliquer comment réaliser une intervention brève.
- Expliquer le phénomène de résistance au changement.

- Présenter les stades motivationnels et les attitudes relationnelles adaptées à chaque stade.
- Présenter les principes de l'entretien motivationnel.
- Expliquer les rôles et missions des principales ressources médico-sociales existantes.
- Enseigner la façon de répondre aux principales situations de crise en addictologie.

Concernant la tabacologie :

- Expliquer l'usage du test de Fagerström.
- Montrer comment formuler un conseil minimal d'arrêt.
- Expliquer les bonnes pratiques de prescription des substituts nicotiques et leur association.
- Parler de la place de la cigarette électronique.
- Aborder les principales idées reçues circulant chez les consommateurs de tabac sur leur produit et comment informer.

Concernant l'alcoologie :

- Rappeler les signes du syndrome de sevrage d'alcool.
- Rappeler toutes les complications somatiques à rechercher en lien avec le mésusage d'alcool.
- Aborder la stratégie de réduction des consommations comme alternative à l'abstinence lorsque celle-ci n'est pas encore envisageable pour le patient.
- Aborder les principales idées reçues circulant chez les consommateurs d'alcool sur leur produit et comment informer.
- Expliquer les indications d'un sevrage d'alcool.
- Expliquer les indications d'une prise en charge hospitalière du sevrage d'alcool.
- Proposer un modèle de prise en charge du sevrage ambulatoire d'alcool.
- Expliquer les bonnes pratiques de prescriptions des benzodiazépines en alcoologie.
- Expliquer la prescription de la vitaminothérapie dans le trouble de l'usage d'alcool.

Il existait un accord relatif concernant les items suivants :

Concernant le contenu de l'enseignement :

- Des notions d'épidémiologie sur le tabac et l'alcool.
- Des notions sur les lois encadrant les consommations de tabac et d'alcool.
- Les motifs de consultation ou les situations cliniques qui sont propices au repérage d'un mésusage.
- Une explication sur l'utilisation de l'outil standard AUDIT-C pour le repérage.
- Une explication sur l'utilisation de l'outil standard FACE pour le repérage.

- Une explication sur les spécificités du dépistage chez les adolescents, les femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse, les sujets âgés. `*
- Un enseignement des termes de non-usage, usage simple, mésusage à risque, mésusage nocif, mésusage avec dépendance, trouble de l'usage.*
- Une explication sur l'utilisation du verre standard comme langage commun entre professionnels tel que celui en gramme d'alcool pur.*
- La manière de recueillir un parcours de consommation d'alcool.*
- Un rappel du bon usage du score de Cushman.*
- Une explication sur les troubles psychiatriques en lien avec le mésusage d'alcool.*
- Un enseignement sur la bonne prescription des addictolytiques (maîtrise des indications, de l'initiation, des dosages, de la surveillance, et de l'arrêt).*
- Un rappel de la place des examens complémentaires dans le dépistage et le diagnostic du trouble de l'usage d'alcool.*
- Un enseignement sur comment surveiller et prévenir la prise de poids dans le sevrage tabagique.*
- Un enseignement sur la reconnaissance des situations à risque et les principales stratégies de prévention des rechutes.*
- Une explication sur la distinction entre faux pas et rechute, ainsi que l'effet de violation de l'abstinence.*

Le document final « enseignement à délivrer », soumis aux experts pour validation (annexe 6), a été jugé approprié avec accord relatif (médiane 8 ; distribution 1-9).

La figure 8 présente le diagramme du flux de la procédure « enseignement à délivrer ».

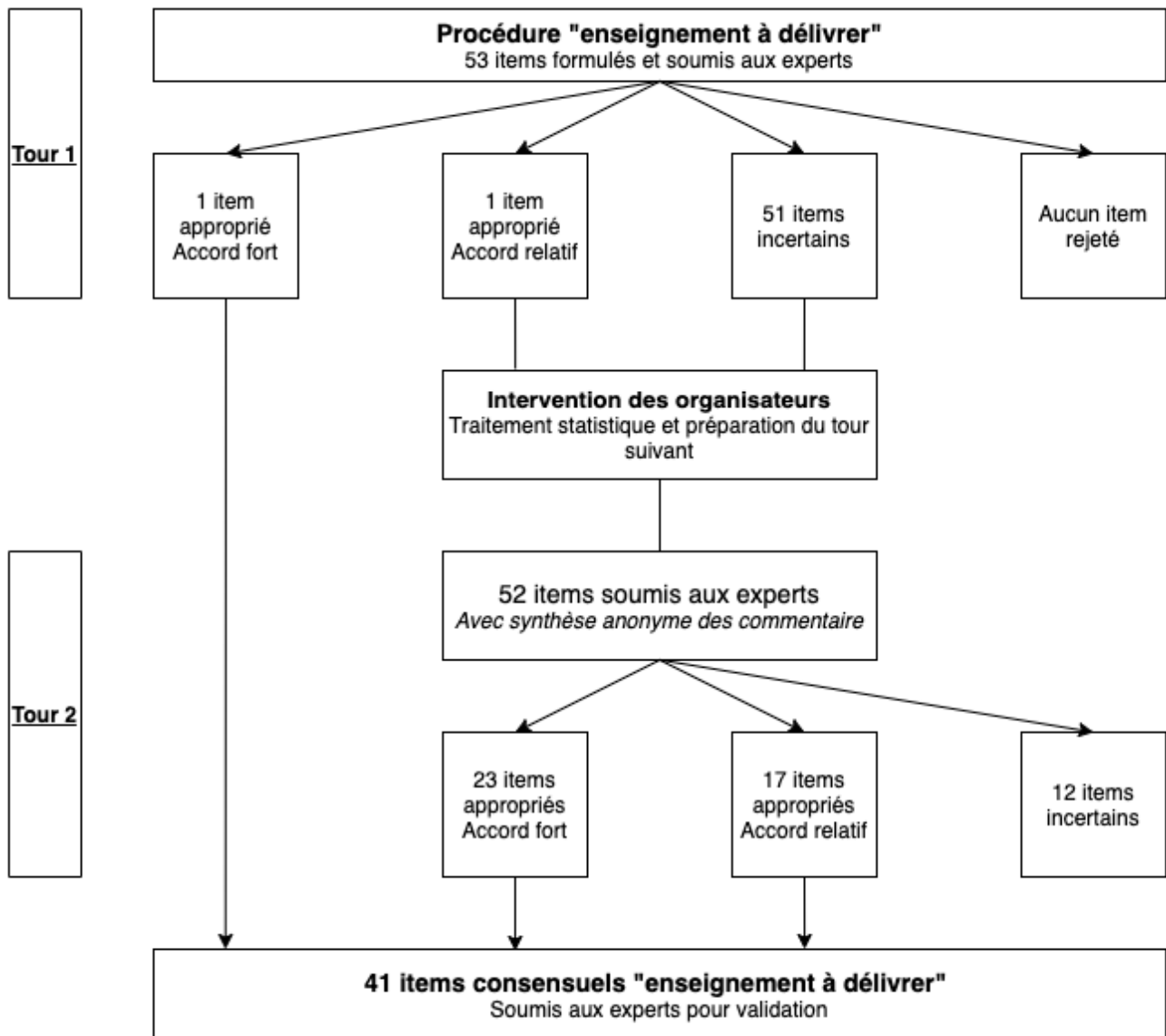


Figure 8 : Diagramme de flux de la procédure « enseignement à délivrer »

3.4 Analyse des profils de consensus et dissensus en fonction des groupes

Les avis divergeaient selon les différents groupes d'experts pour 23 items. Sur ces 23 items, 15 ont été validés, 8 ont été exclus. Un test de Kruskal-Wallis a été utilisé pour déterminer si l'opinion des quatre groupes d'experts différait significativement sur ces items (Annexe 7).

Une différence significative était retrouvée pour un item seulement :

- « Enseigner l'usage du verre d'alcool standard comme langage commun entre professionnels » ($p=0,023$). Cet item a été validé. Jugé comme approprié avec accord fort par les addictologues (universitaires et « de terrain ») ainsi que les généralistes universitaires, jugé comme approprié avec accord relatif par les généralistes « de terrain ».

3.5 Analyse qualitative des commentaires de la procédure « enseignement à délivrer »

3.5.1 Addictologie générale

Les experts insistaient sur la nécessité de l'enseignement d'un modèle neurobiologique, ainsi que de lutter contre les représentations et idées reçues sur les addictions lors de la formation initiale des futurs médecins généralistes. Selon eux, ceci permet d'éviter les préjugés moraux, souvent présents parmi les soignants, qui sont un frein à la prise en charge des patients. Ils évoquaient le lien entre formation à l'addictologie et évolution des représentations des soignants. (*« les représentations et préjugés ont encore beaucoup d'importance, la formation initiale est un levier contre cela », « tout travail sur les idées reçues est positif », « il faut enseigner l'addictologie avec tous ses fondements et ses classifications, pour sortir du préjugé moral, hautement présent dans cette spécialité », « l'enseignement neurobiologique permet de casser les représentations et aide à lutter contre le rejet de ce public »*).

3.5.2 Alcoologie

Pour deux experts, la réduction de consommation devait être évoquée, comme alternative à l'abstinence, et également car elle permet de faire entrer certains patients, n'envisageant pas une abstinence, dans une démarche de soins (*« parler de réduction de consommation et accompagner le patient permet de faire entrer en soins des personnes que l'abstinence faisait fuir », « il faut penser la réduction des consommations comme une alternative au sevrage, souvent non envisageable »*).

La recherche de conséquences biologiques de la consommation d'alcool devait être enseignée, permettant une prise en charge adéquate des conséquences somatiques des consommations, et pouvant également être utilisée comme levier motivationnel. Pour deux experts, les tests de dépistage des troubles cognitifs liés à l'alcool (Bearn et Moca) étaient jugés comme difficilement réalisables en médecine générale (*« le BEARNI est chronophage et difficilement interprétable », « le BEARNI est trop long pour être réalisé en cabinet de ville »*).

3.5.3 Tabacologie

La substitution nicotinique devait être maîtrisée en priorité (*« le généraliste doit pouvoir commencer les substitutions nicotiques », « les sevrages tabagiques doivent se faire en priorité avec le généraliste »*). La prescription du bupropion et de la varénicline n'était pas

jugée comme un élément devant être maîtrisé par le généraliste mais plutôt par un tabacologue. Il était rappelé que la prescription des traitements de substitution nicotiques étant étendue aux professions paramédicales, il était possible de déléguer l'accompagnement du sevrage tabagique à un infirmier, en particulier dans le cadre d'exercice groupé, par exemple en pôle de santé. En ce qui concerne la cigarette électronique, les experts évoquaient la nécessité de l'établissement d'un consensus avec un message clair à délivrer aux patients. Il n'était pas envisageable, pour les experts, que les médecins généralistes se dotent d'un CO testeur.

3.5.4 Approches non médicamenteuses

Les stades motivationnels ainsi que l'entretien motivationnel devaient être maîtrisés, notamment car ils peuvent être utilisés dans d'autres champs de la médecine.

La thérapie familiale et systémique n'était pas considérée comme du ressort du médecin généraliste, en particulier car jugée difficilement réalisable en médecine générale ambulatoire (« ces thérapies ne sont pas utilisables par le médecin généraliste en consultation », « la thérapie familiale et systémique n'est pas notre rôle »).

4. Résultats concernant les messages clés à délivrer

Dix messages clés ont été retenus par le groupe d'expert comme à véhiculer prioritairement auprès des internes de médecine générale (parmi les 39 ayant émergés au cours de la procédure) :

- 1°) L'addiction est une des premières causes de morbi-mortalité évitable. C'est un enjeu majeur de santé publique.
- 2°) Le repérage doit être systématique, c'est à dire évoqué chez tous les patients.
- 3°) La prise en charge nécessite une écoute bienveillante pour créer l'alliance thérapeutique indispensable.
- 4°) Le généraliste a un rôle essentiel dans la prise en charge de l'addiction.
- 5°) Il faut s'adapter au stade motivationnel du patient et à sa demande.
- 6°) L'addiction est une maladie chronique du cerveau, de la perte de contrôle du désir, qui est envahi par le besoin. Ceci est illustré par le phénomène du craving.
- 7°) L'abstinence n'est plus un dogme. La réduction des risques et des dommages peut être une étape intermédiaire.
- 8°) Déculpabiliser les patients en leur expliquant le mécanisme de leur dépendance.
- 9°) Accepter les rechutes et travailler à partir d'elles.
- 10°) Ces patients sont des personnes en souffrance.

DISCUSSION

1. Principaux résultats

En s'appuyant sur une méthode d'obtention de consensus et sur un panel d'experts à la fois issus de la médecine générale et de l'addictologie, universitaires ou non, notre travail a permis de déterminer un socle de rôles du médecin généraliste en matière de prise en charge de l'alcool et du tabac dans le cadre des soins de premier recours, ainsi que les enseignements prioritaires à délivrer aux étudiants de troisième cycle quant à ces thématiques. Il permet également de dégager 10 messages clés à transmettre aux étudiants.

Concernant les rôles du médecin généraliste, 32 items ont été validés par le groupe d'experts, sur 39 items initialement proposés.

Concernant l'enseignement à délivrer, 41 items ont été validés par le groupe d'experts, sur 53 items initialement proposés. Aucun item supplémentaire n'a été rapporté par les experts.

Les conclusions de cette étude ont permis de répondre à notre question de recherche. Nous avons fait émerger un consensus sur deux listes d'items, qui pourra servir de support à l'élaboration de modules d'enseignement. Un second travail de thèse, complémentaire, a consisté à délivrer à un panel d'internes en médecine générale le contenu retenu par le consensus afin de tester son efficacité. Les internes en médecine générale estimaient, lors de cette étude, que les objectifs pédagogiques émis par les experts étaient très fortement adaptés à la formation universitaire des internes (39).

D'autre part, ce travail a suscité un vif enthousiasme chez les experts sollicités. Les premiers résultats de notre étude ont été présentés à la MILDECA par deux membres du groupe Delphi, lors d'une réunion ayant pour thème la formation initiale en addictologie des futurs généralistes, en présence de membres du Collège de la Médecine Générale et du Collège National des Généralistes Enseignants.

2. Forces et limites

2.1 Le sujet

A notre connaissance, il s'agit du premier travail de ce type effectué en France. Il permet de faire émerger des objectifs d'enseignement consensuels, afin d'harmoniser les enseignements et la pratique. Un autre avantage est celui de définir et de clarifier les rôles attendus de la profession. Ceci permet également une clarification du parcours de soins du patient et une meilleure coordination interprofessionnelle. On pourrait imaginer étendre ce type de travail à d'autres domaines que celui de l'addictologie.

2.2 La population

Nous avons contacté des médecins addictologues universitaires (17% du panel) et non universitaires (26% du panel), ainsi que des médecins généralistes universitaires (26% du panel) et non universitaires (31% du panel). Ce relatif déséquilibre entre catégories d'experts est lié à l'attrition, nous avons en effet initialement tenté de composer un panel équilibré. Ce groupe de travail a été composé dans le but d'apporter un maximum de richesse d'opinion à nos travaux. Nous avons eu peu de refus de participation concernant les médecins addictologues et médecins généralistes universitaires. En revanche, certains médecins généralistes non universitaires refusaient la participation, principalement par manque de disponibilité. On peut également évoquer un non de financement de la participation à l'étude, mentionné par un expert potentiel contacté par téléphone ayant refusé la participation à l'étude.

Notre panel recruté représentait différentes disciplines, avec activité d'enseignement ou non. Cette hétérogénéité permet d'obtenir un consensus en lien avec l'enseignement de l'addictologie et la réalité de la médecine générale ambulatoire. Néanmoins, il n'existe pas dans la littérature de définition stricte de ce qu'est un « expert ». Ce terme désigne des personnes choisies pour leur bonne connaissance du sujet, et leur légitimité à se prononcer sur une problématique donnée. Notre panel était représentatif des différents professionnels concernés et impliqués dans la prise en charge des addictions au tabac et à l'alcool ainsi que dans l'enseignement aux étudiants de troisième cycle. En acceptant de participer, ils ont montré un intérêt significatif pour l'objet de notre étude. Ceci peut expliquer la difficulté des experts à limiter le choix des items à un nombre réduit.

Le nombre d'experts recrutés initialement a été limité à 35 afin de simplifier et d'alléger la procédure. Ceci permettait par ailleurs de conserver un groupe relativement conséquent (40) malgré l'absence de réponse en cours de procédure de certains experts recrutés initialement.

Le principal point fort de notre travail était donc avant tout d'avoir permis une large réflexion impliquant tous les acteurs concernés, afin de répondre à notre question de recherche.

2.3 La Méthodologie

La méthode Delphi est une méthode de consensus validée et couramment utilisée qui a été développée au milieu du 20^{ème} siècle pour favoriser l'innovation, en particulier dans les domaines de pointes de l'industrie aux États Unis. Elle a été choisie car elle permet une dématérialisation des échanges, et donc de réduire les coûts et les contraintes organisationnelles, ainsi que l'affranchissement de l'effet de leader d'opinion. Ses principaux

points faibles sont la perte d'interactivité directe entre les experts, et le risque d'absence de réponse. La méthodologie Delphi a permis à tous les tours de vote d'être réalisés par voie électronique. Ceci permet une économie de temps et de moyens. De plus, les commentaires étaient exprimés de façon totalement anonyme, pour éviter l'effet d'autorité, permettre de faire émerger de nouveaux points de vue sur le sujet, et les discuter. Cette méthode est considérée comme un outil efficient pour permettre de trouver un consensus, et était donc adaptée à notre question de recherche. La notion de « consensus » est parfois floue dans la littérature concernant cette méthodologie. Bien évidemment, l'obtention d'un consensus d'expert ne signifie pas que la réponse absolue à la question de recherche a été trouvée. Une autre limite est la reproductibilité. Il n'y a pas de preuve que deux panels d'experts différents à qui l'on demande le même travail produiront le même consensus. En ce sens, la généralisation des résultats est limitée par les caractéristiques des experts du panel, et les résultats obtenus représentent l'opinion consensuel de ce groupe.

La force de notre étude était son approche simple, rapide et efficace pour développer un socle de rôles et d'items d'enseignement, sur lesquels les différents enseignants pourront élaborer leurs outils pédagogiques.

2.4 La participation

On notait un fort taux d'experts répondants, sur l'ensemble des trois tours.

Ce fort taux de participation après recrutement augmente la validité de nos résultats. Les questionnaires étaient longs à compléter, ce qui a pu limiter la motivation de certains experts à participer. Ceci pourrait expliquer la légère baisse de participation entre le second et le troisième tour, particulièrement en ce qui concerne les médecins généralistes de terrain. Le nombre de commentaires émis par les experts lors des tours de vote était peu important, limitant la discussion, et également la validité de la position finale des experts. Ceci pouvait également s'expliquer par la longueur de notre questionnaire.

3. Discussion des résultats

3.1 Procédure « rôles du médecin généraliste »

3.1.1 Résultats du premier tour

Quatre items ont été définitivement validés dès le premier tour de cotation :

- « Repérer les consommateurs de tabac ».
- « Dépister les complications somatiques liées au tabac ».

- « Dépister les complications somatiques secondaires au trouble de l'usage d'alcool ».
- « Délivrer les repères de consommation à risque concernant l'alcool ».

Il semble donc que le repérage des consommateurs et le dépistage des complications somatiques soient au premier plan des rôles du médecin généraliste, selon notre panel. Ceci est en accord avec les recommandations actuelles (17), et était également mentionné en commentaire par les experts.

3.1.2 Résultats du second tour

Sept items n'ont pas été retenus devant une absence de consensus. On remarque que les médianes étaient souvent hautes, mais avec une large distribution. Ces items pourraient peut-être relever du rôle du généraliste, mais ne semblent donc pas prioritaires selon notre panel. Il serait donc pertinent de les aborder dans un contexte de formation continue.

Concernant le tabac, il n'y avait pas de consensus au sein de notre panel sur le fait qu'il est du rôle du généraliste de savoir prescrire les traitements addictolytiques tels que le bupropion ou la varénicline. En revanche, des commentaires soutenaient une connaissance et une maîtrise nécessaire des traitements de substitution nicotiques. Ceci est en accord avec les recommandations de bonne pratique. Il semble donc nécessaire de diffuser ces recommandations afin de les faire connaître aux médecins généralistes. La rédaction de fiches synthétiques afin de rendre ces recommandations plus accessibles pourrait être envisagée.

Concernant l'alcool, il n'était pas, selon notre panel, le rôle du généraliste de prescrire les médicaments d'indication psychiatrique, ni de prendre en charge les patients prenant des benzodiazépines au long cours. Ceci est par ailleurs également souligné par les experts ayant donné des commentaires, en précisant la nécessité d'intégration à un réseau de soins dans lequel orienter le patient de façon adaptée.

La prise en charge du patient poly-consommateur n'était pas du ressort du généraliste.

L'analyse des situations à risque de rechute, et l'élaboration des stratégies de prévention de la rechute n'étaient pas considérés comme des rôles dévolus au généraliste.

3.1.3 Résultats du troisième tour

Trente-deux items ont finalement été validés, sur trente-neuf initialement proposés, soit 82%. Ce taux important montre que la liste d'items initialement proposée est en cohérence avec les recommandations à partir desquelles la liste a été établie. On peut néanmoins s'interroger sur le grand nombre de rôles qui sont en conséquent dévolus au médecin généraliste, et leur réalisation dans la pratique quotidienne. On pourrait évoquer une cotation spéciale ou une majoration d'honoraires pour une consultation addictologique, qui serait alors plus valorisée

qu'une consultation dite « classique » ; comme c'est déjà le cas par exemple pour la consultation initiale lors d'une maladie neuro-dégénérative. En ce sens, on note que l'addictologie a intégré la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) en 2017, avec deux indicateurs classés dans la catégorie conduites addictives (« Part des patients médecin traitant tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier – indicateur déclaratif » et « Part des patients médecin traitant consommateurs excessif d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier – indicateur déclaratif ») (41). On peut enfin évoquer le rôle éventuel des infirmiers en pratique avancée, qui pourraient assurer la prise en charge d'une partie des consultations relevant d'une problématique addictologique.

Le document final a été validé avec accord relatif, néanmoins, on remarque qu'un seul expert a renseigné la valeur 1 sur l'échelle de Likert, tous les autres ayant renseigné des valeurs comprises entre 5 et 9, ce qui équivaut à un accord fort.

3.1.4 Analyse en sous-groupes

On constate que seulement trois items ont fait apparaître un dissensus significatif entre les différents sous-groupes d'experts.

Un dissensus entre médecins généralistes et addictologues existait concernant l'identification du stade motivationnel du patient. Les généralistes semblent s'approprier ce rôle, alors qu'il n'apparaît pas indispensable selon l'avis des addictologues. On note que cet item n'apparaît pas tel quel dans les recommandations de la SFA (17) ni de la PHEPA (33), en revanche, l'entretien motivationnel y est cité à plusieurs reprises comme outil utilisable par le médecin généraliste. Il est possible que les médecins généralistes aient fait un rapprochement entre l'identification des stades motivationnels et l'entretien motivationnel.

Concernant la prise en charge du tabagisme chez un patient avec comorbidité psychiatrique stabilisée, il apparaît comme un rôle approprié pour les universitaires et addictologues de terrain, incertain pour les généralistes de terrain.

L'analyse des situations à risque de rechute et l'élaboration des stratégies de prévention de rechute n'a été jugé comme approprié que par les généralistes universitaires. Ce résultat est surprenant, car cette problématique est au cœur du suivi d'un patient présentant une problématique addictologique et est par ailleurs en contradiction avec le résultat de notre travail, les experts ayant indiqué qu'un médecin généraliste devait pouvoir effectuer le suivi d'un patient en consolidation d'abstinence. On pourrait proposer aux médecins généralistes

de meilleurs outils pour le suivi de ces patients (applications téléphoniques pour l'accompagnement de la prévention de rechute, pour le sevrage tabagique).

Néanmoins, ces résultats selon les différents groupes d'experts sont à discuter avec prudence, les échantillons étant peut-être trop petits pour faire apparaître un désaccord significatif.

3.1.5 Commentaires des experts

Les experts mettaient l'accent sur la position centrale du médecin généraliste dans le parcours de soins, particulièrement en matière de prévention et de repérage, en accord avec les recommandations. L'accent était également mis sur des difficultés pratiques concrètes, en particulier un manque de temps en consultation pour aborder les consommations. L'entretien motivationnel était décrit comme un outil utile au généraliste, pouvant être utilisé dans d'autres situations que les problématiques addictologiques, en particulier les maladies chroniques telles que le diabète ou l'insuffisance cardiaque.

On note aussi l'importance selon les experts de prendre part à un réseau de soins afin de prendre en charge les patients dans l'ensemble de la dimension médico-psycho-sociale. Ceci pose la question de comment organiser ces réseaux. A titre d'exemple, on peut citer le RAMIP (Réseau Addictions Midi-Pyrénées), dont l'objectif principal est de mettre en œuvre une collaboration formalisée entre des professionnels libéraux (médecins, pharmaciens, etc.), des structures spécialisées en addictologie, des établissements hospitaliers, et autres travailleurs sociaux, structures d'insertion, de prévention, associations d'usagers etc. Tout ceci permet aux patients souffrants d'addiction et à leur entourage de bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire, médico-psycho-sociale.

3.2 Procédure « enseignement à délivrer »

3.2.1 Résultats du premier tour

Un item a été définitivement validé dès le premier tour :

- « Enseigner les missions et rôles des principales ressources médico-sociales existantes ». Ceci traduit bien l'importance pour notre panel de s'intégrer à un réseau de soins pluridisciplinaire, ainsi que de connaître les structures addictologiques de premier recours. Ceci est par ailleurs en accord avec la première partie du travail sur les rôles du médecin généraliste.

3.2.2 Résultats du second tour

Douze items n'ont pas été retenus par manque de consensus.

Trois concernaient les critères diagnostiques d'addiction (CIM 10 ; DSM 5 ; Aviel Goodman). Ces critères étaient peut-être jugés trop abstraits ou non pertinents pour la pratique quotidienne en médecine générale. On peut expliquer ce résultat par un manque de caractère pratique de ces scores, parfois difficilement utilisables en pratique courante. On pourrait proposer un outil diagnostique, à type de questionnaire, qui permettrait une évaluation plus rapide, sans qu'il soit nécessaire de se référer à une liste de critères, parfois abstraits. Il existe déjà, à titre d'exemple, certains outils numériques d'aide à la décision médicale de prise en charge des pathologies mentales, ainsi que d'aide à la prescription des thérapeutiques médicamenteuses, dont un développé par un département universitaire de médecine générale (*psychotropes.fr*). Deux items concernaient le bupropion et la varénicline, ce qui est cohérent avec la première partie de notre travail. En ce qui concerne le dépistage des troubles cognitifs secondaires au trouble de l'usage d'alcool, cet item a été exclu de l'enseignement à délivrer, alors qu'il était inclus par le groupe d'experts dans les rôles du médecin généraliste. On peut donc imaginer aborder cet item dans le cadre d'une formation continue.

La mesure du CO expiré n'était pas retenue, car jugée non réalisable en pratique courante, par manque de temps mais aussi devant une problématique financière pour équiper les cabinets de ce type de dispositif. Les éléments psychologiques tels que la thérapie familiale, l'utilisation de la balance décisionnelle, l'utilisation des échelles d'évaluation du sentiment d'efficacité n'étaient pas à enseigner selon notre panel.

3.2.3 Résultats du troisième tour

Quarante et un items ont finalement été validés, sur cinquante-trois initialement proposés, soit 77%. Cette forte proportion d'items validés semble impliquer le développement d'un enseignement en conséquence, car il s'agit de problématiques centrales selon nos experts. Ceci est également justifié par l'épidémiologie. Néanmoins, se pose la question de la faisabilité en pratique d'enseigner tous ces éléments en troisième cycle, ainsi que la forme de cet enseignement. On peut envisager de répartir les enseignements entre second et troisième cycle, et développer différentes formes d'enseignement : temps théoriques, enseignements pratiques, enseignements à distance, etc.

Le document final a été validé avec accord relatif, néanmoins, on remarque qu'un seul expert a renseigné la valeur 1 sur l'échelle de Likert, tous les autres ayant renseigné des valeurs comprises entre 5 et 9, ce qui équivaut à un accord fort.

3.2.4 Analyse en sous-groupes

On constate qu'un seul item a fait apparaître un dissensus significatif entre les sous-groupes d'experts. Il s'agit de l'usage du verre standard d'alcool, qui a tout de même été validé par tous les sous-groupes d'experts. Ceci semble peu cohérent avec les résultats de notre étude. On ne peut en effet pas appliquer les repères de consommation sans utilisation du verre standard, ni pratiquer de repérage précoce, ni d'intervention brève. On pourrait proposer des outils pratiques, ou numériques, afin de faciliter l'évaluation des consommations des patients.

3.2.5 Commentaires des experts

On note l'importance pour le groupe d'enseigner la physiopathologie des addictions selon des modèles simples. Selon le panel, ceci permettrait de réduire la stigmatisation liée aux addictions, et de lutter contre les représentations que les soignants se font des patients et donc d'améliorer la prise en charge, en particulier médicale. La réduction de consommation est évoquée en ce qui concerne l'alcool et le tabac, comme alternative à l'abstinence. Ceci est en accord avec les recommandations actuelles, dans une démarche de réduction des risques. Le rôle de praticien de premier recours était rappelé en mentionnant une maîtrise nécessaire du sevrage ambulatoire. On peut citer ici une incohérence, car afin de réaliser un sevrage ambulatoire, il est nécessaire de connaître le stade motivationnel, et permettre ainsi de réduire le risque de rechute. En accord avec les résultats de notre travail, les tests de dépistage neuropsychologique étaient considérés comme difficilement réalisables en consultation, principalement par manque de temps. Se pose donc la question de comment dépister ces troubles, car ils ont un réel impact sur la prise en charge des patients, et nécessitent une bonne orientation de ces derniers. On peut, là encore, évoquer la possibilité d'une cotation spéciale pour ce type de consultation. Concernant le sevrage tabagique, l'accent était mis sur une maîtrise des traitements de substitution nicotiques. La prescription du bupropion et de la varénicline n'étaient pas jugés comme étant du ressort du généraliste mais du tabacologue.

La cigarette électronique était mentionnée comme pouvant mettre les praticiens en difficulté, devant de nombreux questionnements de la part des patients et de l'absence de recommandations quant à son usage dans le cadre d'un sevrage tabagique. On peut tout de même mentionner l'avis de la HAS de 2015, selon lequel « les données de la littérature sur

l'efficacité et l'innocuité de la cigarette électroniques sont encore insuffisantes pour la recommander dans le sevrage tabagique ». (42)

En ce qui concerne les approches non médicamenteuses, la thérapie familiale n'était pas considérée comme étant du ressort du médecin généraliste, tout comme les outils motivationnels type colonnes de Beck. Ces éléments étaient jugés chronophages et/ou du ressort du spécialiste. Ceci est en accord avec les résultats de la première partie de notre travail.

4. Messages clés

On remarque que les messages clés émis puis choisis par les experts sont une forme de synthèse des items sélectionnés à l'issue des tours de vote du groupe Delphi.

Le premier élément évoqué est l'enjeu de santé publique que représentent les addictions. Ainsi, le repérage devrait, selon les experts, être systématique. C'est un rôle essentiel du médecin généraliste, professionnel ayant une place déterminante dans la prise en charge des conduites addictives ; ceci est cohérent avec les résultats de notre travail. La prise en charge nécessite une alliance thérapeutique, dans un contexte bienveillant et empathique. Ainsi, l'évolution des représentations des soignants était nécessaire, pouvant passer par l'apprentissage des addictions comme étant des maladies chroniques, ayant un substrat biologique. En termes d'objectifs thérapeutiques, la réduction des risques suppose une possible réduction des consommations, à défaut d'abstinence, selon les souhaits du patient.

CONCLUSION

Les éléments issus de cette enquête sont une tentative d'établir un consensus d'experts afin d'établir un module d'enseignement à destination des étudiants en troisième cycle de médecine générale.

Notre méthode Delphi a permis de formuler deux listes d'items, afin de cibler les rôles du médecin généraliste en ce qui concerne la prise en charge des addictions au tabac et à l'alcool, ainsi que l'enseignement à délivrer aux internes de médecine générale concernant ces substances. Cette démarche, basée sur une revue de la littérature et un consensus d'experts, représentant les principaux professionnels impliqués, et apportant un éclairage universitaire, est, à notre connaissance, la première de ce type en France.

Il en ressort principalement la perception du rôle du médecin généraliste comme praticien de premier recours, et à ce titre un rôle déterminant en matière de repérage des consommations à risque, la capacité de pouvoir prendre en charge les patients en ce qui concerne les formes simples de sevrage en alcool et tabac, ainsi que de les orienter efficacement vers les structures appropriées en cas de besoin.

Néanmoins, il fût difficile pour notre groupe d'experts de cibler un nombre réduit d'items, et les résultats de notre étude montrent un nombre de rôles attendus important, ainsi que de très nombreux items d'enseignement à aborder. Les limites de l'exercice en médecine générale étaient reconnues par tous les groupes d'experts : manque de temps, gestion des cas complexes, non faisabilité en pratique des techniques psychothérapeutiques.

Notre travail ne fait pas apparaître de dissensus entre les différents professionnels consultés concernant les items proposés. Ainsi, l'enseignement de l'addictologie en 3^e cycle de médecine générale n'est pas limité par un dissensus de conception de la place du médecin généraliste dans la prise en charge de ces addictions. On notait toutefois quelques incohérences dans les résultats, limitant donc la représentativité de nos conclusions.

Un second travail de thèse aura pour objectif d'évaluer l'efficacité d'un module de formation addictologique suivant les items issus du consensus d'experts, en s'appuyant sur une méthode pédagogique centrée sur l'enseignement.

Ce consensus ne cible que deux substances, le tabac et l'alcool. Il semblerait pertinent de poursuivre cette démarche, en particulier concernant d'autres substances, comme le suggère le plan national de mobilisation contre les addictions : « les risques liés à la prescription de médicaments générateurs de conduite addictives, tels que les psychotropes, incluant les benzodiazépines et les antalgiques opiacés, ne sont pas suffisamment connus » (8).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. (Baromètre Santé - alcool - OFDT [Internet]. [cité 23 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-in>.
2. Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018 - Tendances 132 - juin 2019 - OFDT [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/usages-dalcool-de-tabac-et-de-cannabis-chez-les-adolescents-du-secondaire-en-2018-tendances-132-juin-2019/>
3. Pasquereau A. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019 / tobacco use among adults: five-year review of the national tobacco control programme, 2014-2019. 2020;8.
4. Pasquereau A. La consommation de tabac en france : premiers résultats du baromètre santé 2017 / tobacco consumption in france: preliminary results from the 2017 health barometer. :9.
5. OMS | L'OMS appelle les gouvernements à redoubler d'efforts pour éviter les décès et les maladies liés à l'alcool [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/alcohol-related-deaths-prevention/fr/>
6. Morel d'Arleux J, Brisacier A-C, Brissot, A, Cadet-Taïrou, A. Drogues, Chiffres clés. OFDT; 2019.
7. Drogues, chiffres clés - 7ème édition - 2017 - OFDT [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/7eme-edition-2017/>
8. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 [Internet]. Disponible sur [drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022](https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022) [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022>
9. Kopp P. Le coût social des drogues en France. OFDT; 2015.
10. Cour des comptes. Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. Rapport public thématique. Évaluation d'une politique publique. 2016 juin [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_mildeca_2018-2022_def_190212_web.pdf
11. Forum mondial sur l'alcool, les drogues et les conduites addictives [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/events/detail/2017/06/26/default-calendar/who-forum-on-alcohol-drugs-and-addictive-behaviours>
12. Conseil exécutif EB138/11. Point 6.4 de l'ordre du jour provisoire. 15 Janvier 2016; Genève (Suisse). Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2017 [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138-REC1/B138_REC1-fr.pdf
13. (Druais PL. Rapport « La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé ». 15 mars 2015). [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_druais_mars_2015.pdf
14. Wasser AM. L'addiction en médecine générale. Précis d'addictologie à l'usage des médecins

généralistes de Poitou-Charentes. [Mémoire de médecine générale]. Université de Bordeaux. Faculté de Médecine Victor Pachon 2013 [Internet]. [cité 19 juill 2020].

15. Haute Autorité de Santé - Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. [cité 24 juill 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

16. Alcool et médecine générale - Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. :84.

17. Société française d'alcoologie. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement - Recommandation de bonne pratique. Alcoologie et Addictologie . 2015 ; 37 (1) : 5- 84 [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>

18. Guignard R, Beck F, Obradovic I, Prise en charge des addictions par les médecins généralistes, INPES, Institut National de Prévention et d'éducation pour la Santé. Baromètre Santé médecins généralistes 2009, 177-201 [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: http://peidd.fr/IMG/pdf/Barometre_Sante_medecins_generalistes_2011.pdf

19. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES); 2011. 266 p.

20. Brisacier AC, Cadet-Taïrou A, Díaz Gómez C, Gandilhon M, Le Nézet O, Lermenier-Jeannet A, Martinez M, Néfau T, Palle C. Drogues, Chiffres Clés. Paris: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT);2015. 8 p.

21. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes [Internet]. Le Quotidien du médecin. [cité 2 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes>

22. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie. Psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. Presses Universitaires François-Rabelais, 2016.

23. Attali C, Huez J-F, Valette T, Lehr-Drylewicz A-M. Attali C, Huez J-F, Valette T, Lehr-Drylewicz A-M. Les grandes familles de situations cliniques. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. 2013;(108):165-9. 24:5.

24. Baqué M. Étude du lien entre formation initiale à l'addictologie et savoirs et attitudes des jeunes médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2017.

25. Ilango A. Étude FIAM, Formation Initiale en Addictologie des Médecins généralistes: contexte personnel, expériences et représentations [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2017.

26. Colom F. Les approches thérapeutiques dans le trouble de l'usage d'alcool : quel est le choix des médecins généralistes dans le Calvados et pourquoi ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen; 2019.

27. Campbell SM, Cantrill JA. Consensus methods in prescribing research. J Clin Pharm Ther. févr 2001;26(1):5-14.

28. Pope C, van Royen P, Baker R. Qualitative methods in research on healthcare quality. *Qual Saf Health Care*. juin 2002;11(2):148-52.
29. Campbell SM. Prescribing indicators for UK general practice: Delphi consultation study. *BMJ*. 12 août 2000;321(7258):425-8.
30. Klimas J, Cullen W, Field C-A, Problem Alcohol/Drug Use Guideline Development Group. Problem alcohol use among problem drug users: development and content of clinical guidelines for general practice. *Ir J Med Sci*. mars 2014;183(1):89-101.
31. Barry J, Bourke M, Buckley M, Coughlan B, Crowley D, Cullen W, et al. Hepatitis C among drug users: consensus guidelines on management in general practice. *Ir J Med Sci*. sept 2004;173(3):145-50.
32. de Villiers MR, de Villiers PJT, Kent AP. The Delphi technique in health sciences education research. *Med Teach*. nov 2005;27(7):639-43.
33. SPF. Anderson P, Gual A, Colom J, INCa (trad.). Alcool et médecine générale- Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. PHEPA, Paris, 141 p.; 2008 [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur : /determinants-de-sante/alcool/alcool-et-medecine-generale-recommandations-cliniques-pour-le-reperage-precoce-et-les-interventions-breves
34. Addiction à l'alcool. Cours du CUNEA pour l'ECNi.. Disponible sur : <http://cunea.fr/cours/2-generalites>).
35. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Les conférences de consensus : Base méthodologique pour leur réalisation en France. Paris : ANAES ;1999. *Acta Endosc*. avr 1998;28(2):151-5.
36. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Méthodes de consensus : revue des méthodes originales et de leurs grandes variantes utilisées en santé publique. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2008 ;56(6) :415-23. *Rev Epidemiol Sante Publique*. déc 2008;56(6):415-23.
37. Frappé P. Initiation à la recherche. Paris : la revue du praticien. 2011. Pp216.
38. Haute autorité de santé (HAS). Méthode Recommandations par consensus formalisé : Règles de cotation de d'analyse des réponses. Saint Denis la Plaine : HAS ; 2010.
39. Leclerc A. Evolution des compétences addictologiques des internes de médecine générale après formation basée sur les principes de l'enseignement explicite : étude avant-après exposition. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen; 2020.
40. Dalkey N.C. An experimental study of group opinion. *Futures*. 1969;1(5):408-26. [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur : https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_memoranda/2005/RM5888.pdf
41. Guide méthodologique, Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) 2019, médecin traitant de l'adulte. Caisse Nationale d'Assurance Maladie, Janvier 2019. Disponible sur https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/489903/document/rosp_2019_medecin_traitant_adulte_guide_methodologique_assurance_maladie.pdf. :28.
42. Avis N° 2015.0100/AC/SBPP du 4 novembre 2015 du collège de la Haute Autorité de santé sur la nécessité d'actualiser la recommandation de bonne pratique : « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours » (octobre 2014), suite au rapport

sur la cigarette électronique du Public Health England.

ANNEXES

Annexe 1 : Avis favorable du CLERS



C.L.E.R.S

Comité Local d’Ethique de la Recherche en Santé

CHU de CAEN Normandie – Université de CAEN Normandie

Caen, le 21 Mars 2019

Adresse pour toute correspondance :

clers@unicaen.fr

Président :

Pr Grégoire MOUTEL

Vice-Président :

Pr Achille AOUBA

Membres

Nathalie Brielle
Aurore Catherine
Claude Françoise
Véronique Gauthier
François Girault
Guillaume Grandazzi
Sonia Guillouet
Xavier Humbert
Rémy Morello
Philippe Ravasse
Fanny Rogue
Bertille Suzat

Objet : Avis favorable

Chere collègue,

Réponse du questionnaire	
ID de la réponse	65
Date de lancement	2018-12-10 16:27:18
Avis du CLERS	FAVORABLE
Demandeur [Nom]	Leforestier
Demandeur [Prénom]	Pierre
Demandeur [e-mail]	
Titre de l'étude	Etablissement d'un contenu d'enseignement faisant consensus sur l'enseignement des compétences minimales attendues des futurs généralistes sur la prise en charge addictologique du tabac et de l'alcool.

Cordialement

Le Président du CLERS

Rappels : Nous vous rappelons que votre traitement de données doit être en conformité avec le Règlement Européen du 27 avril 2016 (UE-2016/679) relatif à la protection des données des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Les participants doivent avoir été informé et pouvoir s'opposer à l'utilisation de leurs données de santé pour ce travail de recherche.

En aucun cas vous n'êtes autorisé à sortir du CHU des données médicales nominatives, que ce soit par mail, via un circuit non sécurisé ou par transfert sur une clé USB. Le traitement et l'utilisation de ces données engagent votre responsabilité.

Annexe 2 : validation des items de la procédure « rôles attribuables au médecin généraliste »

Procédure "rôles attribuables au médecin généraliste"		
	Tour de validation	Jugement retenu (Médiane ; Distribution)
Repérer, diagnostiquer		
Repérer les consommateurs de tabac	1	Appropriée accord fort (9 ; 9)
Evaluer le niveau de dépendance au tabac	2	Approprié accord fort (9 ; 6-9)
Poser avec précision le diagnostic d'addiction à l'alcool (avec ou sans dépendance physique)	2	Appropriée accord fort (9 ; 4-9)
Evaluer avec précision le retentissement global du mésusage d'alcool (médico-psycho-social)	2	Appropriée accord fort (9 ; 5-9)
Identifier les personnes à risque de complication de sevrage d'alcool	2	Appropriée accord fort (9 ; 6-9)
Repérer avec précision le type d'usage que les patients font de l'alcool (usage, mésusage, trouble de l'usage)	2	Appropriée accord relatif (9 ; 3-9)
Identifier le souhait et le stade motivationnel du patient lors de chaque consultation évoquant la consommation problématique	2	Appropriée accord relatif (8 ; 5-9)
Prévention secondaire		
Dépister les complications somatiques liées au tabac	1	Approprié accord fort (9 ; 7-9)
Dépister les complications somatiques secondaires au trouble de l'usage d'alcool	1	Approprié accord fort (9 ; 7-9)
Dépister les complications psychiatriques secondaires au trouble de l'usage de l'alcool	2	Appropriée accord relatif (8 ; 5-9)
Dépister les complications sociales (famille, emploi, finances, judiciaire...) secondaires au trouble de l'usage de l'alcool	2	Appropriée accord relatif (8 ; 5-9)
Dépister les complications cognitives secondaires au trouble de l'usage de l'alcool	2	Appropriée accord relatif (7 ; 5-9)
Intervenir, traiter		
Délivrer les repères de consommation à risque concernant l'alcool	1	Approprié accord fort (9 ; 9)
Réaliser une intervention brève	2	Appropriée accord fort (9 ; 7-9)
Informé contre les principales idées reçues circulant chez les patients autour de leur consommation d'alcool et/ou de tabac	2	Appropriée accord fort (9 ; 6-9)
Délivrer les conseils de réduction des risques liés à l'usage d'alcool (Par exemple, conduite automobile, interactions médicamenteuse, etc...)	2	Appropriée accord fort (9 ; 8-9)
Délivrer les conseils de réduction des risques liés à l'usage de tabac (exposition de l'entourage, ne pas fumer dans les endroits clos, utilisation des narguilés, etc...)	2	Appropriée accord fort (9 ; 6-9)
Prescrire une vitaminothérapie dans le trouble de l'usage d'alcool	2	Appropriée accord fort (9 ; 7-9)
Savoir prescrire et suivre un sevrage ambulatoire en alcool	2	Appropriée accord fort (9 ; 6-9)
Savoir prescrire des substituts nicotiques dans les projets d'arrêt et d'abstinence de tabac	2	Appropriée accord fort (9 ; 6-9)
Connaître les indications et les modalités de prescription des benzodiazépines dans le sevrage d'alcool	2	Appropriée accord fort (9 ; 5-9)
Connaître les indications et les modalités d'hydratation dans le sevrage d'alcool	2	Approprié accord fort (9 ; 5-9)
Prescrire les addictolytiques à bon escient dans le trouble de l'usage d'alcool	2	Appropriée accord relatif (8 ; 3-9)
Mener un entretien motivationnel	2	Appropriée accord relatif (8 ; 4-9)
Prescrire des antidépresseurs dans le trouble de l'usage d'alcool	2	Appropriée accord relatif (7 ; 1-9)
Terrains particuliers		
Prendre en charge une femme enceinte consommatrice de tabac	2	Appropriée accord fort (9 ; 3-9)
Prendre en charge le tabagisme chez un patient avec comorbidité psychiatrique stabilisée	2	Appropriée accord relatif (8 ; 3-9)
Prendre en charge une femme enceinte avec mésusage d'alcool	2	Appropriée accord relatif (7 ; 3-9)
Prendre en charge le mésusage d'alcool chez un patient avec comorbidité psychiatrique stabilisée	2	Appropriée accord relatif (7 ; 3-9)
Suivre, orienter		
Orienter efficacement le patient dans le réseau addictologique de proximité	2	Appropriée accord fort (9 ; 5-9)
Proposer les outils alternatifs de prise en charge du tabac (tabac info-service, applications de coaching...)	2	Appropriée accord fort (9 ; 5-9)
Effectuer seul (sans un addictologue) le suivi d'un patient en phase de consolidation d'abstinence	2	Appropriée accord fort (9 ; 5-9)

Annexe 3 : Document final « rôles du médecin généraliste » soumis aux experts

Procédure 1 : Identification des rôles attribuables aux médecins généralistes

Les experts ont exprimé, à l'issue des 2 tours, **un accord fort** sur les éléments exposés ci-dessous.

Concernant la **consommation de tabac**, les futurs médecins généralistes doivent savoir :

- Repérer les consommateurs de tabac
- Évaluer leur niveau de dépendance
- Dépister les complications somatiques liées au tabac
- Prescrire les substituts nicotiques dans un projet d'arrêt et d'abstinence de tabac
- Prendre en charge une femme enceinte consommatrice de tabac
- Proposer si nécessaire les outils alternatifs d'aide à la prise en charge du tabac (tabac info-service, applications de coaching...)

Concernant la **consommation d'alcool**, les futurs médecins généralistes doivent savoir :

- Poser avec précision le diagnostic d'addiction à l'alcool (avec ou sans dépendance physique)
- Dépister les complications somatiques secondaires au trouble de l'usage d'alcool
- Évaluer avec précision le retentissement global du mésusage d'alcool (sur les plans médico-psycho-social)
- Identifier les personnes à risque de complication de sevrage d'alcool
- Prescrire et suivre un sevrage ambulatoire en alcool
- Connaître les indications et les modalités de prescription des benzodiazépines dans le sevrage d'alcool
- Connaître les indications et les modalités d'hydratation dans le sevrage d'alcool
- Prescrire une vitaminothérapie dans le trouble de l'usage d'alcool

Concernant la **prise en charge de ces addictions**, les futurs généralistes doivent savoir :

- Réaliser une intervention brève
- Délivrer les repères de consommation à risque concernant l'alcool
- Délivrer les conseils de réduction des risques liés à l'usage d'alcool ou de tabac
- Informer contre les principales idées reçues circulant chez les patients autour de leur consommation (d'alcool et/ou de tabac)
- Orienter efficacement le patient dans le réseau addictologique de proximité
- Effectuer seul le suivi d'un patient en phase de consolidation d'abstinence de tabac ou d'alcool

Les experts ont exprimé un **accord relatif** pour les éléments ci-dessous.

Selon les experts, les futurs généralistes devraient également savoir :

- Nommer avec précision le type d'usage que les patients font de l'alcool (usage, mésusage, trouble de l'usage)
- Dépister les complications cognitives secondaires au trouble de l'usage de l'alcool
- Dépister les complications psychiatriques secondaires au trouble de l'usage de l'alcool
- Dépister les complications sociales (famille, emploi, finances, judiciaire...) secondaires au trouble de l'usage de l'alcool
- Prescrire les addictolytiques à bon escient
- Identifier le souhait et le stade motivationnel du patient lors de chaque consultation évoquant la consommation problématique
- Prescrire des antidépresseurs dans le trouble de l'usage d'alcool
- Mener un entretien motivationnel
- Prendre en charge une femme enceinte avec mésusage d'alcool
- Prendre en charge le mésusage d'alcool chez un patient avec comorbidité psychiatrique stabilisée
- Prendre en charge le tabagisme chez un patient avec comorbidité psychiatrique stabilisée

Il n'y avait **pas de consensus** parmi les experts pour les situations suivantes :

- La prescription de bupropion ou de la varéclique par les généralistes
- L'initiation d'une prescription psychiatrique (autre que les antidépresseurs) dans le trouble de l'usage d'alcool par les généralistes
- Analyser seul avec le patient les situations personnelles à risque de rechute et l'aider à élaborer des stratégies de prévention de la rechute
- La prise en charge par le généraliste du mésusage d'alcool ou de tabac chez un patient polyconsommateur
- La prise en charge par le généraliste du mésusage d'alcool chez un patient prenant des benzodiazépines au long cours

Aucun rôle n'a été considéré par les experts comme complètement inapproprié à l'exercice de la médecine générale.

Annexe 4 : Résultats de la procédure « rôles du médecin généraliste » : analyse en sous-groupes

Procédure "rôles attribuables au médecin généraliste" : résultats selon les groupes d'experts						
	Validation	Généralistes universitaires	Jugement retenu (Médiane ; Distribution)			Valeur p
			Généralistes de terrain	Addictologues universitaires	Addictologues de terrain	
Repérer, diagnostiquer						
Repérer avec précision le type d'usage que les patients font de l'alcool (usage, mésusage, trouble de l'usage)	Tour 2	Appropriée accord fort (9 ; 7-9)	Appropriée accord fort (8 ; 6-9)	Appropriée accord fort (9 ; 8-9)	Appropriée accord relatif (7 ; 3-9)	0,573
Identifier le souhait et le stade motivationnel du patient lors de chaque consultation évoquant la consommation problématique	Tour 2	Appropriée accord fort (9 ; 8-9)	Appropriée accord fort (8 ; 7-9)	Appropriée accord relatif (7 ; 5-9)	Appropriée accord relatif (7 ; 5-9)	0,034*
Prévention secondaire						
Dépister les complications psychiatriques secondaires au trouble de l'usage de l'alcool	Tour 2	Appropriée accord fort (8 ; 5-9)	Appropriée accord fort (8 ; 6-9)	Appropriée accord fort (7 ; 7-9)	Appropriée accord relatif (8 ; 5-9)	0,814
Dépister les complications sociales (famille, emploi, finances, judiciaire...) secondaires au trouble de l'usage de l'alcool	Tour 2	Appropriée accord relatif (9 ; 5-9)	Appropriée accord relatif (8 ; 5-9)	Appropriée accord relatif (7 ; 5-9)	Appropriée accord relatif (6 ; 5-9)	
Dépister les complications cognitives secondaires au trouble de l'usage de l'alcool	Tour 2	Appropriée accord fort (8 ; 5-9)	Appropriée accord fort (7 ; 6-9)	Appropriée accord fort (7 ; 6-8)	Appropriée accord relatif (5 ; 5-9)	0,535
Intervenir, traiter						
Prescrire les addictolytiques à bon escient dans le trouble de l'usage d'alcool	Tour 2	Appropriée accord fort (8 ; 6-9)	Appropriée accord fort (7 ; 5-9)	Appropriée accord fort (8 ; 8-9)	Incertaine (6 ; 3-9)	0,313
Mener un entretien motivationnel	Tour 2	Appropriée accord fort (9 ; 8-9)	Appropriée accord fort (7 ; 7-9)	Appropriée accord relatif (8 ; 4-9)	Appropriée accord relatif (8 ; 5-9)	0,067
Prescrire des antidépresseurs dans le trouble de l'usage d'alcool	Tour 2	Appropriée accord relatif (8 ; 5-9)	Incertaine (6 ; 6-7)	Appropriée accord relatif (8 ; 7-9)	Incertaine (6 ; 1-9)	0,731
Savoir prescrire le bupropion	Non validé	Appropriée accord relatif (7 ; 5-9)	Incertaine (3 ; 1-9)	Incertaine (6 ; 1-9)	Incertaine (7 ; 1-9)	0,629
Savoir prescrire la varéclidine	Non validé	Appropriée accord fort (7 ; 1-9)	Appropriée accord relatif (5 ; 1-9)	Appropriée accord fort (7 ; 6-9)	Incertaine (7 ; 2-9)	0,544
Prescrire d'autres traitements d'indication psychiatrique dans le TUAL	Non validé	Appropriée accord fort (7 ; 5-9)	Incertaine (6 ; 6-7)	Incertaine (6 ; 4-9)	Incertaine (5 ; 1-8)	0,424
Terrains particuliers						
Prendre en charge le tabagisme chez un patient avec comorbidité psychiatrique stabilisée	Tour 2	Appropriée accord fort (9 ; 7-9)	Incertaine (6 ; 5-7)	Appropriée accord fort (8 ; 7-9)	Appropriée accord relatif (7 ; 3-9)	0,029*
Prendre en charge une femme enceinte avec mésusage d'alcool	Tour 2	Appropriée accord fort (9 ; 5-9)	Inappropriée accord relatif (3 ; 3-8)	Appropriée accord fort (7 ; 5-9)	Appropriée accord fort (7 ; 5-9)	0,078
Prendre en charge le mésusage d'alcool chez un patient avec comorbidité psychiatrique stabilisée	Tour 2	Appropriée accord fort (9 ; 5-9)	Incertaine (5 ; 5-7)	Appropriée accord fort (7 ; 6-9)	Incertaine (5 ; 3-9)	0,296
Prendre en charge le tabagisme chez un patient polyconsommateur	Non validé	Appropriée accord fort (9 ; 5-9)	Incertaine (5 ; 3-9)	Appropriée accord fort (7 ; 5-9)	Incertaine (5 ; 3-9)	0,178
Prendre en charge le mésusage d'alcool chez un patient polyconsommateur	Non validé	Appropriée accord fort (9 ; 3-9)	Incertaine (5 ; 3-7)	Appropriée accord relatif (7 ; 5-9)	Incertaine (4 ; 3-9)	0,174
Prendre en charge le mésusage d'alcool chez un patient prenant des benzodiazépines au long cours	Non Validé	Appropriée accord fort (9 ; 5-9)	Incertaine (6 ; 5-7)	Incertaine (6 ; 5-8)	Incertaine (3 ; 2-9)	0,083
Suivre, orienter						
Effectuer seul (sans un addictologue) le suivi d'un patient en phase de consolidation d'abstinence	Tour 2	Appropriée accord fort (8 ; 8-9)	Appropriée accord fort (7 ; 6-9)	Appropriée accord fort (7 ; 7-9)	Incertaine (6 ; 5-9)	0,191
Analyser seul avec le patient les situations à risque de rechute et l'aider à élaborer des stratégies de prévention de la rechute	Non validé	Appropriée accord fort (9 ; 8-9)	Incertaine (6 ; 1-8)	Incertaine (6 ; 4-9)	Incertaine (4 ; 4-8)	0,004*

Annexe 5 : Validation des items de la procédure « enseignement à délivrer »

Procédure "enseignement à délivrer"	Tour de validation	Jugement retenu (Médiane ; Distribution)
Addictologie générale		
Missions et rôles des principales ressources médico sociales existantes	1	Approprié accord fort (9 ; 7-9)
Enseigner la reconnaissance des facteurs de risque et de vulnérabilité, individuels et environnementaux	2	Appropriée ; accord fort (9 ; 7-9)
Enseigner les motivations à la consommation drogues (les raisons qui poussent les individus à expérimenter ou consommer)	2	Appropriée ; accord fort (9 ; 6-9)
Aborder les principaux préjugés circulant chez les soignants ("Ces patients manquent de motivation", "on ne peut jamais faire confiance à un drogué" etc)	2	Appropriée ; accord fort (9 ; 5-9)
Enseigner un modèle neurobiologique simple des addictions	2	Appropriée ; accord fort (9 ; 5-9)
Aborder les principales idées reçues circulant chez les consommateurs d'alcool et de tabac sur leur produit	2	Appropriée ; accord fort (9 ; 5-9)
Enseigner la façon de répondre aux principales situation de crises en addictologie (complication aiguë, hétéro agressivité, demande de soins pressante, etc..)	2	Appropriée ; accord fort (9 ; 5-9)
Notions d'épidémiologie sur le tabac et l'alcool	2	Appropriée ; accord relatif (9 ; 3-9)
Notions sur les lois encadrant les consommations de tabac et d'alcool	2	Appropriée ; accord relatif (7 ; 5-9)
Alcoologie		
Enseigner les indications d'une prise en charge hospitalière du sevrage d'alcool	2	Appropriée accord fort (médiane : 9 ; distribution 8-9)
Rappeler les signes du syndrome de sevrage d'alcool	2	Appropriée accord fort (médiane : 9 ; distribution 7-9)
Enseigner les indications d'un sevrage d'alcool	2	Appropriée accord fort (médiane : 9 ; distribution 7-9)
Enseigner un modèle de prise en charge du sevrage ambulatoire	2	Appropriée accord fort (médiane : 9 ; distribution 7-9)
Enseigner la stratégie de réduction de la consommation comme alternative à l'abstinence (précision : lorsque celle-ci n'est pas encore envisageable pour le patient)	2	Appropriée accord fort (médiane : 9 ; distribution 7-9)
Enseigner la prescription des benzodiazépines (maîtrise des indications, de l'initiation, des dosages, de la surveillance, et de l'arrêt)	2	Appropriée accord fort (médiane : 9 ; distribution 7-9)
Enseigner la prescription des vitamino-thérapies dans le trouble de l'usage d'alcool (maîtrise des indications, de l'initiation, des dosages, de la surveillance, et de l'arrêt)	2	Appropriée accord fort (médiane : 9 ; distribution 7-9)
Rappeler toutes les complications somatiques à rechercher en lien avec le mésusage d'alcool	2	Appropriée accord fort (médiane : 9 ; distribution 6-9)
Enseigner l'utilisation du verre d'alcool standard comme langage commun entre professionnels	2	Appropriée accord relatif (médiane : 9 ; distribution 6-9)
Parler de la place des examens complémentaires dans le dépistage et le diagnostic du trouble de l'usage d'alcool	2	Appropriée accord relatif (médiane : 9 ; distribution 6-9)
Enseigner quels motifs de consultation ou quelles situations cliniques sont propices au repérage d'un mésusage	2	Appropriée accord relatif (médiane : 9 ; distribution 5-9)
Enseigner les spécificités du dépistage pour certains terrains (Adolescent, Femme enceinte ou ayant un projet de grossesse, Sujet âgé)	2	Appropriée accord relatif (médiane : 9 ; distribution 5-9)
Enseigner la prescription des addictolytiques (maîtrise des indications, de l'initiation, des dosages, de la surveillance, et de l'arrêt)	2	Appropriée accord relatif (médiane : 9 ; distribution 3-9)
Enseigner l'expression de la consommation moyenne en g d'alcool pur, comme langage commun entre professionnels	2	Appropriée accord relatif (médiane : 9 ; distribution 2-9)
Enseigner les termes de non-usage, usage simple, mésusage à risque, mésusage nocif, mésusage avec dépendance, trouble de l'usage	2	Appropriée accord relatif (médiane : 9 ; distribution 1-9)
Rappeler le bon usage du score de Cushman	2	Appropriée accord relatif (médiane : 8 ; distribution 3-9)
Enseigner les troubles psychiatriques en lien avec le mésusage d'alcool	2	Appropriée accord relatif (médiane : 8 ; distribution 3-9)
Enseigner la manière de recueillir un parcours de consommation d'alcool	2	Appropriée accord relatif (médiane : 8 ; distribution 3-9)
Enseigner l'utilisation de l'outil standard FACE pour le repérage	2	Appropriée accord relatif (médiane : 7 ; distribution 5-9)
Enseigner l'utilisation de l'outil standard AUDIT-C pour le repérage	2	Appropriée accord relatif (médiane : 7 ; distribution 2-9)
Tabacologie		
Enseigner l'utilisation du test de Fagerstrom	2	Appropriée accord fort (9 ; 7-9)
Enseigner la manière de formuler un conseil minimal d'arrêt	2	Appropriée accord fort (9 ; 7-9)
Enseigner le bon usage des différents traitements de substitution nicotinique et leur association entre eux	2	Appropriée accord fort (9 ; 7-9)
Enseigner comment répondre à la question de la cigarette électronique	2	Appropriée accord fort (9 ; 6-9)
Enseigner comment surveiller et prévenir la prise de poids	2	Appropriée accord relatif (9 ; 5-9)
Approches non médicamenteuses		
Expliquer le phénomène de résistance au changement	2	Appropriée accord fort (9 ; 6-9)
Enseigner comment réaliser une intervention brève	2	Appropriée accord fort (9 ; 6-9)
Enseigner les stades motivationnels (cercle de Prochaska et DiClemente, algorithme IDÉAL) et les attitudes relationnelles adaptées à chaque stade	2	Appropriée accord fort (9 ; 3-9)
Enseigner les principes de l'entretien motivationnel	2	Appropriée accord fort (9 ; 3-9)
Un médecin généraliste doit savoir mener un entretien motivationnel à l'issue de sa formation initiale	2	Appropriée accord fort (9 ; 2-9)
Enseigner la reconnaissance des situations à risques et les principales stratégies de prévention des rechutes	2	Appropriée accord relatif (9 ; 5-9)
Enseigner la distinction entre faux pas et rechute, ainsi que l'effet de violation de l'abstinence	2	Appropriée accord relatif (9 ; 4-9)

Annexe 6 : Document final « enseignement à délivrer » soumis aux experts

Procédure 2 : identification du contenu d'enseignement prioritaire à délivrer auprès des futurs médecins généralistes

Les experts ont exprimé, à l'issue des 2 tours, **un accord fort** sur les éléments exposés ci-dessous.

Concernant une **introduction à l'addictologie**, il est prioritaire :

- D'aborder les principaux préjugés circulant chez les soignants sur les personnes souffrant d'une addiction
- De Présenter un modèle neurobiologique simple des addictions
- De Présenter les facteurs de risque et de vulnérabilité, individuels et environnementaux.
- D'expliquer les principales motivations qui peuvent pousser les individus à la consommation de drogues

Concernant la **prise en charge non médicamenteuse**, il est prioritaire :

- D'expliquer comment réaliser une intervention brève
- D'expliquer le phénomène de résistance au changement
- De présenter les stades motivationnels (cercle de Prochaska et Diclemente, algorithmes IDÉAL) et les attitudes relationnelles adaptées à chaque stade.
- De présenter les principes de l'entretien motivationnel
- D'expliquer les missions et les rôles des principales ressources médico-sociales existantes
- D'enseigner la façon de répondre aux principales situations de crises en addictologie

Concernant la **tabacologie**, il est prioritaire :

- D'expliquer l'usage du test de Fagerström
- De montrer comment formuler un conseil minimal d'arrêt
- D'expliquer les bonnes pratiques de prescription des substituts nicotiques et leur association entre eux
- De parler de la place de la cigarette électronique
- D'aborder les principales idées reçues circulant chez les consommateurs de tabac sur leur produit et comment informer.

Concernant l'**alcoolologie**, il est prioritaire :

- De rappeler les signes du syndrome de sevrage d'alcool
- De rappeler toutes les complications somatiques à rechercher en lien avec le mésusage d'alcool
- D'aborder la stratégie de réduction des consommations comme alternative à l'abstinence lorsque celle-ci n'est pas encore envisageable pour le patient.
- D'aborder les principales idées reçues circulant chez les consommateurs d'alcool sur leur produit et comment informer.
- D'expliquer les indications d'un sevrage d'alcool.
- D'expliquer les indications d'une prise en charge hospitalière du sevrage d'alcool.
- De proposer un modèle de prise en charge du sevrage ambulatoire.
- D'expliquer les bonnes pratiques de prescription des benzodiazépines en alcoolologie
- D'expliquer la prescription de la vitaminothérapie dans le trouble de l'usage d'alcool
-

Les experts ont exprimé un **accord relatif** pour l'enseignement des items ci-dessous.

Selon les experts, l'enseignement aux futurs généralistes peut aussi comporter :

- Des notions d'épidémiologie sur le tabac et l'alcool
- Des notions sur les lois encadrant les consommations de tabac et d'alcool
- Les motifs de consultation ou les situations cliniques qui sont propices au repérage d'un mésusage
- Une explication sur l'utilisation de l'outil standard AUDIT-C pour le repérage
- Une explication sur l'utilisation de l'outil standard FACE pour le repérage
- Une explication sur les spécificités du dépistage chez les adolescents, les femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse, les sujets âgés.
- Un enseignement des termes de non-usage, usage simple, mésusage à risque, mésusage nocif, mésusage avec dépendance, trouble de l'usage
- Une explication sur l'utilisation du verre d'alcool standard comme langage commun entre professionnels tel que celui en gramme d'alcool pur.
- La manière de recueillir un parcours de consommation d'alcool.
- Un rappel du bon usage du score de Cushman
- Une explication sur les troubles psychiatriques en lien avec le mésusage d'alcool
- Un enseignement sur la bonne prescription des addictolytiques (maîtrise des indications, de l'initiation, des dosages, de la surveillance, et de l'arrêt)
- Un rappel de la place des examens complémentaires dans le dépistage et le diagnostic du trouble de l'usage d'alcool
- Un enseignement sur comment surveiller et prévenir la prise de poids dans le sevrage tabagique
- Un enseignement sur la reconnaissance des situations à risques et les principales stratégies de prévention des rechutes
- Une explication sur la distinction entre faux pas et rechute, ainsi que l'effet de violation de l'abstinence

Il n'y avait **pas de consensus** parmi les experts pour l'enseignement :

- Des critères diagnostiques DSM 5 d'une addiction, des critères CIM 10, ou des critères d'Aviel Goodman pour aider au diagnostic d'addiction.
- Du test BEARNI pour le dépister les troubles cognitifs
- D'un recueil du parcours de consommation tabagique
- De l'usage de la varénicline ou du bupropion
- De la possibilité de passer par une étape de réduction/maîtrise des consommations
- De la mesure du monoxyde de carbone expiré comme outil de renforcement motivationnel
- De notions de thérapie familiale et systémique.
- Des colonnes de Beck ou de la balance décisionnelle.
- Des échelles d'évaluation de la motivation et du sentiment d'efficacité.

Aucun enseignement n'a été jugé par les experts comme complètement inapproprié à l'enseignement des médecins généralistes.

Annexe 7 : Résultats de la procédure « rôles du médecin généraliste » : analyse en sous-groupes

Procédure "enseignement à délivrer" : résultats selon les groupes d'experts

	Jugement retenu (Médiane - Distribution)					
Addictologie générale	Validation	Généralistes universitaires	Généralistes de terrain	Addictologues universitaires	Addictologues de terrain	Valeur p
<i>Aborder les principales idées reçues circulant chez les consommateurs d'alcool et de tabac sur leur produit</i>	Tour 2	Appropriée accord fort (9 ; 7-9)	Appropriée accord relatif (7 ; 6-9)	Appropriée accord fort (9 ; 8-9)	Appropriée accord fort (9 ; 5-9)	0,082
<i>Notions sur les lois encadrant les consommations de tabac et d'alcool</i>	Tour 2	Appropriée accord relatif (7 ; 6-9)	Appropriée accord fort (7 ; 6-8)	Appropriée accord fort (7 ; 5-9)	Appropriée accord fort (8 ; 7-9)	0,847
<i>Enseigner les critères diagnostiques DSM 5 d'une addiction avec leur niveau de sévérité</i>	Non validé	Appropriée accord fort (9 ; 4-9)	Appropriée accord fort (7 ; 5-9)	Incertaine (6 ; 1-9)	Appropriée accord fort (9 ; 3-9)	0,671
<i>Enseigner les critères CIM 10 d'une addiction</i>	Non validé	Incertaine (4 ; 3-9)	Appropriée accord fort (7 ; 5-9)	Incertaine (6 ; 6-8)	Incertaine (8 ; 2-9)	0,716
Alcoologie						
<i>Rappeler toutes les complications somatiques à rechercher en lien avec le mésusage d'alcool</i>	Tour 2	Appropriée accord fort (9 ; 8-9)	Appropriée accord relatif (8 ; 6-9)	Appropriée accord fort (9 ; 7-9)	Appropriée accord fort (9 ; 9)	0,080
<i>Enseigner l'utilisation du verre d'alcool standard comme langage commun entre professionnels</i>	Tour 2	Appropriée accord fort (9 ; 8-9)	Appropriée accord relatif (8 ; 6-9)	Appropriée accord fort (9 ; 9)	Appropriée accord fort (9 ; 9)	0,023*
<i>Parler de la place des examens complémentaires dans le dépistage et le diagnostic du trouble de l'usage d'alcool</i>	Tour 2	Appropriée accord fort (9 ; 6-9)	Appropriée accord relatif (8 ; 6-9)	Appropriée accord fort (9 ; 7-9)	Appropriée accord fort (9 ; 6-9)	0,557
<i>Enseigner la prescription des addictolytiques (maîtrise des indications, de l'initiation, des dosages, de la surveillance, et de l'arrêt)</i>	Tour 2	Appropriée accord fort (8 ; 7-9)	Appropriée accord fort (7 ; 5-9)	Appropriée accord fort (9 ; 7-9)	Incertaine (7 ; 3-9)	0,100
<i>Enseigner l'expression de la consommation moyenne en g d'alcool pur, comme langage commun entre professionnels</i>	Tour 2	Appropriée accord fort (9 ; 6-9)	Incertaine (6 ; 6-9)	Appropriée accord fort (9 ; 6-9)	Appropriée accord relatif (7 ; 2-9)	0,333
<i>Enseigner les termes de non-usage, usage simple, mésusage à risque, mésusage nocif, mésusage avec dépendance, trouble de l'usage</i>	Tour 2	Appropriée accord fort (7 ; 4-9)	Appropriée accord fort (8 ; 6-9)	Appropriée accord fort (9 ; 7-9)	Incertaine (5 ; 1-9)	0,671
<i>Rappeler le bon usage du score de cushman</i>	Tour 2	Appropriée accord relatif (7 ; 3-9)	Incertaine (6 ; 5-7)	Appropriée accord fort (9 ; 8-9)	Appropriée accord fort (9 ; 6-9)	0,057
<i>Enseigner les troubles psychiatriques en lien avec le mésusage d'alcool</i>	Tour 2	Appropriée accord relatif (8 ; 3-9)	Incertaine (6 ; 5-7)	Appropriée accord fort (8 ; 6-9)	Appropriée accord fort (9 ; 7-9)	0,154
<i>Enseigner la manière de recueillir un parcours de consommation d'alcool</i>	Tour 2	Appropriée accord fort (8 ; 6-9)	Incertaine (6 ; 6-8)	Appropriée accord fort (8 ; 5-9)	Incertaine (6 ; 3-9)	0,310
<i>Enseigner l'utilisation de l'outil standard FACE pour le repérage</i>	Tour 2	Appropriée accord relatif (8 ; 5-9)	Appropriée accord relatif (7 ; 5-7)	Incertaine (6 ; 5-9)	Appropriée accord relatif (9 ; 6-9)	0,177
Tabacologie						
<i>Enseigner comment surveiller et prévenir la prise de poids</i>	Tour 2	Appropriée accord relatif (8 ; 5-9)	Appropriée accord fort (7 ; 5-9)	Appropriée accord fort (9 ; 6-9)	Appropriée accord fort (9 ; 8-9)	0,547
<i>Enseigner la manière de recueillir un parcours de consommation tabagique</i>	Non validé	Appropriée accord relatif (9 ; 3-9)	Incertaine (5 ; 4-7)	Incertaine (6 ; 4-9)	Incertaine (5 ; 3-9)	0,676
<i>Enseigner le bon usage du bupropion</i>	Non validé	Incertaine (7 ; 1-9)	Incertaine (4 ; 1-9)	Incertaine (5 ; 4-9)	Appropriée accord fort (9 ; 2-9)	0,387
<i>Parler de la mesure du CO expiré comme un outil de renforcement motivationnel</i>	Non validé	Appropriée accord relatif (7 ; 3-9)	Incertaine (6 ; 3-8)	Appropriée accord relatif (7 ; 5-9)	Incertaine (4 ; 2-9)	0,368
Approches non médicamenteuses						
<i>Enseigner la reconnaissance des situations à risques et les principales stratégies de prévention des rechutes</i>	Tour 2	Appropriée accord fort (9 ; 8-9)	Appropriée accord fort (7 ; 6-9)	Appropriée accord relatif (8 ; 6-9)	Appropriée accord fort (7 ; 5-9)	0,053
<i>Enseigner la distinction entre faux pas et rechute, ainsi que l'effet de violation de l'abstinence</i>	Tour 2	Appropriée accord fort (9 ; 4-9)	Appropriée accord fort (7 ; 5-9)	Appropriée accord relatif (8 ; 6-9)	Appropriée accord fort (9 ; 4-9)	0,414
<i>Enseigner certaines notions de thérapie familiale et systémique</i>	Non validé	Appropriée accord fort (8 ; 7-9)	Incertaine (5 ; 5-9)	Appropriée accord relatif (8 ; 4-9)	Incertaine (7 ; 1-9)	0,358
<i>Enseigner l'utilisation des colonnes de Beck ou la balance décisionnelle</i>	Non validé	Appropriée accord fort (8 ; 3-9)	Incertaine (6 ; 6-7)	Appropriée accord relatif (7 ; 1-9)	Appropriée accord fort (9 ; 7-9)	0,135
<i>Enseigner l'utilisation des échelles d'évaluation de la motivation et du sentiment d'efficacité</i>	Non validé	Appropriée accord fort (9 ; 3-9)	Incertaine (6 ; 6-7)	Incertaine (6 ; 1-9)	Incertaine (6 ; 2-9)	0,424

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

A faire signer ici par votre Président de Thèse avant de nous remettre le 1^{er} exemplaire unique
3 semaines + 3 jours avant la soutenance

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

2020

M LEFORESTIER Pierre

Elaboration d'un consensus sur les compétences addictologiques minimales à acquérir en troisième cycle de médecine générale pour l'alcool et le tabac : méthode DELPHI

INTRODUCTION : La consommation d'alcool et de tabac est un problème de santé publique majeur en France. La formation des futurs médecins généralistes concernant les addictions est actuellement disparate et semble insuffisante.

L'objectif de ce travail était d'établir une liste de rôles attendus du médecin généraliste et d'items d'enseignement à délivrer aux étudiants de troisième cycle en médecine générale, pour l'enseignement de l'addictologie en soins de premier recours.

METHODES : Nous avons appliqué la méthode Delphi sur la base d'une revue des recommandations et outils de bonne pratique des principales sociétés savantes à destination des médecins généralistes. 35 experts, médecins généralistes universitaires et non universitaires, addictologues universitaires et non universitaires, ont été recrutés. L'objectif était d'établir une liste de rôles attendus du médecin généraliste et d'items d'enseignement à délivrer aux étudiants de troisième cycle en médecine générale, pour l'enseignement de l'addictologie en soins de premier recours.

RESULTATS : Un consensus a été obtenu après deux tours de consultation. 25 experts ont participé au premier tour (71%), 23 experts aux second et troisième tours (66%). Concernant la procédure « rôles du médecin généraliste », 32 items ont fait consensus, sur 39 initialement proposés. Concernant la procédure « enseignement à délivrer », 41 items ont fait consensus, sur les 53 initialement proposés.

CONCLUSION : Les listes d'items serviront de base à un second travail, ayant pour objectif d'évaluer l'efficacité d'un module de formation suivant les objectifs issus du consensus, en s'appuyant sur une méthode pédagogique centrée sur l'enseignement.

MOTS-CLÉS : Médecine générale, Addictologie, Delphi, Consensus, Compétences, Alcool, Tabac.

Development of a consensus on the minimum addictological skills to be acquired in the third cycle of general practice for alcohol and tobacco : Delphi method

INTRODUCTION : Alcohol and tobacco consumption is a major public health issue in France. The training of future general practitioners concerning addictions is currently disparate and seems insufficient. The objective of this work was to establish a list of expected roles of general practitioners and of teaching items to be delivered to postgraduate students in general medicine, for teaching addictology in primary care.

METHODS : A Delphi methodology was conducted on the basis of a review of the recommendations and practice tools for general practitioners. 35 experts, university and non-university general practitioners, university and non-university addictologists, were recruited. The objective was to establish a list of expected roles of the general practitioner and of teaching items to be delivered to postgraduate students in general medicine, for the teaching of addictology in primary care.

RESULTS : Consensus was reached after two rounds of consultation. 25 experts participated in the first round (71%), 23 experts in the second and third rounds (66%). Concerning the "roles of the general practitioner" procedure, 32 items reached consensus, out of 39 initially proposed. Concerning the "teaching to be delivered" procedure, 41 items reached consensus, out of the 53 initially proposed.

CONCLUSION : The item lists will serve as the basis for a second work, which objective will be to assess the effectiveness of a training module according to the objectives resulting from the consensus, by relying on a teaching method centered on teaching.

KEY WORDS : General practice, Addictology, Delphi, Consensus, Competencies, Alcohol, Tobacco.