

**Académie d'Orléans –Tours  
Université François-Rabelais**

**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**Année 2015**

**Thèse**

**pour le**

**DOCTORAT EN MEDECINE**

**Diplôme d'Etat**

**Par**

**PAUTRAT Maxime**  
Né le 28/12/1987 à NEVERS

**Présentée et soutenue publiquement le 21 Octobre 2015**

**EVALUATION DES OUTILS DE REPERAGE DES SITUATIONS DE  
POLYDEPENDANCE EN SOINS PRIMAIRES :  
UNE REVUE DE LA LITTERATURE**

**Jury**

**Président de Jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ**

**Membres du jury : Monsieur le Professeur Georges BROUSSE**

**Monsieur le Professeur Nicolas BALLON**

**Monsieur le Professeur Jean Pierre LEBEAU**

**Madame le docteur Catherine LAPORTE**

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

Professeur Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Professeur Henri MARRET

**ASSESSEURS**

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*  
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*  
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

**SECRETAIRE GENERALE**

Madame Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972  
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994  
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Professeur Alain AUTRET  
Professeur Catherine BARTHELEMY  
Professeur Jean-Claude BESNARD  
Professeur Patrick CHOUTET  
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Professeur Guy GINIES  
Professeur Olivier LE FLOCH  
Professeur Etienne LEMARIE  
Professeur Chantal MAURAGE  
Professeur Léandre POURCELOT  
Professeur Michel ROBERT  
Professeur Jean-Claude ROLLAND

**PROFESSEURS HONORAIRES**

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - Ch. BERGER –  
J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI J.P. FAUCHIER - B. GRENIER –  
A. GOUAZE – M. JAN – J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC – J. LAUGIER - G. LELORD -  
G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER – J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - J.P. MUH -  
J. MURAT - Ph. RAYNAUD – JC. ROLLAND – Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE  
– J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

MM.	ALISON Daniel.....	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian.....	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique.....	Cardiologie
	BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; Addictologie
Mme	BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; Radiothérapie
MM.	BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian.....	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles.....	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian.....	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre.....	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe.....	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck.....	Urologie
	BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
	CALAIS Gilles.....	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain.....	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe.....	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry.....	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe.....	Neurologie
	COSNAY Pierre.....	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles.....	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne.....	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc.....	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
	DIOT Patrice.....	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
	FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
	FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & Cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques.....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe.....	Psychiatrie d'Adultes
	GYAN Emmanuel.....	Hématologie ; thérapie cellulaire
	GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain.....	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
	GRUEL Yves.....	Hématologie ; Transfusion
	GUERIF Fabrice.....	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis.....	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge.....	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier.....	Urologie
	HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HANKARD Régis.....	Pédiatrie
	HERAULT Olivier.....	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline.....	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël.....	Chirurgie générale
	LABARTHE François.....	Pédiatrie
	LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
	LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LEBRANCHU Yvon.....	Immunologie
	LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LESCANNE Emmanuel.....	Oto-Rhino-Laryngologie

	LINASSIER Claude .....	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard .....	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent .....	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François .....	Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie
	MARRET Henri .....	Gynécologie et Obstétrique
	MARUANI Annabel .....	Dermatologie
	MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain .....	O.R.L.
	MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe .....	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric .....	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique .....	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck .....	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean .....	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland .....	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
	ROBIER Alain .....	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe .....	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique .....	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel .....	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie .....	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique .....	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick .....	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc .....	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane .....	Anatomie
	WATIER Hervé .....	Immunologie.

#### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

M.	LEBEAU Jean-Pierre .....	Médecine Générale
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie .....	Médecine Générale

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

MM.	MALLET Donatien .....	Soins palliatifs
	POTIER Alain .....	Médecine Générale
	ROBERT Jean .....	Médecine Générale

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme	ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
M.	BAKHOS David .....	Physiologie
Mme	BERNARD-BRUNET Anne .....	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
M.	BERTRAND Philippe .....	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène .....	Biochimie et biologie moléculaire
M.	BOISSINOT Éric .....	Physiologie
Mme	CAILLE Agnès .....	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
M.	DESOUBEAUX Guillaume .....	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane .....	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan .....	Réanimation médicale
Mme	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .....	Anatomie et Cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe .....	Néphrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine .....	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie .....	Immunologie
	GUILLON-GRAMMATICO Leslie .....	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
MM.	HOARAU Cyrille .....	Immunologie
	HOURIOUX Christophe .....	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal .....	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric .....	Biochimie et biologie moléculaire

	ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et Droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie
	TERNANT David.....	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie..	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick.....	Biochimie et Biologie moléculaire

### **MAITRES DE CONFERENCES**

Mme	ESNARD Annick .....	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël.....	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile .....	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald .....	Biologie cellulaire

### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE**

Mmes	HUAS Caroline.....	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

### **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA**

M.	BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	CHARBONNEAU Michel.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	COURTY Yves.....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
	GAUDRAY Patrick .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GILOT Philippe .....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
	GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	GRANDIN Nathalie .....	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
MM.	KORKMAZ Brice .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
	LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
	LE PAPE Alain .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mme	MARTINEAU Joëlle .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
	MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
	RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
Mme	RIO Pascale.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1069
M.	SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

### **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

#### ***Pour la Faculté de Médecine***

Mme	BIRMELE Béatrice .....	Praticien Hospitalier ( <i>éthique médicale</i> )
M.	BOULAIN Thierry .....	Praticien Hospitalier ( <i>CSCT</i> )
Mme	CRINIERE Lise .....	Praticien Hospitalier ( <i>endocrinologie</i> )
M.	GAROT Denis.....	Praticien Hospitalier ( <i>sémiologie</i> )
Mmes	MAGNAN Julie.....	Praticien Hospitalier ( <i>sémiologie</i> )
	MERCIER Emmanuelle .....	Praticien Hospitalier ( <i>CSCT</i> )

#### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

Mme	DELORE Claire .....	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie .....	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl .....	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle.....	Orthophoniste

#### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

Mme	LALA Emmanuelle .....	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier

## REMERCIEMENTS

### ***A Madame le Professeur Anne-Marie Lehr-Drylewicz.***

En fin d'externat à Clermont Ferrand et avant même d'arriver pour l'internat à Tours, j'avais déjà récupéré vos coordonnées. J'espérais rencontrer une personne ressource pour m'aider dans ma formation médicale et universitaire : je n'ai pas été déçu !

Merci beaucoup pour votre suivi au cours de mon internat.

Si parfois je me suis questionné (que va-t-elle me demander ? que m'a-t-elle encore réservé ? pourquoi me demande-t-elle de faire un master aussi tordu en plus ? et si je ne suis pas d'accord, comment vais-je pouvoir lui dire non ?), à chaque fois, vos choix, vos propositions, et vos conseils ont été bienveillants et avisés.

Merci aussi de me faire l'honneur de présider ma thèse, je vous suis très reconnaissant de m'aider à devenir un médecin généraliste digne de ce nom.

### ***A Monsieur le Professeur Georges Brousse.***

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury, malgré la distance entre la région Centre - Val de Loire et l'Auvergne. Il était important pour moi de réaliser ce travail de thèse par une collaboration entre mes deux facultés de formation. Recevez l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

### ***A Monsieur le Professeur Nicolas Ballon.***

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon sujet et d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de ma sincère gratitude.

### ***A Monsieur le Professeur Jean Pierre Lebeau, mon directeur de thèse.***

Je vous remercie de m'avoir aidé à débiter cette thèse. Vos conseils m'ont été précieux. Soyez assuré ici de ma profonde considération.

### ***A Madame le docteur Catherine Laporte, ma co-directrice de thèse.***

Même si je me suis souvent demandé si tu n'aurais pas dû refuser de t'embarquer dans ce lourd travail par correspondance, je te remercie très sincèrement d'avoir persévéré. Tes conseils et ton soutien m'ont beaucoup aidé. Je suis sûr que si une autre collaboration devait se faire, je pourrais compter sur toi car malgré tes multiples engagements, tes conseils m'ont beaucoup servi dans la réalisation de ce travail.

### ***A ma famille.***

Parents, grands-parents, beaux-parents, frères, beaux-frères, belles-sœurs... Merci de votre soutien durant toutes ces années d'études : ça y est, c'est fini !

Ce n'est plus la peine de me demander combien d'année il me reste à faire !

Et oui, je vais pouvoir vous dépanner d'une prescription (de temps en temps), ou faire un certificat pour vos sports (quoique en réfléchissant... pas sûr). Mais non, je ne serai toujours pas un ordonnancier ambulancier !

Merci pour vos attentions durant toutes ces années d'examens, vos encouragements, et votre compréhension quand il m'a fallu être absent.

### ***A mes confrères et consœurs en herbe.***

A l'équipe de copains Auvergnate : merci pour toutes ces belles rencontres et ces fous rires ! Ces moments vécus ensemble pendant l'externat puis échangés pendant l'internat. On va tous passé nos thèses les uns après les autres, mais que ce soit comme étudiants, comme docteurs ou comme adulte responsable, je suis certains qu'on rigolera toujours autant, sauf quand il s'agira de rappeler les règles très précises de bonne réalisation d'une « *Pautrat* »...

Merci à vous d'avoir rendu ces années d'études aussi sympa : FX, François, Hélène, Mélanie, les popoles, les biobios, la fanfare, les petits, les gros, et les autres...

### ***A notre bande de musiciens.***

A Marine, Nico, Val, Anne et Benj : merci d'avoir été là pour pouvoir parler d'autres choses que de médecine ! Même si la difficile gestion des plannings de rentrée ou l'impatience des prochaines vacances nous ont toujours surpris, merci de nous avoir fait découvrir votre monde d'artistes. Et promis, vous aurez toujours droit à quelques anecdotes croustillantes voir plus...

### ***A mes autres professeurs.***

J'ai eu la chance de rencontrer assez tôt des gens qui m'ont appris à travailler et à me donner à fond ; c'est sans doute grâce à eux que j'ai réussi à boucler ces études. Et c'est l'occasion de les remercier ici, notamment mon professeur de saxophone Gilles Martin ou encore Michelle Ambrosetti, M.F. Messenger, ...

Durant mes études, j'ai également rencontré des médecins qui m'ont donné envie de m'améliorer et de donner le meilleur de moi-même. Merci à eux de m'avoir inspiré, notamment Catherine Robert, Mme Diot ou F.Maillot.

### ***On garde la meilleure pour la fin...***

Merci à toi, Aude, de me soutenir à fond, tous les jours et avec tout ton amour.

Que ce soit pour cette thèse, les masters, le concours de l'internat ou tous les autres moments difficile en charge de travail, heureusement que tu as été là pour assurer. Comme tu dis, tu as été mon « staff », et je te dois beaucoup. Je suis très heureux de t'avoir à mes côtés. Alors que j'écris ses remerciements tard dans la nuit, la veille de l'impression de cette thèse, et que tu te reposes, fatiguée par ta grossesse, je voudrais te remercier pour le bonheur que tu apportes à ma vie !

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.



## RESUME

**Contexte :** Les addictions avec et sans substances sont un problème de santé publique majeur. Le phénomène des poly-consommations et des poly-dépendances s'accroissant ces dernières années, le repérage de ces situations par les acteurs de soins primaires est primordial. Pour cela, un outil d'aide pour ce repérage validé et adapté aux soins primaires est nécessaire.

**Objectif :** Evaluer les outils de repérage des situations de poly-dépendances en soins primaires.

**Méthode :** Revue systématique de la littérature réalisée à partir des bases de données Pubmed, PsycINFO et The Cochrane Library. L'algorithme de recherche était notamment constitué des termes MeSH (ou adaptés aux vocabulaires des autres bases) pour associer 3 items : repérage, dépendance et soins primaires. Les critères d'inclusions étaient : évaluation de la validité d'un outil de repérage d'au moins deux dépendances en soins primaires, ou évaluation de la faisabilité d'un outil de repérage d'une ou plusieurs dépendances en soins primaires, présentée dans un article original. Un évaluateur a sélectionné les articles selon le titre, puis selon le résumé. Seuls les articles évaluant la validité ou la faisabilité d'un outil de repérage en soins primaires ont été inclus dans l'analyse.

**Résultats :** 1039 articles ont été sélectionnés. 42 études et 5 revues systématiques ont été incluses dans l'analyse. La qualité et la comparabilité des études étaient limitées par des imprécisions sur la méthode et par l'hétérogénéité des populations et des contextes. 11 questionnaires permettant le repérage des polydépendances ont été validés en soins primaires. ASSIST était le seul test validé par des études internationales. Il permettait le repérage des consommations problématiques et des dépendances aux principales substances dans toutes les populations, mais sa longueur (80 questions) était un frein à son utilisation. Des tests très courts (2 à 4 questions) ont été validés mais ils ne ciblaient que la quantification des consommations. Parmi les outils de repérage d'une seule substance, AUDIT a fait l'objet de nombreuses versions raccourcies augmentant sa faisabilité mais réduisant ses propriétés psychométriques. Aucun test ne permettait le repérage associé des dépendances avec substances et sans substances.

**Conclusion :** Si des questionnaires permettant de repérer des situations de poly-dépendance sont disponibles, aucun n'apparaît adapté aux soins primaires où une évaluation rapide d'une vulnérabilité générale aux addictions est plus pertinente que la juxtaposition de questions discriminants les produits pour établir un diagnostic de dépendance. L'élaboration d'un outil transversal adapté aux soins primaires, incluant consommations ou comportements problématiques, permettant de repérer les patients concernés est justifiée.

**Mots Clés :** Repérage, polydépendance, soins primaires

## ABSTRACT

**Background:** Addictive behavior with or without drugs is still a major health concern. This phenomena growing over the years. An efficient screening in primary care settings is encouraged but the lack of a screening approach that fits easily into clinical workflows has restricted its broad implementation. A valid and feasible tool to improve a wide screening in busy primary health care need to be developed.

**Objective:** A systematic review of the literature was conducted to examine poly-dependency screening tests in primary care setting.

**Search method:** A systematic review of the literature was performed through the following sources from inception to the 31th of August 2015: Pubmed, PsycINFO and The Cochrane Library. We used standardized database subject headings such as MeSH terms (in MEDLINE) and other standardized headings (controlled vocabulary) in other databases, as appropriate. We follow three items: screening, dependence and primary care. Selection criteria were: studies that examined the diagnostic accuracy of test to identify two or more dependence in primary care settings, or that examined the feasibility of test to identify one or more dependence in primary care settings. We restricted the results to "Journal Article". We reviewed and removed irrelevant publications following two step: the first with regards to the title and the second on the abstract.

**Main results:** 1039 papers were selected, 42 studies and 5 reviews were included. The comparability of the studies was limited by inaccuracies bias in method, heterogeneity of the population and settings. 11 questionnaires were validated in primary care to screen polydependence. The ASSIST was the only validated test to screen drug use and related problems, and developed in many countries. The length of the ASSIST (80 questions) may preclude its use in settings where brevity is critical.

Shorter screening questionnaires were validated but they only focus on quantification.

Abbreviated versions of the AUDIT existed and were more feasible, but their psychometrics properties were less performant. No screening test for dependence with and without substance was validated in primary care.

**Authors' conclusions:** Some tests to screen polydependence are available, but their use in primary care is limited. A brief assessment of addictive vulnerability is preferable as many test about different substances use disorders. A transversal tool, adapted to primary car constraints, screening dependence with and without substance is obviously required.

**Key words:** Screening, Polydependence, primary care

## SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	13
I. Les dépendances : évolutions et tendances .....	13
A) Notion d'addiction .....	13
B) De la polyconsommation à la polydépendance .....	14
C) Epidémiologie .....	14
II. Le rôle des soins primaires .....	16
A) Un repérage difficile .....	16
B) Les outils de repérage actuels .....	17
C) Problématisation .....	18
III. Objectifs : .....	18
MATERIELS & METHODE .....	19
I- Bases interrogées .....	19
II- Définition des algorithmes de recherche .....	19
III- Critères d'inclusions : .....	20
IV- Critères d'exclusions : .....	20
V- Sélections des articles : .....	21
VI- Analyse des articles : .....	21
RESULTATS .....	22
I. Articles sélectionnés .....	22
Identification .....	23
Included .....	23
Eligibility .....	23
Screening .....	23
II. Analyse des articles .....	24
III. Evaluation des outils de repérage des situations de polydépendance (Tab.3 & 4) .....	25
A) ASSIST .....	25
B) CRAFFT .....	26
C) SISQs .....	26
D) TICS .....	27
E) S2BI .....	27
F) SUBS .....	27
G) CAGE-AID .....	28
H) KMSK .....	28
I) DAPA-PC .....	28
J) SIP-DU .....	29
K) POSIT .....	29
IV. Evaluation de la faisabilité en soins primaires des outils de repérage (Tableau 5) .....	30
DISCUSSION .....	33
I. Résultats principaux .....	33
II. Diversité des outils de repérage .....	33
III. Modalités d'administration .....	33
IV. Forces et limites .....	34
A. Limite de l'étude .....	34
B. Hétérogénéité des articles .....	34
V. Conclusions et Perspectives .....	35
REFERENCES .....	36
ANNEXES .....	40

## **LISTE DES ABBREVIATIONS**

**DSM** : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

**MILDT** : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie

**MILDECA** : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

**OFDT** : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

**ESCAPAD** : Enquêtes sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense

**ODJ** : Observatoire des jeux

**MDMA** : 3,4-méthylènedioxy-méthamphétamine

**AUDIT** : *Alcohol use disorders test*

**FACE** : *Fast Alcohol Consumption Evaluation*

**FTND** : *Fagerstrom Test for Nicotine Dependence*

**CAST** : *Cannabis Abuse Screening Test*

**ASSIST** : *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*

**CRAFFT** : *Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble*

**YFAS** : *Yale Food Addiction Scale*

**ASI** : *Addiction severity index*

**CAGE** : *Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener*

**RTQ** : *Revised Tolerance Questionnaire*

**DAST** : *Drug Abuse Screening Test*

**SISQs** : *Single-Item Screening Questions*

**TICS** : *Two-item screening test*

**S2BI** : *Screening to Brief Intervention*

**SUBS** : *Substance Use Brief Screen*

**SMAST** : *Short Michigan Alcohol Screening Test*

**KMSK** : *Kreek–McHugh–Schluger–Kellogg Scale*

**DAPA-PC** : *The Drug Abuse Problem Assessment for Primary Care*

**SIP-DU** : *Short Inventory of Problems—Modified for Drug Use*

**POSIT** : *Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers*

## INTRODUCTION

### I. Les dépendances : évolutions et tendances

#### A) Notion d'addiction

Le concept d'addiction est une notion toujours en évolution du fait des nouveaux habitus sociologiques, comportementaux, ou psychologiques.

Le psychiatre américain Aviel Goodman l'avait défini en 1990, au moyen de 4 critères communs aux différentes addictions, par « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives » (Annexe 1).

Depuis, la définition de cette maladie mentale a été revue par les différentes versions du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Le DSM-5, publié le 18 Mai 2013, propose 11 critères parmi lesquels apparaît la notion de *craving* (désir irrésistible de consommer). Ils permettent de poser le diagnostic d'addiction en explorant sa sémiologie : la dépendance psychique (troubles comportementaux avec perte de contrôle, consommation malgré la mise en danger) et la dépendance physique (tolérance et sevrage).

Les dépendances (terme retenu au détriment de l'addiction) sont désormais classées en légère, modérée ou sévère.

Elles peuvent être avec substances (produits légaux, illégaux, usage détourné des médicaments,...) ou sans substances, appelées dans ce cas les dépendances comportementales (jeux pathologiques, achats compulsifs, nourriture, sexe, travail, sport,...). Si par le passé, ces dépendances comportementales n'étaient pas considérées au même titre que les consommations de produits, des recherches récentes ont montré que ces deux formes de dépendances partagent les mêmes voies neurophysiologiques et notamment le système dopaminergique et la voie de la récompense. De même, les dépendances avec ou sans substances induisent des comportements similaires : rituels, forte motivation, *craving*, recherche d'effet positif et anxiolytique, phénomène de tolérance et sevrage, regard critique de l'entourage, sentiments de honte, perte de contrôle<sup>1,2</sup>,...

Depuis la loi du 12 Mai 2010 qui ouvre et encadre l'offre de jeux en ligne en France, une augmentation de la proportion de joueurs à risques a d'ailleurs été constatée (Tableau 1).

L'intégration des dépendances sans substances est désormais acquise, la Mission interministérielle de la lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) est ainsi devenue en mars 2014 la Mission interministérielle de la lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA).

## B) De la polyconsommation à la polydépendance

Parmi les comportements addictifs, des expérimentations ou initiations, qui peuvent s'observer chez les plus jeunes, n'engendrent pas de troubles à moyen et long terme si elles ne sont pas poursuivies ; ces conduites méritent une information préventive.

A l'inverse, une conduite addictive régulière peut engendrer une consommation problématique avec prises de risques (*binge drinking*, conduite sous emprise de substances, perte financière) voir une dépendance (perte de contrôle, *craving*) ; ces troubles pourront faire l'objet d'intervention brève ou de prises en charge spécialisées.

Enfin, les poly-consommations régulières, déjà importante en 2005 (8.3% des adultes <sup>3</sup>), ont tendances à augmenter <sup>4</sup>. Elles requièrent une attention particulière à cause des conséquences et des risques qu'elles induisent :

- Renforcement réciproque des conduites ou des consommations et risque d'interaction et de potentialisation entre les substances ou les comportements
- Influence réciproque des produits et des traitements : risque de transfert de dépendance, augmentation de la consommation d'un produit après arrêt ou substitution d'un autre, risque de rechutes croisées
- Risque accru d'évolution vers un usage à risque ou une polydépendance

Il existe un *continuum* évolutif de la polyconsommation à la polydépendance : la potentialisation des effets des substances psychoactives entre elles, la recherche toujours plus effrénée des effets anxiolytiques ou euphorisants, la fragilité sociale ou environnementale, les prédispositions génétiques, voire les comorbidités psychiatriques ou les personnalités pathologiques sont autant de facteur de risque de passer d'une situation de polyconsommation à une polydépendance.

En témoigne les personnes consultants pour un problème de drogue illicite en centre spécialisé qui consomment régulièrement du tabac (92%), de l'alcool (80%), du cannabis (82%) ou des opiacés (68%) en plus de leur consommation problématique. Les joueurs excessifs sont également des consommateurs d'alcool à risque dans 50.5% des cas <sup>5</sup>.

## C) Epidémiologie

Grâce au baromètre santé Inpes, à l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), aux Enquêtes sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense (ESCAPAD) et à l'observatoire des jeux (ODJ) qui publient les enquêtes de prévalences et les tendances des addictions il est possible de suivre l'évolution des comportements de dépendance avec et sans substances (données résumés dans le tableau 1 et 2 et la figure 1) : <sup>4-17</sup>

- Nombres d'usagers réguliers en 2014 parmi les 11-75ans : 13.3M pour le tabac, 8.7M pour l'alcool, 1.4M pour le cannabis.

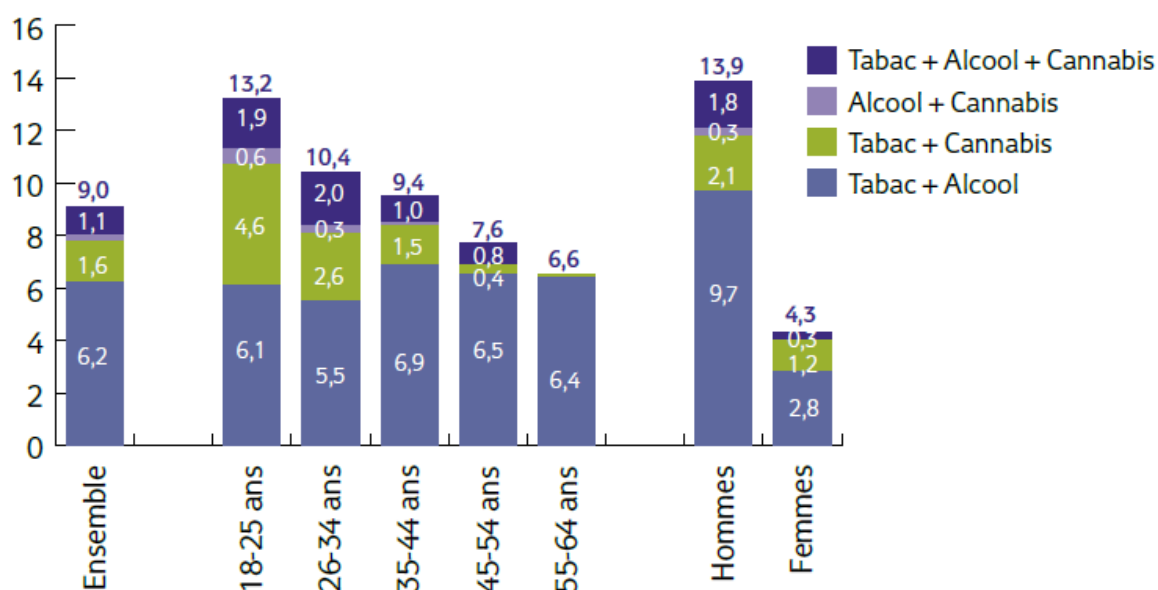
- Augmentation globale ces 5 dernières années des expérimentations et des pratiques addictives régulières avec les drogues illicites et les jeux d'argent, ainsi qu'une tendance à développer des consommations problématiques.
- Les polyconsommations sont surtout les associations tabac+alcool, tabac+cannabis puis tabac+alcool+cannabis.
- Différences selon les âges :
  - Les consommateurs quotidiens d'alcool (10%) ont quasi exclusivement plus de 50ans.
  - Les consommateurs quotidiens de tabac (29%) ont pour la grande majorité moins de 50ans.
  - Concernant les produits illicites, le cannabis est le plus consommé avec 3% d'usagers réguliers en 2014, surtout les jeunes (28% des 18-25ans), en particuliers les hommes (2 fois plus que les femmes).
  - Suivent la cocaïne, le MDMA/ecstasy et le poppers (environs 1% de consommateur chez les 18-75ans en 2014 pour chaque substance, 3.1%, 3.8% et 2.5% respectivement pour les 18-25ans).

Addictions	Expérimentation		Usage quotidien (tabac et alcool) ou dans l'année (produits illicites) et joueurs actifs	
	2010	2014	2010	2014
Tabac	78.0%	82.0%	30.0%	29.0%
Alcool	95.0%	95.0%	12.0%	10.0%
Cannabis	33.0%	42.0%	8.0%	11.0%
cocaïne	3.8%	5.6%	0.9%	1.1%
MDMA/ecstasy	2.7%	4.3%	0.3%	0.9%
Jeux (argent et hasard)	46%	56%	12%	18%

Tab. 1 : Evolution des expérimentations et pratiques régulières des principales addictions entre 2010 et 2014 en population adulte en France

	Conduites ou consommations problématiques	
	2010	2014
Alcool	37.0%	39.0%
Jeux d'argent et de hasard	1.3%	1.9%

Tab. 2 : Evolution des conduites ou consommations problématiques (exemple de l'alcool et des jeux) entre 2010 et 2014 en population adulte en France



Source : Baromètre santé 2014, Inpes, exploitation OFDT

Fig.1 : Types de polyconsommations régulières d'alcool, de tabac et de cannabis suivant l'âge et le sexe parmi les 18-64 ans (en %) en 2014

Ces éléments mettent en évidence la problématique de santé publique que posent les dépendances : formes multiples et nouvelles, proportions croissantes, évolution avec la législation dépénalisant certaines pratiques, critères revus pour s'adapter aux nouveaux comportements, tendances aux poly-consommations.

## II. Le rôle des soins primaires

### A) Un repérage difficile

La prise en charge des troubles addictifs commence par la prévention et le repérage des patients concernés à l'occasion, par exemple, d'une consultation en soins primaires, en médecine générale en particulier.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a résumé l'intérêt et les limites de ce repérage<sup>18,19</sup> :

- Si une partie de la population concernée par un problème de dépendance ne consulte pas, une autre rencontre régulièrement son médecin : les alcoolo-dépendants voient leur médecin près de 2 fois plus souvent que les patients ayant un usage simple ou nul. Malheureusement, pour 40% à 50% de ces patients, les médecins ne connaissent pas leur mésusage.<sup>20-23</sup>



- 25% des médecins interrogent les patients sur leur consommation de tabac, mais 9% l'ont fait concernant leur consommation d'alcool, alors que 90% des consommateurs d'alcool trouvent cette question légitime. Pour les drogues illicites, seulement 4% des consommateurs sont interrogés bien que 85% trouvent cette question légitime <sup>24</sup>.
- Les freins à l'implication des médecins généralistes sont multiples <sup>21,25,26</sup> :
  - Manque de temps
  - Sentiments d'inefficacité, et désinvestissement progressif
  - Doute sur les stratégies thérapeutiques qui ont pour but de changer les comportements des patients
- De plus, la prise en charge de cette population présente des difficultés spécifiques :
  - Les patients abordent rarement leur problématique addictive
  - Leurs motifs de consultations sont souvent éloignés de cette question
  - Manque d'investissement dans le suivi : faible motivation, nomadisme médical, mauvaise observance,...

Un nombre important de médecins n'abordent pas la question des pratiques (25% avec le cannabis) ou seulement avec les patients qu'ils jugent à risque <sup>27</sup>. Pourtant l'intérêt d'un repérage systématique est montré : les médecins abordant le problème du cannabis voient 2 fois plus de consommateurs que les autres (65% contre 39%).

L'utilisation des questionnaires de repérage, en forte augmentation (34% en 2009 contre 6,3% en 2003), devrait faciliter ce repérage.

## B) Les outils de repérage actuels

Actuellement, les situations de polyconsommations à risques sont abordées et définies à partir de questions fermées disjointes, sans relation entre elles (« Avez-vous déjà pris du cannabis ? » puis « Avez-vous déjà bu de l'alcool ? »), ou ne recherchant que les troubles induits par une substance spécifique (chute des résultats scolaire avec le cannabis, se blesser quand alcoolisé, ne pas pouvoir se retenir de fumer là où c'est interdit).

Des questionnaires sont validés pour le repérage de l'alcool (AUDIT ou FACE), du tabac (FTND) ou du cannabis (CAST), mais n'évaluent qu'un produit à la fois, et ne permettent pas l'exploration des polydépendances.

D'autres questionnaires permettant le repérage des plusieurs substances ont été promu par l'OMS (test ASSIST) ou encouragé par l'HAS (test CRAFFT). Ils ont été évalués en centres spécialisés, mais leur validité et leur faisabilité en soins primaires est incertaine.

Début 2015, à défaut d'un outil transversal simple validé disponible, l'HAS a proposé une aide au repérage précoce en soins primaires qui associe une quantification de la consommation tabagique, le test FACE et le test CAST<sup>28</sup>.

Cependant une démarche de repérage basée sur la juxtaposition de questionnaires spécifiques à chaque produit est inadaptée à une consultation de médecine générale limitée dans le temps.

### C) Problématisation

Au vu des données épidémiologiques des conduites à risques, du cumul et du renforcement des consommations et des comportements entre eux, et des hypothèses neurophysiologiques communes, les troubles addictifs sont à considérer dans leur ensemble. Leur repérage ne peut être la recherche d'une dépendance à un produit en particulier. Discriminer les produits apparaît moins important que la recherche des signes et dommages induits par la tendance à développer une dépendance.

Le repérage des troubles addictifs pourrait commencer par la recherche d'une vulnérabilité générale aux addictions.

Pour assurer la prise en charge du patient dans sa globalité, un outil de repérage de cette vulnérabilité globale à développer des dépendances et leurs conséquences médico-psycho-sociales par les professionnels de santé en soins primaires apparaît nécessaire.

Les bénéfices pour le patient en seraient multiples : que ce soit pour la prise en charge d'un trouble addictif actuel, pour prévenir et informer le patient de sa fragilité et de son sur-risque de développer une nouvelle dépendance à l'occasion d'une expérimentation, ou pour prévenir une dépendance induite suite à l'instauration d'un traitement psychotrope ou par opioïdes par exemple.

### **III. Objectifs :**

L'objectif principal de cette étude était de faire une revue systématique de la littérature évaluant les outils de repérage des situations de polydépendances en soins primaires.

L'objectif secondaire était de déterminer les outils de repérage des addictions dont la l'acceptabilité et la faisabilité en soins primaires sont établies.

## MATERIELS & METHODE

### I- Bases interrogées

Cette étude est une revue systématique de la littérature où les bases Pubmed, Cochrane et PsycInfo ont été systématiquement explorées.

Les bases de données ont été explorées depuis leur création et la date limite de recueil des données a été fixée au 31 Aout 2015.

### II- Définition des algorithmes de recherche

L'algorithme de recherche initial a été développé, par le thésard et les 2 directeurs de thèse, pour PubMed à partir du thésaurus MeSH. Cet algorithme a ensuite été adapté aux langages spécifiques des deux autres bases de données.

L'équation de recherche contient 3 items :

- Un item « repérage » : le terme MeSH est "*mass screening*".

Les autres termes usuels utilisés pour désigner les outils de repérage dans la littérature anglo-saxonne ont été recherchés et ajoutés à l'algorithme : *psychometrics, questionnaires, psychological tests, screening, substance abuse detection, detection, diagnosis, testing*.

Tous ont été inclus, séparés par l'opérateur « OR ».

- Un item « dépendance » : le terme MeSH est "*behavior, addictive*".

La plupart des articles d'intérêts n'étant pas référencés sous ce terme générique, il a été choisi d'y associer d'autres termes MeSH ou usuels retrouvé notamment dans les principaux questionnaires ciblant des substances ou des comportements particuliers :

Pour le tabac : *nicotine-dependence* (mot-clé utilisé par le test FTND) et *tobacco-use-disorder* (MeSH term)

Pour l'alcool : *alcohol-use-disorder* (mot-clé utilisé par le test AUDIT)

Pour le cannabis : *marijuana abuse* (MeSH) et *cannabis-abuse* (mot-clé utilisé par le test CAST)

Pour les autres drogues illicites : *street-drug-use* (MeSH)

Pour les médicaments : *prescription-drug-abuse* (MeSH)

Pour les achats pathologique : *compulsive-buying*

Pour les jeux pathologiques : *gambling*

Pour la dépendance à internet : *internet-addiction*

Pour la dépendance sexuelle : *sexual-addiction* et *hypersexual-disorder*

Pour la dépendance au travail : *workaholism* (mot-clé issu de l'article « Workaholism, another form of addiction » - 2013)

Pour les troubles alimentaires : *food-addiction* (mot-clé utilisé par le YFAS)

Tous ont été inclus, séparés par l'opérateur « OR ».

- Un item « soins primaires »: les termes MeSH sont "*primary health care*", "*general practitioners*", "*family practice*".

Le terme "*primary care*", très largement répandu, a également été retenu.

Tous ont été inclus, séparés par l'opérateur « OR ».

Ces 3 items ont été inclus dans l'équation, séparés par l'opérateur « AND ».

L'algorithme de recherche obtenu pour PubMed était le suivant :

*((((((((((("mass screening"[MeSH Terms] OR psychometrics) OR questionnaires) OR psychological tests) OR screening) OR substance abuse detection) OR detection) OR diagnosis) OR testing) AND (((((((((((("behavior, addictive"[MeSH Terms]) OR substance-involvement) OR nicotine-dependence) OR tobacco-use-disorder) OR alcohol-use-disorder) OR marijuana abuse) OR cannabis-abuse) OR prescription-drug-abuse) OR street-drug-use) OR compulsive-buying) OR gambling) OR internet-addiction) OR sexual-addiction) OR hypersexual' disorder) OR workaholism) OR work-addiction) OR food-addiction) AND (((("primary health care"[MeSH Terms]) OR "general practitioners"[MeSH Terms]) OR "family practice"[MeSH Terms]) OR primary care)*

Les algorithmes de recherche adaptés à Cochrane et PsycInfo sont détaillés dans l'annexe 2.

### **III- Critères d'inclusions :**

Les articles inclus devaient :

- Comporter l'évaluation de la validité d'un outil de repérage d'au moins deux dépendances en soins primaires
- Comporter l'évaluation de la faisabilité d'un outil de repérage d'une ou plusieurs dépendances en soins primaires
- Tous les articles originaux ont été retenus, quelle que soit la langue de rédaction.

### **IV- Critères d'exclusions :**

Parmi les articles sélectionnés, ont été exclus :

- Les articles d'opinion / article didactique / revue non systématique / éditoriaux
- Les études portant sur des populations ayant des comorbidités psychiatriques ou des troubles cognitifs
- Les études ne se déroulant pas en soins primaires (milieux hospitaliers, carcéral, ...)

## **V- Sélections des articles :**

A partir de l'ensemble des articles issus des 3 bases interrogées, le thésard a effectué une première lecture qui a sélectionné les études dont le titre était en rapport avec le domaine des addictions.

Une deuxième lecture a exclu tous les articles dont le résumé ne répondait pas aux critères d'inclusions ou comportait des critères d'exclusions.

A l'issue de ces 2 lectures, la liste des articles sélectionnés a été constituée.

## **VI- Analyse des articles :**

Le texte intégral des articles sélectionnés a été analysé.

Les outils étudiés ont été caractérisés selon les données suivantes :

- Caractéristiques des études :
  - Pays, auteur et année de publication
  - Type d'étude et population étudiée
  - Modalité d'évaluation
  - Objectifs principaux
- Caractéristiques des tests :
  - Nom du test et addiction(s) concerné(es)
  - Repérage des consommations problématique et/ou des dépendances
  - Critère de validité interne : Se, Sp, VPP, VPN, AUROC, Cut-Off
  - Fiabilité
  - Acceptabilité
  - Temps de passage et nombre de questions
  - Validation en version française
  - Validation en version auto-administrée
  - Commentaires

A noter que pour éviter toute confusion entre les anciens niveaux de consommation à risque et la nouvelle classification des dépendances selon le DSM 5, il a été classé en « consommation problématique » les résultats présentés comme tels (« *problem use* », « *risky use* », ou « *unhealthy use* »), et en « dépendance » les seuls cas où les études se sont basées sur les critères du DSM 3, 4 ou 5 ou sur des tests de dépendance comme ASI ou MINI-Plus (« *abuse* », « *dependence* » ou « *substance use disorder* »).

## RESULTATS

### I. Articles sélectionnés

La recherche initiale a permis d'obtenir 1039 articles : 578 issus de la base Pubmed, 122 de la Cochrane Library, et 339 de PsycInfo (Fig. 1).

La première sélection sur le titre a exclus 188 articles n'abordant pas la thématique addictologie : 81 de la base Pubmed, 69 de la Cochrane Library, et 37 de PsycInfo. 31 doublons ont été éliminés.

La sélection sur le résumé a donc porté sur 820 articles :

- 740 ont été exclus de l'analyse :
  - Absence du deuxième critère d'inclusion : 669 articles n'évaluaient pas d'outils de repérage de situation de polydépendance
  - Absence du troisième critère d'inclusion : 47 articles abordaient l'évaluation d'un outil ne concernant qu'une seule dépendance, sans étudier sa faisabilité (41 n'explorant seulement que l'alcool notamment)
  - Présence du premier critère d'exclusion : 5 articles dont 4 étaient des revues non systématiques
  - Présence du deuxième critère d'exclusion : 17 articles menés dans des populations avec comorbidités psychiatriques
  - Présence du troisième critère d'exclusion : 2 articles menés dans un service d'urgence

Après lecture du texte intégral :

- 40 articles ont été exclus de l'analyse :
  - Absence du deuxième critère d'inclusion : 6 articles
  - Absence du troisième critère d'inclusion : 12 articles
  - Présence du premier critère d'exclusion : 21 articles dont 13 étaient des revues non systématiques
  - Présence du deuxième critère d'exclusion : 0 article
  - Présence du troisième critère d'exclusion : 1 article
- 40 articles ont été inclus dans l'analyse :
  - 36 sont des études transversales
  - 4 sont des revues systématiques

7 articles supplémentaires, issus des listes de références des 40 articles sélectionnés, ont été inclus dans l'analyse : 6 études transversales et 1 revue systématique.

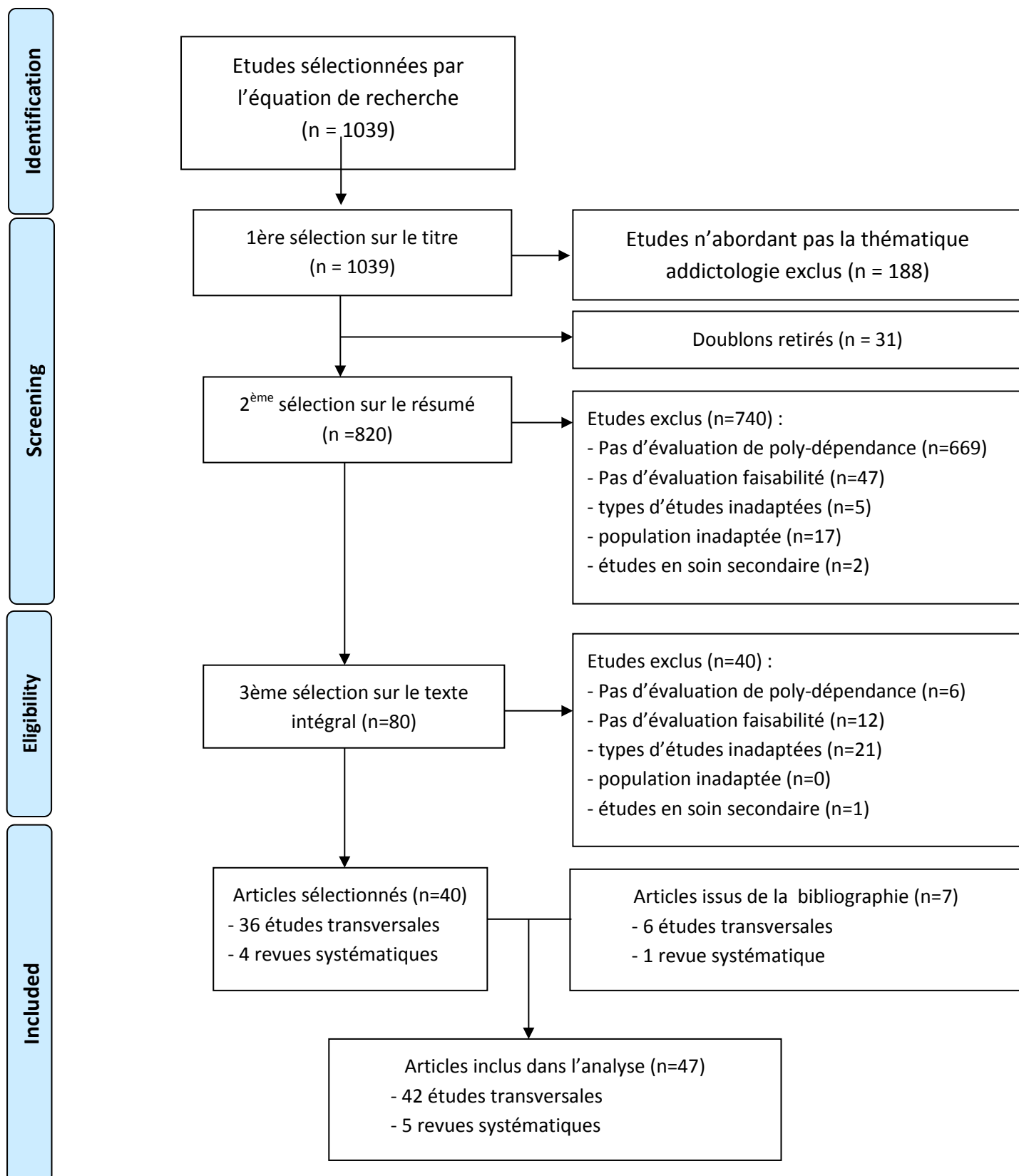


Fig.2 : Flow Chart selon PRISMA

## II. Analyse des articles

Parmi les 47 articles inclus, 45 ont été publiés depuis 2000, dont 14 ces deux dernières années.

Les 42 études étaient toutes présentées comme des études transversales, comparant les propriétés psychométriques du test d'intérêt à un test de référence, sans suivi, en dehors des études de fiabilité avec la méthodologie test-retest. Les études abordant la faisabilité n'étaient jamais des études qualitatives mais plutôt des études utilisant des questionnaires de satisfaction.

Les 5 revues systématiques inclus, après lecture intégrale des 42 études transversales, n'apportaient aucune donnée ni références supplémentaires<sup>29-33</sup>.

En revanche, la qualité des études incluses était variable, notamment en raison d'imprécision sur la méthode : une randomisation était clairement définie dans seulement 3 études<sup>34-36</sup> et les données n'étaient clairement recueillies en aveugle que dans 2 études<sup>37,38</sup>. De plus 6 études avaient proposé une rémunération aux participants<sup>39-44</sup> (Annexe 3).

La comparabilité des études était limitée par celle des populations d'études. Il existait de grandes variabilités dans la taille des échantillons (de 48 participants<sup>45</sup> à 6954 patients inclus<sup>46</sup>, et dans la définitions des classes d'âge (adultes parfois à partir de 18ans, parfois à partir de 21ans). L'origine des populations incluses était également hétérogène : échantillons mixte avec des patients issus de soins primaires associés à des patients issus de centre d'addictologie ou de psychiatrie<sup>38,42,47-54</sup>.

Si la plupart des articles décrivaient les sous-types de populations de l'étude, répartis en caucasiens, africains et hispaniques aux USA, seulement 1 étude comparait les propriétés psychométriques obtenues selon les ethnies<sup>55</sup> et 3 selon le sexe<sup>56-58</sup>.

Le contexte de soins primaires était également variable selon les études : 12 articles ont étudiés une population issue de salle d'attente de centres de soins primaires, 8 de soins hospitaliers ambulatoires, 2 d'hôpitaux de jour. Pour 20 articles, l'origine de l'échantillon n'était pas clairement définie (« *primary care setting* »).

La comparabilité des études était également limitée par le choix des tests de références utilisés. Pour le repérage des consommations problématiques ou dépendance à l'alcool, la comparaison avec AUDIT était la plus souvent utilisée, malgré quelques articles avec AUDIT-C ou CAGE. Pour le tabac, RTQ était le seul test comparatif utilisé.

Pour comparer les niveaux de dépendance, les études utilisaient selon les années les critères du DSM-3, du DSM-4 ou du DSM-5. DAST-10 ou les tests multimodaux comme ASI, MINI-Plus ou SDS étaient également utilisés.

Certaines études utilisaient des tests biologiques comme référence : tests capillaires<sup>50</sup>, salivaires<sup>59-61</sup>.



Parmi les différents outils permettant le repérage de situation de polydépendance, ASSIST était le test qui avait le plus fait l'objet d'étude d'évaluation de ses propriétés psychométriques en soins primaires dans de nombreux pays (16 pays, dont 3 études basées uniquement aux USA). Les autres avaient été étudiés exclusivement aux USA.

Il en allait de même pour les tests de repérage mono ou polydépendance dont la faisabilité en soins primaires était évaluée : seules les études évaluant les versions brèves d'AUDIT n'étaient pas toutes conduites aux USA (Fig.2).

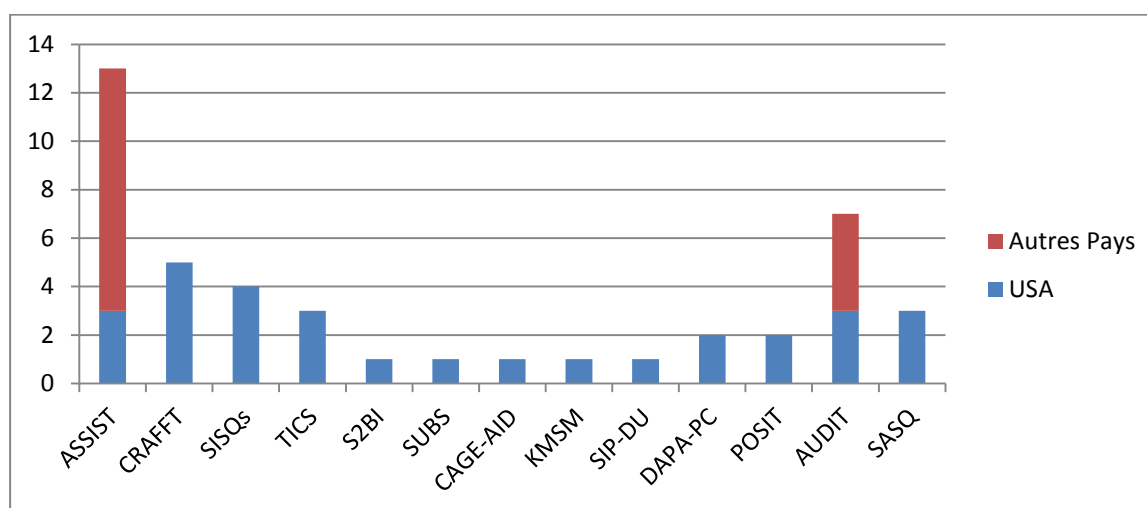


Fig.3 : Répartition des études par pays

### III. Evaluation des outils de repérage des situations de polydépendance (Tab.3 & 4)

#### A) ASSIST

ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) était l'outil permettant le repérage du plus grand nombre de dépendance. 8 questions quantifiaient les consommations des 3 derniers mois ou exploraient la dépendance pour chacune des 10 substances évaluées, dont le tabac et l'alcool. Créé en 1997 à la demande de l'OMS, sa validité en soins primaires a été vérifiée sur tous les continents :

- Pour le repérage d'une consommation problématique au tabac, il avait une sensibilité de 97% et une spécificité de 95% ; de 97 à 100% et 62 à 93% respectivement pour la dépendance<sup>44,52</sup>.
- Pour le repérage d'une consommation problématique d'alcool, il avait une sensibilité de 90 à 91% et une spécificité de 79% à 82% ; de 63 à 100% et 54 à 80% respectivement pour la dépendance<sup>44,47,52</sup>.
- Pour le repérage d'une consommation problématique de cannabis, il avait une sensibilité de 97% et une spécificité de 91% ; de 90 à 98% et de 61 à 91% respectivement pour la dépendance<sup>44,52</sup>.

- Pour le repérage d'une consommation problématique de cocaïne, il avait une sensibilité de 84% et une spécificité de 84% ; et de 100% et 89% respectivement pour la dépendance<sup>47,50</sup>.
- Les scores d'ASSIST obtenus pour les principales substances étaient corrélés à ceux obtenus avec des tests spécifiques à ces substances, comme avec AUDIT pour l'alcool ou RTQ pour le tabac. De même le score obtenu avec ASSIST était corrélé avec le degré de dépendance des tests multimodaux spécifiques comme l'ASI ou l'échelle MINI-Plus<sup>37,44,47-52</sup>. Par exemple, dans une étude portant sur un échantillon de 1047 patients, le coefficient de corrélation  $r$  était de 0.82 avec AUDIT, 0.78 avec RTQ, 0.76 avec ASI et 0.76 avec MINI-Plus<sup>50</sup>.

Ces résultats étaient retrouvés dans 16 pays différents, chez les seniors<sup>49</sup> comme chez les adolescents<sup>44</sup>.

## B) CRAFFT

CRAFFT (ou ADOSPA en français) était l'acronyme d'un test à 6 questions (« *Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble* » ou en français : « Auto, Détente, Oubli, Seul, Problème, Amis »). Il permet le repérage d'une consommation problématique de substances psychoactives chez les adolescents. Son utilisation requérait un premier repérage des consommations par 3 questions (Part A). Les 6 questions suivantes (Part B) recherchaient les dommages et la dépendance.

Il permettait le repérage d'une consommation problématique d'alcool avec une sensibilité de 92% et une spécificité de 64% ; 100% et 49% respectivement pour la dépendance<sup>39</sup>. Il n'a pas été retrouvé d'études évaluant d'autres substances.

Ses performances psychométriques, et notamment sa capacité à différencier les consommations à problèmes des dépendances, ont été confirmées avec les nouveaux critères DSM 5<sup>62</sup>.

## C) SISQs

SISQs (*Single-Item Screening Questions*) était un test à deux questions permettant le repérage de consommation problématique d'alcool ou de drogue. La première question était celle du test SSQ (*Single Screening Question*) quantifiant les consommations dans l'année de drogues illégales ou l'usage détourné des médicaments. Une deuxième question quantifiant la consommation d'alcool a été ajoutée.

- Pour le repérage d'une consommation problématique d'alcool, il avait une sensibilité de 73% et une spécificité de 85% ; de 87 à 88% et de 74 à 84% respectivement pour la dépendance<sup>61,63</sup>.
- Pour le repérage d'une consommation problématique de drogue, il avait une sensibilité de 71 à 97% et une spécificité de 79 à 96% ; de 85 à 100% et de 73.5 à 88% respectivement pour la dépendance<sup>59,61,63,64,64</sup>.

#### D) TICS

TICS (*two-item screening test*) était un test à 2 questions quantifiant la consommation dans l'année d'alcool ou de drogue, et le désir d'arrêter. Ce test, sans pouvoir discriminer l'alcool des autres drogues, avait une sensibilité de 79 à 81% et une spécificité de 78 à 81%<sup>65,66</sup>.

Une étude récente a montré qu'en comparaison d'ASSIST, TICS avait une sensibilité médiocre : seulement 45% de repérage de consommation problématique de drogue (tabac exclus) si une réponse était positive<sup>43</sup>.

#### E) S2BI

S2BI (*Screening to Brief Intervention*) était un test créé par Levy et al., en 2014, composé de 18 questions issues entre autre des tests AUDIT et CAGE, avec la quantification dans l'année des consommations de tabac, alcool et drogues illicites, ou la recherche des prises de risques, ou des mélanges.

- Pour le repérage d'une consommation problématique de tabac, il avait une sensibilité de 94% et une spécificité de 94% ; 75% et 98% respectivement pour la dépendance.
- Pour le repérage d'une consommation problématique d'alcool, il avait une sensibilité de 96% et une spécificité de 92% ; 79% et 96% respectivement pour la dépendance.
- Pour le repérage d'une consommation problématique de cannabis, il avait une sensibilité de 100% et une spécificité de 96% ; 93% et 93% respectivement pour la dépendance.

Evaluer chez les adolescents, ses performances psychométriques étaient comparables aux critères du DSM5. Il permettait une évaluation du tabac à la différence de CRAFFT. Cependant une seule étude a été retrouvée, dont les résultats sont discutables car les participants étaient rémunérés et issus de centre de soins primaires mais aussi de service hospitalier et d'addictologie<sup>42</sup>.

#### F) SUBS

SUBS (*Substance Use Brief Screen*) était un test autoadministrable créé par McNeely et al. en 2015. Il était composé de 4 questions permettant le repérage de consommation problématique et de dépendance au tabac, alcool, drogue illicite et usage détourné des médicaments, par la quantification de leurs prises dans les 12 derniers mois :

- Repérage d'une consommation problématique de tabac avec une sensibilité de 98% et une spécificité de 96% ; 100% et 72% respectivement pour la dépendance.
- Repérage d'une consommation problématique d'alcool avec une sensibilité de 85% et une spécificité de 77% ; 94% et 65% respectivement pour la dépendance.

- Repérage d'une consommation problématique de drogue illicite ou usage détourné de médicaments avec une sensibilité de 83% et une spécificité de 91% ; 86% et 82% respectivement pour la dépendance<sup>60</sup>.

La mauvaise sensibilité du repérage des consommations problématiques d'usage détourné médicaments (56%) a amené les auteurs à regrouper les médicaments avec les drogues illicites sous l'appellation générale de « drogue » car les patients ne semblaient pas toujours savoir faire la différence entre les produits.

#### G) CAGE-AID

CAGE-AID (*CAGE Adapted to Include Drugs*) était un test adapté des tests spécifiques à l'alcool CAGE (acronyme anglais de DETA : Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) et SMAST, élargis pour explorer également les autres drogues.

Il se composait de 4 questions explorant la dépendance (désir d'arrêter, honte, inquiétude des pairs, besoin de prise matinale), sans pouvoir discriminer l'alcool des autres drogues :

- Si 1 réponse positive : repérage d'une dépendance à l'alcool ou drogue avec une sensibilité de 79% et une spécificité de 77%
- Si 2 réponses positives : repérage d'une dépendance à l'alcool ou drogue avec une sensibilité de 70% et une spécificité de 85%

Une seule étude a cependant été retrouvée, portant sur un petit échantillon<sup>67</sup>.

#### H) KMSK

KMSK (*Kreek–McHugh–Schluger–Kellogg Scale*) était un test créé en 2003 pour repérer les dépendances à l'alcool, à l'héroïne, au tabac ou à la cocaïne (6 à 8 questions de quantification des prises par produits). Il a été validé en soins primaires dans une version modifiée incluant le cannabis.

Il permettait le repérage d'une dépendance à l'alcool (Se=88%, Sp=82.5%), au cannabis (100%, 68.5%), à l'héroïne (92%, 96.5%), à la cocaïne (95.5%, 94%)

Ses propriétés psychométriques sont concordantes avec les résultats obtenus avec les critères DSM4, notamment pour la cocaïne ( $r=0.792$ ) et l'héroïne ( $r=0.741$ ). Cependant une seule étude a été retrouvée, dont la généralisation est limitée car la populations d'étude ne sont pas comparables<sup>35</sup>.

#### I) DAPA-PC

DAPA-PC (*The Drug Abuse Problem Assessment for Primary Care*) était un outil numérique de repérage de consommation problématique et des dépendances à l'alcool ou autre drogue.

Aucune étude évaluant ses propriétés psychométriques en soins primaires n’a été retrouvée. En revanche, il n’a pas été montré de différence dans son utilisation entre les adultes ou les seniors<sup>68</sup>, ni entre les ethnies blanches ou noires<sup>55</sup>.

#### J) SIP-DU

SIP-DU (*Short Inventory of Problems—Modified for Drug Use*) était une modification du test SIP pour élargir le repérage des problèmes liés à la consommation et à la dépendance aux drogues. Composé de 15 questions, il repérait les dommages induits dans le cadre social, familial ou personnel (argent, alimentation, humeur,...) par les consommations d’alcool ou autres drogues.

Aucune étude évaluant ses propriétés psychométriques en soins primaires n’a été retrouvée, en revanche la corrélation entre les scores obtenus avec SIP-DU et DAST-10 était établi (corrélation Spearman’s :  $\rho = .71$ )<sup>36</sup>. Ces résultats étaient à pondérer car issus d’une seule étude basée sur un petit échantillon (n=106).

#### K) POSIT

POSIT (*Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers*) était un outil multimodal tel qu’ASI (Addiction Severity Index) ou MINI-Plus. Validé chez les adolescents, il se composait de 139 questions qui explorent 10 domaines dont les consommations problématiques, la santé mentale, les relations familiales,...

Sa validité en soins primaires a été établie<sup>69</sup>, et comparée aux autres tests usuels comme CRAFFT, il permet un repérage d’une consommation problématique d’alcool avec une sensibilité de 84% et une spécificité de 89%; 100% et 69% respectivement pour la dépendance<sup>39</sup>.

Test	Tabac	Alcool	Cannabis	Autres substances	Comportements	Population validée
ASSIST	Se=97% / Sp=95%	Se=90-91% / Sp=79-82%	Se=97% / Sp=91%	Oui	Non	Toutes
CRAFFT	Non	Se=92% / Sp=64%	Oui	Oui	Non	Adolescent
SISQs	Non	Se=73% / Sp=85%	Oui	Se=71-97% / Sp=79-96%	Non	Adulte et Sénior
TICS	Non	Non	Non	Non	Non	Adulte et Sénior
S2BI	Se=94% / Sp=94%	Se=96% / Sp=92%	Se=100% / Sp=96%	Se=100% / Sp=84%	Non	Adolescent
SUBS	Se=98% / Sp=96%	Se=85% / Sp=77%	Oui	Se=83% / Sp=91%	Non	Adulte
CAGE-AID	Non	Non	Non	Non	Non	Adulte
KMSK	Non	Non	Non	Non	Non	Adulte
DAPA-PC	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Adulte et Sénior
SIP-DU	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Adulte et Sénior
POSIT	Oui	Se=84% / Sp=89%	Oui	Oui	Non	Adolescent

Tableau 3 : Comparaison des propriétés psychométriques des tests pour le repérage des poly-consommations problématiques en soins primaires

Test	Tabac	Alcool	Cannabis	Autres substances	Comportements	Population validée
ASSIST	Se=97-100% / Sp=62-93%	Se=63-100% / Sp=54-80%	Se=90-98% / Sp=61-91%	Oui	Non	Toutes
CRAFT	Non	Se=100% / Sp=49%	Oui	Oui	Non	Adolescent
SISQs	Non	Se=87-88% / Sp=74-84%	Oui	Se=85-100% / Sp=73.5-88%	Non	Adulte et Sénior
TICS	Non	Se=79-81% / Sp=78-81%	Oui	Se=79-81% / Sp=78-81%	Non	Adulte et Sénior
S2BI	Se=75% / Sp=98%	Se=79% / Sp=96%	Se=93% / Sp=93%	Se=90% / Sp=94%	Non	Adolescent
SUBS	Se=100% / Sp=72%	Se=94% / Sp=65%	Oui	Se=86% / Sp=82%	Non	Adulte
CAGE-AID	Non	Se=70 à 79% / Sp=70 à 85%	Se=70 à 79% / Sp=70 à 85%	Se=70 à 79% / Sp=70 à 85%	Non	Adulte
KMSK	Oui	Se=88% / Sp=82.5%	Se=100% / Sp=68.5%	Oui	Non	Adulte
DAPA-PC	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Adulte et Sénior
SIP-DU	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Adulte et Sénior
POSIT	Oui	Se=100% / Sp=69%	Oui	Oui	Non	Adolescent

Tableau 4 : Comparaison des propriétés psychométriques des tests pour le repérage des poly-dépendances en soins primaires

#### IV. Evaluation de la faisabilité en soins primaires des outils de repérage (Tableau 5)

Parmi les outils de repérage des situations de polydépendance, tous n'avaient pas fait l'objet d'une évaluation de leur faisabilité dans le cadre des soins primaires :

- ASSIST comprenait au maximum 80 questions, et au minimum 8.

Sa durée de passation variait de 5 à 50min selon les études.

Les questionnaires de satisfactions montraient que 96% des patients étaient satisfait de ce test, 78% l'avaient bien compris, mais 95% des utilisateurs aimeraient qu'il soit plus court<sup>38</sup>. 14% des utilisateurs ont eu besoin d'aide<sup>70</sup>.

Une version autoadministrée existait, cependant chez les adolescents sa compréhension semblait plus difficile<sup>34</sup>. De même une version numérique (ACASI-ASSIST) a été mise au point récemment, et son utilisation a été vécu comme confortable<sup>45</sup>. Une version française était disponible<sup>48</sup>.

Une version courte de 20 questions explorant 6 substances (ASSIST-Lite) retrouvait les mêmes propriétés psychométriques que la version ASSIST 3.0, mais une seule étude a été retrouvée et sa population étant mixte entre soins primaires et centre d'addictologie, ses résultats étaient probablement biaisés par une plus forte prévalence<sup>53</sup>.

- CRAFT contenait une partie A de 3 questions, et une partie B de 6 questions.

Sa durée de passation variait de 49sec à 2min.

Si sa validité chez les adolescent a été montrée<sup>41</sup>, une version autoadministrée aussi performante permettait une utilisation plus rapide<sup>71</sup>. Par ailleurs, la version papier était préférée à la version numérique et le taux de réponses considéré comme « honnête » y était plus important (95 vs 91%)<sup>40</sup>.

- SISQs comprenait 2 questions.

Une version numérique auto-administrée existait, avec un taux de questionnaire correctement rempli sans assistance de 71%<sup>61</sup>.

- TICS comprenait 2 questions.

Ce test était perçu confortable par 84% des utilisateurs, et le taux de réponses sincères était de 88%<sup>66</sup>.

- S2BI contenait 18 questions (minimum 8).

Sa durée de passation était estimée à 32sec<sup>42</sup>.

- SUBS comprenait 4 questions.

11% des patients ont eu besoin d'aide pour le compléter (2/3 pour une raison de compréhension, 1/3 pour une aide technique)<sup>60</sup>.

- CAGE-AID comportait 4 questions.

Aucune étude n'apportait d'éléments quant à sa faisabilité en soins primaires.

- KMSK comportait 28 questions

Sa durée de passation était estimée entre 15 et 20min<sup>35</sup>.

- DAPA-PC comprenait 36 questions (12 au minimum).

Ce test n'existait qu'en version numérique.

- SIP-DU comprenait 15 questions.

Aucune étude n'apportait d'éléments quant à sa faisabilité en soins primaires.

- POSIT comprenait 139 questions.

Sa longue durée de passation (30min) nécessitait 10min d'interprétation supplémentaire<sup>69</sup>.

Outre ces outils de repérage des situations de polydépendance, d'autres tests ont été créés pour être compatibles avec une utilisation en soins primaires :

- SASQ (*Single Alcohol Screening Question*) comportait 1 seule question.

C'était un test de repérage des consommations à risques et des dépendances liées à l'alcool. Ses propriétés psychométriques étaient comparable à celle d'AUDIT<sup>64,72</sup>. Il a également été montré que son utilisation par les médecins augmentait le taux de repérage de 8%<sup>73</sup>.

▪ AUDIT (*Alcohol Use Disorders Test*) était un test de 10 questions. Sa validité en soins primaires a été établie <sup>74</sup>. Une version numérique aux propriétés comparables à la version classique mais avec une durée de passation de 6.3min (2.6 - 26.5) sans pour autant nécessité d'assistance a été mise au point pour favoriser la faisabilité. Par ailleurs, de nombreuses versions raccourcis d'AUDIT ont été testées. Mais aucune étude de faisabilité n'a été retrouvée, celle-ci étant admise par les auteurs de par la brièveté des questionnaires :

- AUDIT-PC (questions 1, 2, 4, 5, 10) : 5 questions et propriétés psychométriques aussi performantes qu'AUDIT<sup>75</sup>.
- AUDIT-4 (questions 1, 2, 3, 10) : 4 questions et propriétés psychométriques aussi performantes qu'AUDIT<sup>56</sup>.
- Brief AUDIT (questions 3, 4, 5, 9) : 4 questions et propriétés psychométriques comparables et corrélés à AUDIT mais étude ne portant que chez les hommes<sup>54</sup>.
- mFAST (questions 3, 5, 8, 10) : 4 questions et propriétés psychométriques aussi performantes qu'AUDIT<sup>75</sup>.
- AUDIT-C (questions 1 à 3) : 3 questions et propriétés psychométriques aussi performantes qu'AUDIT<sup>46,56-58,75</sup>.
- AUDIT-QF (questions 1 et 2) : 2 questions mais spécificité médiocre<sup>58</sup>.
- AUDIT-3 (3<sup>ème</sup> question) : 1 question mais de performance mauvaise<sup>46,58,75</sup>.

Test	Nombre de questions	Temps de passage	version auto-administrée	version numérique	compréhension	besoin d'aide	satisfaction
ASSIST	8 à 80	5 à 50min	Oui	Oui	78%	14%	96%
ASSIST-Lite	20	2min	Non	Non	NC	NC	NC
CRAFTT	9	49sec à 2min	Oui	Oui	NC	NC	NC
SISQs	2	NC	Oui	Oui	NC	29%	NC
TICS	2	NC	Non	Non	84%	NC	NC
S2BI	8 à 18	32 sec	Non	Non	NC	NC	NC
SUBS	4	NC	Oui	Non	NC	11%	NC
CAGE-AID	4	NC	Non	Non	NC	NC	NC
KMSK	28	15 à 20min	Non	Non	NC	NC	NC
DAPA-PC	12 à 36	NC	Non	Oui	NC	NC	NC
SIP-DU	15	NC	Non	Non	NC	NC	NC
POSIT	139	30-40min	Non	Non	NC	NC	NC
SASQ	1	NC	Non	Non	NC	NC	NC
AUDIT	10	2.6 à 26.5min	Oui	Oui	NC	Non	NC
AUDIT-PC	5	NC	Non	Non	NC	NC	NC
AUDIT-4	4	NC	Non	Non	NC	NC	NC
mFAST	4	NC	Non	Non	NC	NC	NC
Brief-AUDIT	4	NC	Non	Non	NC	NC	NC
AUDIT-C	3	NC	Non	Non	NC	NC	NC
AUDIT-QF	2	NC	Non	Non	NC	NC	NC
AUDIT-3	1	NC	Non	Non	NC	NC	NC

Tableau 5 : Comparaison des critères de faisabilité entre les tests de repérage aux addictions utilisés en soins primaires



## **DISCUSSION**

### **I. Résultats principaux**

Cette revue systématique a permis de sélectionner 36 études transversales, ainsi que 6 articles issus de la bibliographie, permettant de lister l'ensemble des outils de repérage des situations de polydépendance évalués en soins primaires.

Il a été montré que parmi les 11 tests de repérage des situations de polydépendance validés en soins primaires, ASSIST est celui qui a été le plus évalué, qui apporte les meilleures garanties quant à ses valeurs psychométriques et ses critères de faisabilités, et dont l'utilisation dans de nombreux pays a confirmé son intérêt pour la pratique courante. Une version française, numérique et auto-administrable est par ailleurs disponible.

La longueur d'ASSIST restant un frein à son utilisation en soins primaires, d'autres tests plus courts ont été développés comme SUBS, SISQs, TICS, mais leur brièveté ne leur permet pas d'explorer les dommages liés aux consommations qui représentent pourtant les signaux d'alarme en soins primaires.

De plus, il n'existe à ce jour aucun test permettant le repérage conjoint des dépendances avec et sans substances.

### **II. Diversité des outils de repérage**

La construction des 11 tests validés est variable : il faut distinguer des tests très courts (SISQs ou TICS = 2 questions, SUBS ou CAGE-AID = 4 questions) ou très long (ASSIST = 80 questions, POSIT = 139 questions). Certains cherchent essentiellement à quantifier les consommations (TICS, SISQs, KMSK, SUBS) tandis que d'autres explorent aussi les troubles induits (ASSIST, SIP-DU, CAGE-AID, CRAFFT, S2BI, POSIT, DAPA-PC).

L'objectif des tests n'est pas le même pour tous : 9 tests ont montré par leurs propriétés psychométriques leur capacité à repérer les polydépendances, 3 n'ont pas été validés pour le repérage des consommations problématiques (TICS, KMSK, CAGE-AID) et 2 tests (SIP-DU et DAPA-PC) sont présentés par les auteurs comme permettant le repérage des consommations problématiques et des dépendances, sans apporter leur évaluation.

Il apparaît d'ailleurs surprenant qu'un test court de quantification comme SISQs puisse repérer et discriminer une polyconsommation problématique d'une polydépendance.

La faisabilité des tests n'a fait l'objet d'aucune étude explorant l'acceptabilité de ces tests par les patients ou les professionnels de santé. Seuls quelques questionnaires évaluant le taux de compréhension et le besoin d'assistance ont été retrouvés, surtout pour ASSIST.

### **III. Modalités d'administration**

Afin de favoriser l'usage des questionnaires de repérage en soins primaires, des versions informatisées (comme ACASI ASSIST<sup>45</sup>) ou auto-administrées (comme ASSIST<sup>34,60,61,70</sup>) ont été développées. Les versions auto-administrées s'avèrent plus difficiles à comprendre, et ne permettent pas d'obtenir un taux de repérage significativement plus important qu'avec une version classique<sup>34,42,71,74</sup>.

De plus, une étude concernant CRAFFT a interrogé les adolescents sur leurs préférences : la version papier était plébiscitée (considérée comme très confortable par 75% contre 67% en version numérique) et le taux de réponses jugées sincères ou honnêtes était comparable entre une version auto-administrée ou lors d'un entretien avec un médecin ou une infirmière qu'ils connaissaient (autour de 90%)<sup>40</sup>. Une version auto-administrée permettrait pourtant d'éviter le sentiment de honte ou de mauvaise estime de soi qui amènerait à ne pas répondre honnêtement<sup>68</sup>.

Pour diminuer la durée de passation, certains tests réduisent le nombre de questions en regroupant les substances sous le terme générique « drogue ». Si cela empêche de discriminer l'alcool et/ou le cannabis des autres drogues (comme avec ASSIST-Lite, TICS SISQs ou SUBS), cela permet aussi d'éviter de n'évaluer que les usages successifs en listant les substances les unes après les autres. Il a aussi été montré qu'une confusion peut apparaître chez les patients n'arrivant plus à déterminer si une substance fait partie des drogues ou des usages détournés des médicaments (notamment en ce qui concerne les opiacées)<sup>60</sup>. De plus, répondre à une question sur les drogues illicites peut être une barrière par craintes des conséquences judiciaires<sup>66</sup>.

Des versions raccourcies ont également fait le choix de limiter les questions à la quantification des consommations : AUDIT-C ne permet que le repérage des dépendances, à l'inverse d'AUDIT qui permet aussi de repérer les consommations à risque.

Un effort est également fait sur le scoring : des réponses par yes/no et une interprétation rapide remplacent les évaluations longues comme avec POSIT.

#### **IV. Forces et limites**

##### **A. Limite de l'étude**

Cette revue systématique n'a interrogé que 3 bases. Même si celles-ci représentent des bases de données fiables et complètes, d'autres sources auraient pu être explorées. Pour autant, les 5 revues systématiques abordant des thématiques proches recoupent ces résultats mais n'apportent ni données, ni références supplémentaires, ce qui montre l'exhaustivité de la recherche.

La sélection des articles n'a été menée que par le thésard. L'absence de double lecture peut induire un biais de sélection parmi les références.

##### **B. Hétérogénéité des articles**

La qualité des études est discutable car peu d'articles précisent la présence ou non d'une randomisation ou d'une évaluation en aveugle, et parfois un paiement des participants était prévu ce qui pourrait induire des biais.

La comparabilité des articles est limitée car les échantillons sont de taille très variable, les classes d'âge sont différentes d'une étude à l'autre, les populations sont composées d'ethnies très différentes, ou encore le choix du test de référence n'est pas toujours consensuel (DAST-10 en est le principal exemple car si son utilisation est fréquente comme test de référence, il n'a pourtant pas été validé en soins primaires).

La généralisation des résultats est également limitée car peu d'études sont multicentriques, les populations sont souvent issues de salle d'attente ce qui est différents d'un recrutement par des médecins généralistes par exemple. Les populations d'études sont parfois un regroupement de patients issus de soins primaires, d'addictologie et de psychiatrie ce qui modifie la prévalence de certaines conduites addictives et induit un biais de sélection sur les résultats psychométriques obtenus (ASSIST est particulièrement concernés avec 9 études sur 13 basées sur des populations non exclusivement issues de soins primaires).

## **V. Conclusions et Perspectives**

Pour répondre au problème de santé publique que posent les situations de poly-dépendances, un outil de repérage efficace et faisable des différentes formes d'addiction doit être disponible pour les professionnels de santé en soins primaires. A ce jour, il n'existe pas un tel outil.

Les caractéristiques multifactorielles des comportements de consommations rendent inévitablement imparfaites et insuffisantes les échelles trop simples, et inutilisables en pratique courante les échelles trop complexes.

Un outil quantifiant chaque substance, ciblant les différents critères de dépendance, et permettant de déterminer si les patients nécessitent une prise en charge spécialisée ou du type d'une intervention brève ne peut être proposé pour la pratique quotidienne de médecine générale par exemple.

La construction d'un outil transversal repérant, par l'exploration des consommations ou comportements problématiques, les patients nécessitant une attention particulière pourrait être un travail futur à mener, en tenant compte des critères d'acceptabilités des intervenants comme des patients.

## REFERENCES

1. Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A. & Gorelick, D. A. Introduction to Behavioral Addictions. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 36, 233–241 (2010).
2. INSERM. Jeux de hasard et d'argent - contexte et addiction. (2008).
3. Beck F., Legleye S., Spilka S. Polyconsommation : une pratique peu répandue en population générale. Exploitation des données du Baromètre santé 2005 « Attitudes et comportements de santé ». (2005).
4. Spilka S. et al. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. *Tend. N° 100 OFDT 8 P* (2015).
5. Beck, F., Guignard, R., Richard, J.B. Usages de drogues et pratiques addictives en France analyse du Baromètre santé Inpes. *Doc. Fr. 256p* (2014).
6. OFDT. Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. *disponible sur : <<http://www.ofdt.fr>>* (2010).
7. OFDT. Les jeux d'argent et de hasard sur Internet en France en 2012. *disponible sur : <<http://www.ofdt.fr>>* (2012).
8. ODJ. Les jeux de hasard et d'argent en France en 2014. *disponible sur : <<http://www.ofdt.fr>>* (2015).
9. Costes et al. Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. *OFDT 77 8* (2011).
10. Costes et al. Les jeux d'argent et de hasard en France en 2014. *ODJ Avril 2015* (2015).
11. OFDT. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. *disponible sur : <<http://www.ofdt.fr>>* (2010).
12. OFDT. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. *disponible sur : <<http://www.ofdt.fr>>* (2015).
13. ESCAPAD. Estimations 2014 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans. *disponible sur : <<http://www.ofdt.fr>>* (2014).
14. Guignard R., Beck F., Richard J.-B. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Évolutions INPES N° 31 6 P* (2014).
15. Beck, F., Guignard, R., Richard, J.B., et al. Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010. *BEH N° 20-21 2011b Pp 230-233* (2011).
16. Beck, F., Guignard, R., Richard, J.B., Tovar M.L. et Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte. *Tend. OFDT N° 76 2011a 6 P* (2011).
17. Beck F., Richard J.B., Guignard R., Le Nézet O., Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. *Tend. N° 99* (2015).
18. HAS. Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins - audition publique. *Disponible sur : <<http://www.has-sante.fr>>* (2007).
19. HAS. Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins - Recommandations de la commission d'audition. *Disponible sur : <<http://www.has-sante.fr>>* (2007).
20. Mouquet MC, Villet H. Enquête alcool auprès des usagers du système de soins. *DRESS N°53 Nov 2000* (2003).
21. Maurat F. Repérage précoce et intervention brève des mésusages d'alcool. Etude de faisabilité auprès de 97 médecins généralistes girondins sur une année. (Bordeaux, 2006).

22. Baudier F, Joussant S. Prise en charge des problèmes d'addiction Tabac et Alcool. Baromètre Santé Médecins Généralistes 1998-1999. *Vanves CFES* 95-107 (1999).
23. Halfen S, et al. Enquête alcool auprès des patients de généralistes libéraux en Ile de France. *Ile Fr.* (2002).
24. Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005 : premiers résultats. *St. Denis INPES* (2006).
25. Binder Ph. Le médecin généraliste peut-il intervenir de façon précoce et efficace. REYNAUD M BAILLY VENISSE J- *Médecine Addict. Peut- Interv. Façon Précoce Effic. Paris Masson* 2005 P 214-33 (2005).
26. ANAES. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolo dépendant après un sevrage. *Conférence de consensus* (2001).
27. Beck F. et al. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Rev. D'Épidémiologie Santé Publique Vol. 59 Issue 5 Pages 285-294* (2011).
28. HAS. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. *Disponible sur : < <http://www.has-sante.fr> >* (2015).
29. Gordon, A. J. et al. 2013 Update in addiction medicine for the generalist. *Addict. Sci. Clin. Pract.* 8, 18 (2013).
30. Rastegar, D. A. et al. 2012 Update in addiction medicine for the generalist. *Addict. Sci. Clin. Pract.* 8, 6 (2013).
31. Harris, S. K., Louis-Jacques, J. & Knight, J. R. Screening and brief intervention for alcohol and other abuse. *Adolesc. Med. State Art Rev.* 25, 126–156 (2014).
32. Mitchell, A. J., Bird, V., Rizzo, M., Hussain, S. & Meader, N. Accuracy of one or two simple questions to identify alcohol-use disorder in primary care: a meta-analysis. *Br. J. Gen. Pract. J. R. Coll. Gen. Pract.* 64, e408–418 (2014).
33. Pilowsky, D. J. & Wu, L.-T. Screening instruments for substance use and brief interventions targeting adolescents in primary care: a literature review. *Addict. Behav.* 38, 2146–2153 (2013).
34. Barreto, H. A. G., de Oliveira Christoff, A. & Boerngen-Lacerda, R. Development of a self-report format of ASSIST with university students. *Addict. Behav.* 39, 1152–1158 (2014).
35. Tang, Y. et al. Substance use disorders assessed using the Kreek-McHugh-Schluger-Kellogg (KMSK) scale in an urban low-income and predominantly African American sample of primary care patients. *Am. J. Addict. Am. Acad. Psychiatr. Alcohol. Addict.* 20, 292–299 (2011).
36. Allensworth-Davies, D., Cheng, D. M., Smith, P. C., Samet, J. H. & Saitz, R. The Short Inventory of Problems-Modified for Drug Use (SIP-DU): validity in a primary care sample. *Am. J. Addict. Am. Acad. Psychiatr. Alcohol. Addict.* 21, 257–262 (2012).
37. Newcombe, D. A., Humeniuk, R. E. & Ali, R. Validation of the World Health Organization Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): report of results from the Australian site. *Drug Alcohol Rev.* 24, 217–226 (2005).
38. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addict. Abingdon Engl.* 97, 1183–1194 (2002).
39. Knight, J. R., Sherritt, L., Harris, S. K., Gates, E. C. & Chang, G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 27, 67–73 (2003).
40. Knight, J. R. et al. Adolescents' preference for substance abuse screening in primary care practice. *Subst. Abuse* 28, 107–117 (2007).

41. Levy, S. *et al.* Test-retest reliability of adolescents' self-report of substance use. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 28, 1236–1241 (2004).
42. Levy, S. *et al.* An electronic screen for triaging adolescent substance use by risk levels. *JAMA Pediatr.* 168, 822–828 (2014).
43. Lee, J. D., Delbanco, B., Wu, E. & Gourevitch, M. N. Substance use prevalence and screening instrument comparisons in urban primary care. *Subst. Abuse* 32, 128–134 (2011).
44. Gryczynski, J. *et al.* Validation and performance of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) among adolescent primary care patients. *Addict. Abingdon Engl.* 110, 240–247 (2015).
45. Spear, S. E., Shedlin, M., Gilberti, B., Fiellin, M. & McNeely, J. Feasibility and Acceptability of an Audio Computer-Assisted Self-Interview Version of the Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in Primary Care Patients. *Subst. Abuse* 0 (2015). doi:10.1080/08897077.2015.1062460
46. Gordon, A. J. *et al.* Three questions can detect hazardous drinkers. *J. Fam. Pract.* 50, 313–320 (2001).
47. Henrique, I. F. S., De Micheli, D., Lacerda, R. B. de, Lacerda, L. A. de & Formigoni, M. L. O. de S. [Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)]. *Rev. Assoc. Médica Bras.* 1992 50, 199–206 (2004).
48. Khan, R. *et al.* Validation of the French version of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Eur. Addict. Res.* 17, 190–197 (2011).
49. Khan, R. *et al.* Validation of the French version of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) in the elderly. *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy* 7, 14 (2012).
50. Humeniuk, R. *et al.* Validation of the Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addict. Abingdon Engl.* 103, 1039–1047 (2008).
51. Soto-Brandt, G. *et al.* [Validity evidence of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in Chile]. *Adicciones* 26, 291–302 (2014).
52. Rubio Valldolid, G. *et al.* Validation of the Spanish version of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Psicothema* 26, 180–185 (2014).
53. Ali, R., Meena, S., Eastwood, B., Richards, I. & Marsden, J. Ultra-rapid screening for substance-use disorders: the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST-Lite). *Drug Alcohol Depend.* 132, 352–361 (2013).
54. So, K. & Sung, E. A Validation Study of the Brief Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): A Brief Screening Tool Derived from the AUDIT. *Korean J. Fam. Med.* 34, 11–18 (2013).
55. Zeiler, C. A., Nemes, S., Holtz, K. D., Landis, R. D. & Hoffman, J. Responses to a drug and alcohol problem assessment for primary care by ethnicity. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 28, 513–524 (2002).
56. Gual, A., Segura, L., Contel, M., Heather, N. & Colom, J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol. Oxf. Oxf.* 37, 591–596 (2002).
57. Bradley, K. A. *et al.* AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 31, 1208–1217 (2007).
58. Kaarne, T., Aalto, M., Kuokkanen, M. & Seppä, K. AUDIT-C, AUDIT-3 and AUDIT-QF in screening risky drinking among Finnish occupational health-care patients. *Drug Alcohol Rev.* 29, 563–567 (2010).

59. Smith, P. C., Schmidt, S. M., Allensworth-Davies, D. & Saitz, R. A single-question screening test for drug use in primary care. *Arch. Intern. Med.* 170, 1155–1160 (2010).
60. McNeely, J. *et al.* A Brief Patient Self-administered Substance Use Screening Tool for Primary Care: Two-site Validation Study of the Substance Use Brief Screen (SUBS). *Am. J. Med.* 128, 784.e9–19 (2015).
61. McNeely, J. *et al.* Validation of Self-Administered Single-Item Screening Questions (SISQs) for Unhealthy Alcohol and Drug Use in Primary Care Patients. *J. Gen. Intern. Med.* (2015). doi:10.1007/s11606-015-3391-6
62. Mitchell, S. G. *et al.* The CRAFFT cut-points and DSM-5 criteria for alcohol and other drugs: a reevaluation and reexamination. *Subst. Abuse* 35, 376–380 (2014).
63. Saitz, R., Cheng, D. M., Allensworth-Davies, D., Winter, M. R. & Smith, P. C. The ability of single screening questions for unhealthy alcohol and other drug use to identify substance dependence in primary care. *J. Stud. Alcohol Drugs* 75, 153–157 (2014).
64. Smith, P. C., Schmidt, S. M., Allensworth-Davies, D. & Saitz, R. Primary care validation of a single-question alcohol screening test. *J. Gen. Intern. Med.* 24, 783–788 (2009).
65. Brown, R. L., Leonard, T., Saunders, L. A. & Papasouliotis, O. A two-item screening test for alcohol and other drug problems. *J. Fam. Pract.* 44, 151–160 (1997).
66. Brown, R. L., Leonard, T., Saunders, L. A. & Papasouliotis, O. A two-item conjoint screen for alcohol and other drug problems. *J. Am. Board Fam. Pract. Am. Board Fam. Pract.* 14, 95–106 (2001).
67. Brown, R. L. & Rounds, L. A. Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: criterion validity in a primary care practice. *Wis. Med. J.* 94, 135–140 (1995).
68. Nemes, S. *et al.* Computerized screening of substance abuse problems in a primary care setting: older vs. younger adults. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 30, 627–642 (2004).
69. Knight, J. R., Goodman, E., Pulerwitz, T. & DuRant, R. H. Reliability of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) in adolescent medical practice. *J. Adolesc. Health Off. Publ. Soc. Adolesc. Med.* 29, 125–130 (2001).
70. McNeely, J. *et al.* Test-retest reliability of a self-administered Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in primary care patients. *J. Subst. Abuse Treat.* 47, 93–101 (2014).
71. Harris, S. K. *et al.* Adolescent substance use screening in primary care: validity of computer self-administered vs. clinician-administered screening. *Subst. Abuse Off. Publ. Assoc. Med. Educ. Res. Subst. Abuse* 0 (2015). doi:10.1080/08897077.2015.1014615
72. Seale, J. P. *et al.* Primary care validation of a single screening question for drinkers. *J. Stud. Alcohol* 67, 778–784 (2006).
73. Seale, J. P., Guyinn, M. R., Matthews, M., Okosun, I. & Dent, M. M. Vital signs screening for alcohol misuse in a rural primary care clinic: a feasibility study. *J. Rural Health Off. J. Am. Rural Health Assoc. Natl. Rural Health Care Assoc.* 24, 133–135 (2008).
74. Butler, S. F., Chiauuzzi, E., Bromberg, J. I., Budman, S. H. & Buono, D. P. Computer-Assisted Screening and Intervention for Alcohol Problems in Primary Care. *J. Technol. Hum. Serv.* 21, 1–19 (2003).
75. Gómez, A., Conde, A., Santana, J. M. & Jorrín, A. Diagnostic usefulness of brief versions of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for detecting hazardous drinkers in primary care settings. *J. Stud. Alcohol* 66, 305–308 (2005).

## ANNEXES

### Annexe 1 – les critères de dépendances

#### Les 4 critères communs aux différentes addictions selon A.Goodman (1990) :

- A. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B. Tension croissante avant d'initier le comportement.
- C. Plaisir ou soulagement au moment de l'action.
- D. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.

#### Trouble lié à l'usage d'une substance – DSM V (2013) :

- 1. quantités consommées plus importantes ou pendant une période plus prolongée que prévu
- 2. Désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation
- 3. Beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets
- 4. Craving ou une envie intense de consommer
- 5. Incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
- 6. Consommation malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par le produit
- 7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause des consommations
- 8. Consommation dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
- 9. Consommation poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
- 10. Apparition d'une tolérance
- 11. Sevrage à l'arrêt



## **Annexe 2** – Algorithme de recherche des différentes bases de données

Algorithme de recherche développé pour PubMed : (((((((("mass screening"[MeSH Terms] OR psychometrics) OR questionnaires) OR psychological tests)) OR screening) OR substance abuse detection) OR detection) OR diagnosis) OR testing) AND (((((((((((("behavior, addictive"[MeSH Terms]) OR substance-involvement) OR nicotine-dependence) OR tobacco-use-disorder) OR alcohol-use-disorder) OR marijuana abuse) OR cannabis-abuse) OR prescription-drug-abuse) OR street-drug-use) OR compulsive-buying) OR gambling) OR internet-addiction) OR sexual-addiction) OR hypersexual' disorder) OR workaholism) OR work-addiction OR food-addiction AND (((("primary health care"[MeSH Terms]) OR "general practitioners"[MeSH Terms]) OR "family practice"[MeSH Terms]) OR primary care )

Algorithme de recherche développé pour PsycINFO : (((((((((((("Mass Screening" OR DE "Screening" OR DE "Screening Tests" OR DE "Health Screening" OR DE "Drug Usage Screening" OR DE "Psychometrics" OR DE "General Health Questionnaire" OR DE "Questionnaires" OR DE "Diagnosis" OR DE "Psychodiagnosis" OR DE "Testing" OR DE "Detection") ) AND ( (((((((((((((((("Behavior, addictive" OR DE "Behavior Disorders" OR DE "Drug Dependency" OR DE "Drug Addiction" OR DE "Drug Abuse" OR DE "Drug Seeking" OR DE "Polydrug Abuse" OR DE "Drugs" OR "Nicotine Dependence" OR "Tobacco Dependence" OR "Alcohol Addiction" OR DE "Alcoholism" OR DE "Alcohol Abuse" OR "Marijuana Dependence" OR "Cannabis Abuse" OR DE "Prescription Drugs" OR DE "Sexual Addiction" OR DE "Internet Addiction" OR DE "Workaholism" OR DE "Pathological Gambling" OR "food addiction") ) AND ( (((("Primary Care" OR DE "Primary Health Care" OR DE "Family Physicians" OR DE "General Practitioners")

Algorithme de recherche développé pour The Cochrane Library : ("Mass Screening" or "psychometric" or "questionnaire" or "psychologic test" or "screening test" or "screening" or "Substance Abuse Detection" or "Substance Abuse Testing" or "Drug Abuse Screening" or "detection" or "diagnosis" or "testing") AND (" Behavior, Addictive" or " Compulsive Behaviors" or " Consumer Behaviors" or "Nicotine Dependence" or "Tobacco Dependence" or "Alcohol Addiction" or "Marijuana Dependence" or "Cannabis Dependence" or "Prescription Drug Misuse" or "Street Drugs" or "Gambling" or " compulsive-buying" or " internet-addiction" or "Behavior, Sexual" or "work-addiction" or "workaholism" or " food-addiction") AND ("primary health care" or "primary care" or "general practitioner" or "Family Practice")

### Annexe 3 – Caractéristiques des études incluses

Test	Article	Pays	Pop d'études	Test de réf	Rando	Blind	Autre biais	Objectif
ASSIST	WHO ASSIST Working Group, 2002	9 pays	18-60ans n=236	Aucun	NC	Oui	pop mixte (addictologie)	Tester fiabilité, acceptabilité et faisabilité par les patients et médecins d'ASSIST dans différentes cultures
	Henrique et al., 2004	Brésil	18-45ans n=150	MINI-plus AUDIT RTQ	Non	Non	pop mixte (addictologie)	Evaluer propriété psychométriques d'ASSIST en version brésilienne
	David A. L. Newcombe et al., 2005	Australie	18-45ans n=150	MINI-plus AUDIT RTQ SDS DAST	Non	Oui	pop mixte (addictologie)	Evaluer validité d'ASSIST en comparaison des tests déjà validés
	Humeniuk et al., 2008	7 pays	18-45ans n=1047	MINIPlus ASI SDS AUDIT RTQ dépistage capillaire	NC	NC	pop mixte (addictologie)	Valider les performances psychométriques d'ASSIST dans une grande étude internationale
	Riaz Khan at al., 2011	Suisse (Genève)	>18ans n=150	MINIPlus ASI AUDIT RTQ	NC	NC	pop mixte (addictologie + psy)	Valider ASSIST en version française
	Riaz Khan at al., 2012	Suisse (Genève)	>65ans n=100	MINIPlus ASI AUDIT RTQ	NC	NC	manque de puissance + pop mixte	Evaluer les propriétés psychométriques d'ASSIST chez personnes âgées en soins primaire
	R.Ali et al., 2013	9 pays	>18ans n=2082	ASSIST	NC	NC	pop mixte (addictologie)	Développer une version ultra rapide d'ASSIST = ASSIST-Lite
	Gonzalo Soto-Brandt et al., 2014	Chili	>18ans n=400	MINIPlus ASI SDS AUDIT	NC	NC	pop mixte (addictologie)	Valider la version chilienne d'ASSIST
	Gabriel Rubio Valladolid et al., 2014	Espagne	>18ans n=485	MINIPlus AUDIT RTQ SDS	Non	NC	pop mixte (addictologie)	Valider la version espagnole d'ASSIST
	Mc Neely et al., 2014	USA (NYC)	18-65ans - n=101	Aucun	NC	NC	manque de puissance	Evaluer fiabilité test-retest de la version numérique d'ASSIST
	Barreto et al., 2014	Brésil	>18ans n=200	Aucun	Oui	NC	NC	Comparer score obtenus entre une version auto-administré ou lors d'un entretien d'ASSIST chez étudiants
	Gryczynski et al., 2015	USA (Baltimore)	12-17ans n=525	DSM-5 CRAFT	Non	NC	pop payée	Evaluer ASSIST chez adolescents
	Spear et al., 2015	USA (NYC)	n=48	Aucun	NC	NC	NC	Evaluer acceptabilité et faisabilité d'une version informatisée d'ASSIST

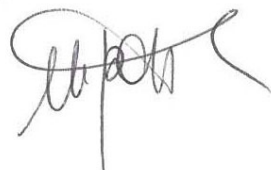
CRAFT	J.R.Knight and al., 2003	USA (Boston)	14-18ans n=538	DSM-4	Non	NC	pop payée	Comparer performance AUDIT/POSIT/CRAFT/CAGE pour repérage de l'alcool chez ado
	Levy et al., 2004	USA (Boston)	12-18ans n=93	Aucun	Non	Non	pop payée + manque de puissance	Evaluer fiabilité de CRAFT pour repérage alcool et drogue chez ados
	J.R.Knight and al., 2007	USA (Boston)	12-18ans n=2133	Aucun	Non	NC	pop payée	Déterminer préférence des conditions d'utilisations de CRAFT par ados
	Mitchell et al., 2014	USA (Baltimore)	12-17ans n=525	DSM-5	Non	NC	NC	Evaluer propriété psychométrique de CRAFT selon nouveaux critères DSM-5
	Harris et al., 2015	USA (Boston)	12-17ans n=136	HONC Ado Diag Interview Timeline Follow Back	NC	NC	NC	Evaluer validité et temps de passage de la version numérique auto-administrée de CRAFT

Test	Article	Pays	Pop d'études	Test de réf	Rando	Blind	Autre biais	Objectif
SISQs	Smith et al., 2009	USA	>18ans n=286	AUDIT-C DAST-10	NC	NC	NC	Comparer performance de SASQ par rapport à AUDIT-C en soins primaires
	Smith et al., 2010	USA	>18ans n=286	DAST-10 test salivaire	Non	NC	NC	Valider une question de repérage de drogue en soins primaires
	Saitz et Smith et al., 2014	USA	>18ans n=286	AUDIT-C DAST-10	Non	Non	NC	Evaluer capacité de SSQ à identifier des niveaux de dépendance
	Mc Neely et al., 2015	USA (NYC & Boston)	21-65ans n=459	MINI-Plus SIP-DU tests salivaire	Non	NC	NC	Evaluer faisabilité et validité d'une version numérique auto-administrée de SSQs
TICS	Brown et al., 1997	USA	18-59ans n=434	DSM-3	Non	NC	NC	Evaluer un test à 2 items pour repérage abus et dépendance alcool et drogue
	Brown et al., 2001	USA	18-59ans n=434 + 702	DSM-3 test urinaire	Non	NC	NC	Evaluer TICS dans population large
	Lee et al., 2011	USA (NYC)	>18ans n=236	ASSIST TICS	Non	NC	pop payée	Evaluer prévalence des consommations addictives avec ASSIST et comparer les tests TICS et ASSIST
S2BI	Levy et al., 2014	USA (Boston)	12-17ans n=213	DSM-5	Non	NC	pop payée	Evaluer le repérage électronique par S2BI : évaluation en 3 niveaux de risque chez ados
SUBS	Mc Neely et al., 2015	USA (NYC & Boston)	21-65ans n=586	MINI-Plus ASSIST Fagerstrom test salivaire	NC	NC	NC	Evaluer fiabilité test-retest SUBS puis sa validité par rapport aux tests de références
CAGE-AID	Brown et Rounds, 1995	USA	n=124	DSM-3	NC	NC	NC	Evaluer test de repérage combiné alcool et drogue en modifiant test existant
KMSK	Y-Lang Tang et al., 2011	USA	18-65ans n=439	Aucun	Oui	NC	NC	Valider l'usage de KMSK dans un grand échantillon en soins primaires
DAPA-PC	Zeiler et al., 2002	USA (WDC)	>18ans n=289	Aucun	NC	NC	NC	Evaluer si repérage différents entre blancs et noirs avec DAPA-PC
	Nemes et al., 2004	USA (WDC)	18-86ans n=327	Aucun	NC	NC	NC	Evaluer si repérage différents entre jeunes et seniors avec DAPA-PC
SIP-DU	A-Davies et al., 2012	USA	>18ans n=106	DAST-10 SIP	Oui	NC	NC	Evaluer la validité de SIP-DU en soins primaires
POSIT	J.R.Knight and al., 2001	USA (Boston)	15-18ans n=193	Aucun	NC	NC	NC	Tester fiabilité de POSIT en soins primaires
	J.R.Knight and al., 2003	USA (Boston)	14-18ans n=538	DSM-4	Non	NC	pop payée	Comparer performance AUDIT/POSIT/CRAFT/CAGE pour repérage de l'alcool chez ado

SASQ	J.P.Seale et al., 2006	USA	>18ans n=625	AUDIT AUDIT-C	Non	Non	NC	Evaluer performance de SASQ dans une grande pop de soins primaires
	J.P.Seale et al., 2008	USA	moyenne 40ans n=126	Aucun	Non	NC	NC	Evaluer si SASQ utilisable pour augmenter le taux de repérage puis d'intervention brève
	Smith et al., 2009	USA	>18ans n=286	AUDIT-C DAST-10	NC	NC	NC	Comparer performance de SASQ par rapport à AUDIT-C en soins primaires
AUDIT	Gordon et al., 2001	USA	>21ans n=6954	AUDIT	NC	NC	NC	Déterminer si versions abrégées AUDIT-C et AUDIT-3 aussi performante qu'AUDIT
	A.Gual and al., 2002	Espagne	18-80ans n=255	AUDIT	NC	NC	NC	Evaluer AUDIT-3 et AUDIT-4
	Butler et al., 2003	USA	18-99ans n=2052	AUDIT	Non	NC	NC	Evaluer faisabilité et efficacité d'une évaluation informatique bilingue par AUDIT
	Gomes et al., 2005	Espagne	n=500	AUDIT	NC	NC	NC	Evaluer performance de version brève d'AUDIT
	K.A.Bradley et al., 2007	USA	>18ans n=1319	AUDIT AUDIT-3 CAGE	Non	Non	NC	Evaluer performances d'AUDIT-C en soins primaires pour conso à risque et dépendance alcool
	T. Kaarne et al., 2010	Finlande	moyenne 45ans n=707	AUDIT	NC	NC	NC	Evaluer version courte d'AUDIT
	Kyungseop So, Eunju Sung, 2013	Corée du Sud	32-63ans n=100	AUDIT NAST CAGE	NC	NC	pop mixte (psy)	Construire une version brève d'AUDIT et la comparer à AUDIT et aux autres tests de références

**Vu, le Directeur de Thèse**

Dr C. LAPORTE :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'C. Laporte', with a stylized flourish at the end.

Pr J.P. LEBEAU :

**Vu, le Doyen**

**de la Faculté de médecine de TOURS**

## Faculté de Médecine de TOURS

*PAUTRAT Maxime*

46 pages – 5 tableaux – 3 figures – 3 annexes

### Résumé :

**Contexte :** Les addictions avec et sans substances sont un problème de santé publique majeur. Le phénomène des poly-consommations et des poly-dépendances s'accroissant ces dernières années, le repérage de ces situations par les acteurs de soins primaires est primordial. Pour cela, un outil d'aide pour ce repérage validé et adapté aux soins primaires est nécessaire.

**Objectif :** Evaluer les outils de repérage des situations de poly-dépendances en soins primaires.

**Méthode :** Revue systématique de la littérature réalisée à partir des bases de données Pubmed, PsycINFO et The Cochrane Library. L'algorithme de recherche était notamment constitué des termes MeSH (ou adaptés aux vocabulaires des autres bases) pour associer 3 items : repérage, dépendance et soins primaires. Les critères d'inclusions étaient : évaluation de la validité d'un outil de repérage d'au moins deux dépendances en soins primaires, ou évaluation de la faisabilité d'un outil de repérage d'une ou plusieurs dépendances en soins primaires, présentée dans un article original. Un évaluateur a sélectionné les articles selon le titre, puis selon le résumé. Seuls les articles évaluant la validité ou la faisabilité d'un outil de repérage en soins primaires ont été inclus dans l'analyse.

**Résultats :** 1039 articles ont été sélectionnés. 42 études et 5 revues systématiques ont été incluses dans l'analyse. La qualité et la comparabilité des études étaient limitées par des imprécisions sur la méthode et par l'hétérogénéité des populations et des contextes. 11 questionnaires permettant le repérage des polydépendances ont été validés en soins primaires. ASSIST était le seul test validé par des études internationales. Il permettait le repérage des consommations problématiques et des dépendances aux principales substances dans toutes les populations, mais sa longueur (80 questions) était un frein à son utilisation. Des tests très courts (2 à 4 questions) ont été validés mais ils ne ciblaient que la quantification des consommations. Parmi les outils de repérage d'une seule substance, AUDIT a fait l'objet de nombreuses versions raccourcies augmentant sa faisabilité mais réduisant ses propriétés psychométriques. Aucun test ne permettait le repérage associé des dépendances avec substances et sans substances.

**Conclusion :** Si des questionnaires permettant de repérer des situations de poly-dépendance sont disponibles, aucun n'apparaît adapté aux soins primaires où une évaluation rapide d'une vulnérabilité générale aux addictions est plus pertinente que la juxtaposition de questions discriminants les produits pour établir un diagnostic de dépendance. L'élaboration d'un outil transversal adapté aux soins primaires, incluant consommations ou comportements problématiques, permettant de repérer les patients concernés est justifiée.

**Mots clés :** repérage, dépendance, soin primaire

### Jury :

**Président :** Pr A.M. LEHR-DRYLEVICZ – professeur de médecine générale – Tours

**Membres :** Pr J.P. LEBEAU – professeur de médecine générale – Tours

Dr C. LAPORTE – chef de clinique de médecine générale – Clermont Ferrand

Pr N. BALLON – professeur d'addictologie - Tours

Pr G. BROUSSE – professeur d'addictologie – Clermont Ferrand

**Date de la soutenance :** 21 Octobre 2015