



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

**THESE**  
POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement  
le 7 Décembre 2023 à Poitiers par  
**Madame Aurélie PEDUCASSE**

Elaboration d'un questionnaire identifiant les facteurs de risques de rechute en addiction,  
modifiables par le médecin généraliste.

### **Composition du Jury**

**Président** : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI, Professeur à l'Université de Poitiers – Praticien Hospitalier.

**Membres** :

Madame la Doctoresse Zoe MICHEL, Cheffe de clinique universitaire de Médecine Générale– Médecin généraliste à La Mothe St Heray.

Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT, Professeur associé de Médecine Générale – Médecin généraliste à la MSP de Nueil les Aubiers.

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Marc BESNIER, Maître de stage universitaire – Médecin généraliste à Iteuil.



## LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

### SECTION MEDECINE

#### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, oncologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1<sup>er</sup> cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1<sup>er</sup> cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3<sup>e</sup> cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1<sup>er</sup> cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

#### Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, oncologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale

- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

***Maître de Conférences des universités de médecine générale***

- MIGNOT Stéphanie

***Professeur associé des universités des disciplines médicales***

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

***Professeur associé des universités des disciplines odontologiques***

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

***Professeurs associés de médecine générale***

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

***Maîtres de Conférences associés de médecine générale***

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

***Professeurs émérites***

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion (08/2023) – renouvellement 3 ans demandé – en cours
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

***Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires***

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice

- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## SECTION PHARMACIE

### *Professeurs des universités-praticiens hospitaliers*

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

### *Professeurs des universités*

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique (**retraite au 01/12/2023**)
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

### *Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers*

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

### *Maîtres de conférences*

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

### *Maîtres de conférences associés - officine*

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

### *A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)*

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

### *Professeur émérite*

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

## CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

## ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

## CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

## Table des matières

<b>Remerciements :</b> .....	<b>6</b>
<b>Dédicaces :</b> .....	<b>7</b>
<b>Préambule :</b> .....	<b>9</b>
<b>1. Introduction</b> .....	<b>10</b>
<b>2. Méthode</b> .....	<b>12</b>
<b>2.1) Élaboration du questionnaire</b> .....	<b>12</b>
2.1.a) Revue de la littérature.....	12
2.1.b) Sélection des tests :.....	12
2.1.c) Élaboration des questions :.....	12
<b>2.2) Évaluation du questionnaire</b> .....	<b>13</b>
2.2.a) Objectif de la ronde Delphi.....	13
2.2.b) Recrutement des experts.....	13
2.2.c) Recueil des données.....	13
<b>3. Résultats</b> .....	<b>15</b>
<b>3.1) Les questionnaires sélectionnés</b> .....	<b>15</b>
<b>3.2) Création des items</b> .....	<b>15</b>
<b>3.3) Ronde Delphi</b> .....	<b>15</b>
3.3.a) Sélection des experts et déroulement de la ronde.....	15
3.3.b) Obtention du consensus.....	16
<b>4. Discussion</b> .....	<b>18</b>
<b>5. Conclusion</b> .....	<b>23</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>24</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>27</b>
Annexe 1 :.....	27
Annexe 2 :.....	28
Annexe 3 :.....	29
Annexe 4 :.....	30
Annexe 5 :.....	31
<b>Résumé</b> .....	<b>32</b>
<b>Serment d'Hippocrate</b> .....	<b>33</b>

## **Remerciements :**

À Monsieur le Professeur **JAAFARI Nematollah**,

Je tenais à vous remercier pour votre disponibilité. C'est un honneur de vous avoir comme président de ce jury.

À Madame la Doctoresse **MICHEL Zoé**,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse.

À Monsieur le Docteur **ARCHAMBAULT Pierrick**,

Je vous remercie d'avoir répondu présent et d'être parmi les membres de notre jury. Merci également pour vos conseils et votre encadrement au cours de ma formation, en tant que tuteur.

Je tenais à exprimer ma profonde reconnaissance à Monsieur le Docteur **BESNIER Marc**, pour son soutien, ses conseils, sa pédagogie et sa patience tout au long de ce travail. Merci pour ton accompagnement, et pour nos échanges riches d'enseignements.

Je souhaitais également remercier le Pr **BINDER Philippe** qui, à travers ses réponses à nos questions et la mise à disposition de son panel expert, nous a grandement aidé.

Aux experts qui ont participé, un grand merci pour votre disponibilité et réactivité malgré des délais courts annoncés.

Un merci également à tous les médecins et les paramédicaux qui m'ont accompagnés depuis l'externat jusqu'à ce jour. Je suis reconnaissante pour les enseignements reçus qui me permettent à ce jour de débiter ma profession plus sereinement.

A **Yusha PAPIN**, un grand merci pour son intégration à cette thèse, et son aide tout au long de ce travail.

## Dédicaces :

Pour commencer je souhaite remercier **mes parents**, qui ont toujours cru en moi. Merci de me laisser explorer les chemins que je souhaite et d'être présents quelques soient les obstacles. Merci pour la sécurité et l'amour que vous m'apportez au quotidien.

Les petits mots réconfortants d'une sœur aident aussi à recharger les batteries. Alors Merci à **Camille**, ma petite sœur, qui sait m'énervé comme personne mais que j'aime plus que quiconque.

Entourée je le suis, Merci à mes grands-parents, **Martine, Lydie et Pierre** qui s'assurent régulièrement que je ne meure pas de faim en me proposant de bons petits plats. Merci pour vos conseils, vos encouragements, votre présence.

Il y a aussi mon papi **Jacques**, dans les yeux duquel j'ai toujours lu qu'il savait. Il savait que je pourrai faire tout ce que je voudrai. Alors Merci à toi, Merci pour cette confiance qui me réchauffe encore le cœur en ce jour.

Nos repas en famille ne seraient pas les mêmes sans mes cousins et **cousines Gary, Maxime, Jenna et Mathilde**. Sans mon parrain **Nicolas**, mon oncle **Olivier** et mes tantes **Nathalie et Christelle**. Merci à ma Marraine **Muriel**, son mari **Emmanuel** et leur fils **Régis** pour leur soutien. Merci à vous tous, pour ces moments partagés, et ceux, nombreux, à venir.

Si la famille est précieuse, mes ami(e)s ont également toujours été disponibles. Alors je tiens à remercier **Nina et Mathilde**, mes plus vieilles amies, celles que je retrouve toujours comme si on s'était quittées la veille.

Du lycée à maintenant, Merci à **Pauline, Clémence, Sophie, Geoffrey, Clément, Adrien, Quentin et Julien**. Je souhaite qu'on continue à grandir ensemble. Merci pour votre soutien, pour tous ces souvenirs et pour la prochaine tournée aux fêtes de Dax 2024.

Et puis vinrent les études de médecine. Merci à **Maika, Sally et Ana** pour ce quatuor. Merci à **Anne** et aux **UE3**, notamment **Maya, Manon, Margaux, Jérémie, Nebout, Basile et Tom**. Merci à vous tous d'avoir pimenté ces études de joie, de rire, de discussions philosophiques, et de folles soirées. Merci pour votre présence dans les bons comme dans les mauvais moments durant ces 6 années.

Bien entendu, cet externat n'aurait pas été le même sans mes deux acolytes. Merci à **Naty et Marine** de me faire rêver. Il n'y a que vous pour préparer une chorégraphie de motivation pré-ECN, ou réussir à me changer les idées en 2 secondes.

Internat de la Rochelle Merci ! Merci grâce à toi j'ai découvert une superbe ville et des personnes géniales. Merci à **l'équipe des urgences de La Rochelle**, et désolée à **Marie, Julie, Camille, Victoire, et Pierre** pour toutes mes futures questions administratives ! Mais Merci à vous pour ces moments de partage qui j'espère ne font que commencer.

Si j'avais su que la colocation était si agréable j'aurai essayé plus tôt. Merci à **Manon et Léa**, d'avoir été les meilleures colocataires que je pouvais espérer, et d'être désormais de si bonnes amies.

On n'oublie pas la pédiatrie ! Et comment le pourrais-je ? Un groupe soudé, merci à **Marie, Océane, Alexia, Chloé, Cyrielle, JB, FA, Julien, Killien** et toute l'équipe du service de **Niort**. Vivement notre prochain week-end retrouvaille.

Un dernier stage pour clôturer cet internat avec une super équipe. Merci au **service de Gynécologie - Pédiatrie de Cognac** pour leur accueil. Et Merci à mes co-internes **Julie, Gabriel** et **Sylvain** pour ces 6 mois de partage, de ragots et de gâteaux.

S'il faut finir en beauté, alors je terminerai ces remerciements avec **Monsieur Maxounet**. Merci à toi, pour ton soutien, ton écoute, ta patience et tes conseils. Merci de me réassurer, d'être si drôle et doux à la fois. Un grand MERCI pour le bonheur que tu m'apportes au quotidien, mon amoureux.

## **Préambule :**

Intéressée par l'addictologie et ayant réalisé la formation d'addiction proposée en ligne, en novembre 2020, par le Pr BINDER Philippe, et le Dr BESNIER MARC, j'ai choisi de me tourner vers eux, lors de ma seconde année d'étude, pour obtenir un sujet de thèse.

J'ai alors été intégré en Janvier 2022 à un projet débutant, en binôme avec Monsieur PAPIN Yusha.

Après discussion autour du sujet, nous avons choisi de travailler sur l'élaboration d'un questionnaire évaluant les facteurs de risques de rechute en addictologie.

Je suis fière de ce sujet, qui poursuit les recherches déjà entamées sur la question. Par le biais d'études complémentaires, notre participation pourra avoir un impact dans la pratique des médecins généralistes, pour la prise en charge des patients.

Le travail requis fut varié et intéressant. Entre la revue de la littérature, l'élaboration des questions, la méthode de triangulation, la réalisation de la ronde Delphi puis la rédaction de notre thèse, j'ai effectué, avec Yusha PAPIN et l'aide précieuse de notre directeur BESNIER Marc, un travail que je trouve abouti. J'ai notamment participé de manière prépondérante à la rédaction de l'introduction et au travail d'argumentation dans la discussion, ce qui m'aura enseigné méthodologie et rigueur.

## 1. Introduction

D'après les chiffres de l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives, publiés en 2022, les usages d'alcool, de tabac, de substances illicites et de médicaments opioïdes, sont responsables d'un cumul de 117 000 morts par an. L'alcool est connu pour être la première cause évitable de mortalité avant 30 ans. Si la consommation de l'ensemble de ces drogues est en diminution depuis la dernière décennie, les conduites addictives restent toutefois un fléau sanitaire et social (maladie, accident, suicide, violence, isolement, précarité...). [1]

Le processus addictif est semblable quel que soit la substance ou le comportement addictif, tant sur le plan du vécu chronologique, avec le cycle de Prochaska et Di Clemente, qu'au niveau comportemental (angoisse de vide, état de manque avec des besoins impérieux, passage à l'acte, anxiolyse temporaire puis regret et culpabilité). L'émergence d'une conduite addictive se situe « à l'interaction de trois facteurs : l'individu, son environnement socio-culturel et l'objet de la dépendance ». [2] Il s'agit d'une affection cérébrale chronique, avec des bases neurobiologiques communes mises en évidence chez ces patients. [3]

La prévention et la prise en charge des conduites addictives nécessitent une action pluridisciplinaire. Les médecins généralistes sont désormais sensibilisés aux facteurs de vulnérabilité, aux signes cliniques à surveiller, ainsi qu'aux tests à réaliser pour un repérage précoce des addictions. L'enquête du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice de médecins généralistes libéraux, témoigne « du rôle pivot joué actuellement par ces professionnels ». « Début 2020, la quasi-totalité des médecins généralistes procède au repérage des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis de leur patient. La démarche de Repérage précoce et intervention brève (RPIB), sur ces trois consommations, est connue d'un généraliste sur trois et près de 70% d'entre eux l'emploient auprès de leurs patients concernés ». [4]

Si des progrès ont été réalisés concernant le repérage et la prise en charge des patients addicts, le phénomène de rechute reste complexe, de par son caractère multifactoriel et le manque de consensus à ce sujet. [5] Pour autant, la rechute est une étape fréquente avant l'obtention de l'allostasie. Les études montrent qu'entre 40 et 90% des patients présentant une dépendance à l'alcool ou aux drogues, connaîtraient au moins une rechute après une première prise en charge. [6]

Des statistiques réalisées aux Etats-Unis en 2023, révèlent qu'environ sept personnes sur dix (68,4%) vont se replonger dans l'alcool après une période d'abstinence, et neuf personnes sur dix, traitées pour des problèmes d'alcool, rechutent quatre ans après leur traitement.

Concernant les drogues, les taux de rechute restent constants : 78,2 % (héroïne), 61,9 % (cocaïne) et 52,2 % (méthamphétamine/méthamphétamine en cristaux). Moins de 20 % des patients inscrits à un programme de soins ambulatoires maintiennent une sobriété complète pendant toute une année. Et l'abstinence, quelle que soit sa durée, n'élimine jamais complètement le risque de rechute. [7]

Une étude de cohorte prospective chez les utilisateurs de substances illicites, menée en Norvège entre 2014 et 2017, a révélé une rechute chez 37 % de l'échantillon après traitement en milieu hospitalier, lors d'un suivi à trois mois. Les résultats de l'analyse multivariée ont montré qu'un jeune âge, une prise en charge de courte durée (2 à 4 mois) et l'existence d'une maladie psychiatrique, étaient associés à un risque élevé de rechute. [8]

Concernant le tabac, toujours aux Etats-Unis, le taux de réussite à long terme de l'arrêt du tabac sans aide est d'environ 5 à 7%. Chez les fumeurs utilisant des méthodes d'efficacité prouvée, les taux de succès à 1 an atteignent 20 à 30%. [9]

Dans une revue de la littérature intitulée « Les facteurs liés à la rechute dans les addictions au tabac, opioïdes, cocaïne, amphétamines et cannabis », le Dr MAILLET RICHARD a mis en évidence, en 2021, cinq facteurs de risques de rechute, potentiellement modifiables en médecine générale. [10] Ces facteurs sont :

- Le stress
- Le conditionnement
- La récompense
- Les représentations
- Les relations.

L'identification de ces facteurs prédictifs semble être un élément important dans l'accompagnement du patient : cela pourrait permettre d'identifier les patients à risque de rechute et ainsi d'adapter l'aide thérapeutique et psychologique nécessaire.

A ce jour, il existe de nombreux questionnaires validés dans la littérature, qui permettent d'évaluer ces différents facteurs. Par exemple, l'Échelle du Stress Perçu (PSS) [11] est un instrument classique d'évaluation du stress. Le conditionnement est abordé à travers l'échelle d'impulsivité de Barratt [12], mais également par le test de HORN [13], ou encore celui de HONC (Hooked on Nicotine Checklist) [14], qui sont spécifiques au tabac. D'autres tests, comme le OCDS [15] pour l'alcool, ou le FTCQ 12 [16], pour le tabac, englobent la notion de récompense.

Ces tests, liés à une conduite addictive, peuvent avoir des items communs, évaluant le niveau de dépendance. D'autres tests, non utilisés dans le dépistage des addictions, restent pertinents dans la recherche des facteurs de risques de rechute, comme l'Échelle des Provisions Sociales (EPS-10) [17], qui vise à évaluer les ressources relationnelles d'un patient.

Il existe ainsi une grande variété de questionnaires utilisables. Mais lequel réaliser dans ce contexte de rechute ? Lors d'une consultation, il est difficile d'aborder plus d'un questionnaire, et la présence d'items équivalents peut être déconcertante. Il nous paraît donc pertinent de concevoir un seul et unique questionnaire qui évaluerait le risque global de rechute d'un patient en cours de sevrage.

L'objectif de cette étude était de savoir s'il est possible de créer un tel questionnaire pour dépister l'ensemble des facteurs de risques de rechute en addictologie, modifiables en médecine générale. Pour cela nous avons réalisé une revue narrative de la littérature, avec triangulation des recherches, afin de sélectionner des tests validés et spécifiques des cinq critères de rechutes ci-dessus. Nous avons extirpé les items les plus pertinents et redondants pour établir un seul et unique questionnaire. Pour finir, nous avons à travers une Ronde Delphi, évalué ce questionnaire auprès d'experts en addictologie.

## 2. Méthode

### 2.1) Élaboration du questionnaire

#### *2.1.A) REVUE DE LA LITTÉRATURE*

Une revue de la littérature a été réalisée pour sélectionner les différents items du questionnaire. En se basant sur le travail du Dr Anne Maillet, nous avons cherché à trouver des questionnaires répondant aux cinq critères de rechute en addiction : le stress, le conditionnement, les représentations, l'environnement et la récompense.

L'intérêt de ce travail était de réunir les différents tests psychiatriques validés par la littérature, et spécifiques des différents facteurs de risques.

Pour ce faire nous avons effectué une recherche par mots clés.

Les bases de données PubMed, Embase, Psychinfo ont été explorées. Une recherche complémentaire sur Doocteur, Google et Google Scholar a été réalisée dans la perspective d'explorer la littérature grise.

La recherche a eu lieu entre mai et juillet 2022. Il n'y avait pas de protocole enregistré.

Concernant les mots clés utilisés pour la recherche, chaque facteur de risque fût utilisé (stress, conditioning, relation, reward, insight), associés aux termes : « test » ou encore « psychiatric test », « scale » et « score ».

#### *2.1.B) SELECTION DES TESTS*

Tous les tests sélectionnés devaient être disponibles en accès libre sur les bases de données utilisées. Les bases de données ont été explorées jusqu'à redondance des données, de manière empirique par chacun des investigateurs.

Une triangulation a été réalisée entre les trois investigateurs : à savoir Aurélie Péducasse, Yusha Papin et Dr Marc Besnier. Chaque investigateur a sélectionné des tests correspondants aux cinq critères de rechutes prédéterminés. Lors de la triangulation, une sélection des tests a été effectuée. Finalement, chaque test sélectionné a été attribué définitivement à une des cinq catégories à explorer (annexe 2).

#### *2.1.C) ÉLABORATION DES QUESTIONS*

Les trois participants de ce travail ont réalisé la même méthodologie afin d'élaborer les différents items du questionnaire puis ont de nouveau procédé par triangulation afin de valider leur rédaction.

Nous avons individuellement choisi les items qui nous semblaient les plus pertinents et qui étaient retrouvés dans plusieurs questionnaires afin d'en créer un seul et unique. La mise en commun de ces items, pour ne garder que ceux validés à l'unanimité, a permis l'élaboration de cette synthèse (annexe 1). A noter que chaque item peut correspondre à plusieurs catégories de rechutes (annexe 3).

Pour terminer nous avons réalisé une rétrotranscription des items sélectionnés vers le pool de tests et échelles sources.

La méthode utilisée pour réaliser la rétrotranscription consistait à rechercher pour chaque questionnaires sources d'un item, au niveau de l'onglet dédié (annexe 3), si son intitulé était toujours bien identifiable. Chaque investigateur a réalisé cette méthode, puis notre directeur de thèse a ensuite effectué une relecture avec arbitrage. L'annexe 4 représente le tableau final réalisé par triangulation.

## 2.2) Évaluation du questionnaire

### 2.2.A) *OBJECTIF DE LA RONDE DELPHI*

Une ronde Delphi a été réalisée pour valider l'intérêt des différents items qui ont été retenus par des experts. Chaque critère ayant été validé dans leur questionnaire d'origine concernant leur pertinence et leur compréhension, seul l'intérêt des items dans le cadre de la rechute a été évalué.

L'objectif de la ronde était d'évaluer l'applicabilité des questions en modifiant leur formulation si besoin ou en y apportant d'autres notions qui pourraient sembler essentielles pour les experts sollicités.

### 2.2.B) *RECRUTEMENT DES EXPERTS*

Les experts sélectionnés pour participer à la ronde sont des addictologues, ainsi que des médecins généralistes régulièrement confrontés à des patients souffrant de troubles addictifs, dans la mesure où le questionnaire peut conditionner leur pratique.

Le pool d'experts contactés étaient issus des réseaux professionnels de notre directeur de thèse ainsi que celui du Pr Philippe Binder. Les experts ont été sollicités de manière groupée par mail et pouvaient librement répondre.

Dans la perspective de la création d'un panel d'experts satisfaisants, nous avons fixé un objectif de recrutement à 8 experts.

### 2.2.C) *RECUEIL DES DONNEES*

Une fois notre réseau d'experts constitué, nous leur avons expliqués par mail le travail effectué jusqu'alors, en leur transmettant les trois annexes citées dans la méthodologie (annexe 1, 2 et 3). Nous avons également rappelé le fonctionnement de la Ronde Delphi.

Les différents outils utilisés furent les trois annexes conçues précédemment (cf. méthode) et un tableau Excel personnalisé réalisé pour chaque expert afin qu'ils puissent y inscrire ses différentes notations. Ce tableau a été créé pour l'étude par les investigateurs.

Pour chaque tour, les notes et commentaires individuels des experts étaient recueillis dans ce tableau. (annexe 5)

Un item était considéré comme applicable lorsque sa médiane était supérieure ou égale à 7, à l'inverse il était considéré comme inapplicable lorsque sa note était inférieure ou égale à 3.

Pour les items ayant une note comprise entre 4 et 6, nous avons encouragé les experts à laisser un commentaire indiquant les modifications susceptibles d'être apportées pour améliorer l'applicabilité. Les commentaires étaient partagés à l'ensemble des participants pour les aider dans leur réflexion.

Un item obtenant une notation le considérant comme applicable ou inapplicable n'était pas proposé à l'avis des experts pour le tour suivant.

Au début d'un nouveau tour, un tableau récapitulatif leur était envoyé, accompagné des médianes et pourcentages issus du tour précédent. Il leur était demandé d'y inscrire, dans l'onglet dédié, une nouvelle note pour chaque item encore à l'étude, ainsi qu'un nouveau commentaire expliquant leur notation.

Le mail a été la voie majoritaire pour contacter les différents professionnels, à noter que pour un nombre très minoritaire d'experts une relance téléphonique a été faite.

### 3. Résultats

#### 3.1) Les questionnaires sélectionnés

Vingt-quatre questionnaires ont ainsi été retenus (Annexe 2) après une revue de la littérature réalisée sur les bases de données choisies.

#### 3.2) Création des items

À la fin de la triangulation, nous avons retenu un total de 32 items (Annexe 1).

Les résultats de la rétrotranscription et des différents facteurs évoqués par un item sont visibles en annexe 4.

#### 3.3) Ronde Delphi

##### 3.3.A) SELECTION DES EXPERTS ET DEROULEMENT DE LA RONDE

Le réseau d'expert du réseau d'addictologie comprenait une centaine de professionnels de santé, 8 d'entre eux ont répondu favorablement à notre demande. Deux experts, qui répondirent favorablement, furent perdus de vue dès le premier tour de la ronde, sans donner de réponses. Nous les avons donc exclus du recueil des données.

Experts :	Profession :	Lieu d'activité :	Sexe :	Perdus de vue :
Dr BESSAH Nabila	Médecin généraliste	La Courneuve	Féminin	
Dr BOYES Jean-Paul	Médecin généraliste	Toulouse	Masculin	
Dr DURET Olivier	Médecin généraliste	Besançon	Masculin	
Dr DI MARIA Thomas	Médecin généraliste/addictologue	Nantes	Masculin	
Dr DELOUCHE Marion	Médecin généraliste	Poitiers	Féminin	
Dr VANDERKAM Paul	Médecin généraliste	Lormont	Masculin	
Dr LEBONHEUR Lakshmi	Médecin généraliste	Poitiers	Féminin	Oui Exclue
Dr DE MASSE Luc	Médecin généraliste	Paris	Masculin	Oui Exclu

Cette ronde aura nécessité un nombre de trois tours avec une durée d'intervalle entre les deux premiers tours de deux semaines et pour le dernier tour d'une semaine.

Le nombre de perdus de vue à la fin de la ronde s'élève à deux.

Le déroulé de la ronde est visible en figure 1.

### 3.3.B) OBTENTION DU CONSENSUS

À l'issue du premier tour, quinze items ont obtenu un accord, c'est-à-dire une note médiane supérieure ou égale à sept. Aucun item ne fut refusé.

À l'issue du second tour, quatre items ont été validés et trois ont été invalidés.

Enfin, à la fin du troisième tour, six items furent validés après reformulation, et quatre continuèrent à faire débat.

Figure 1

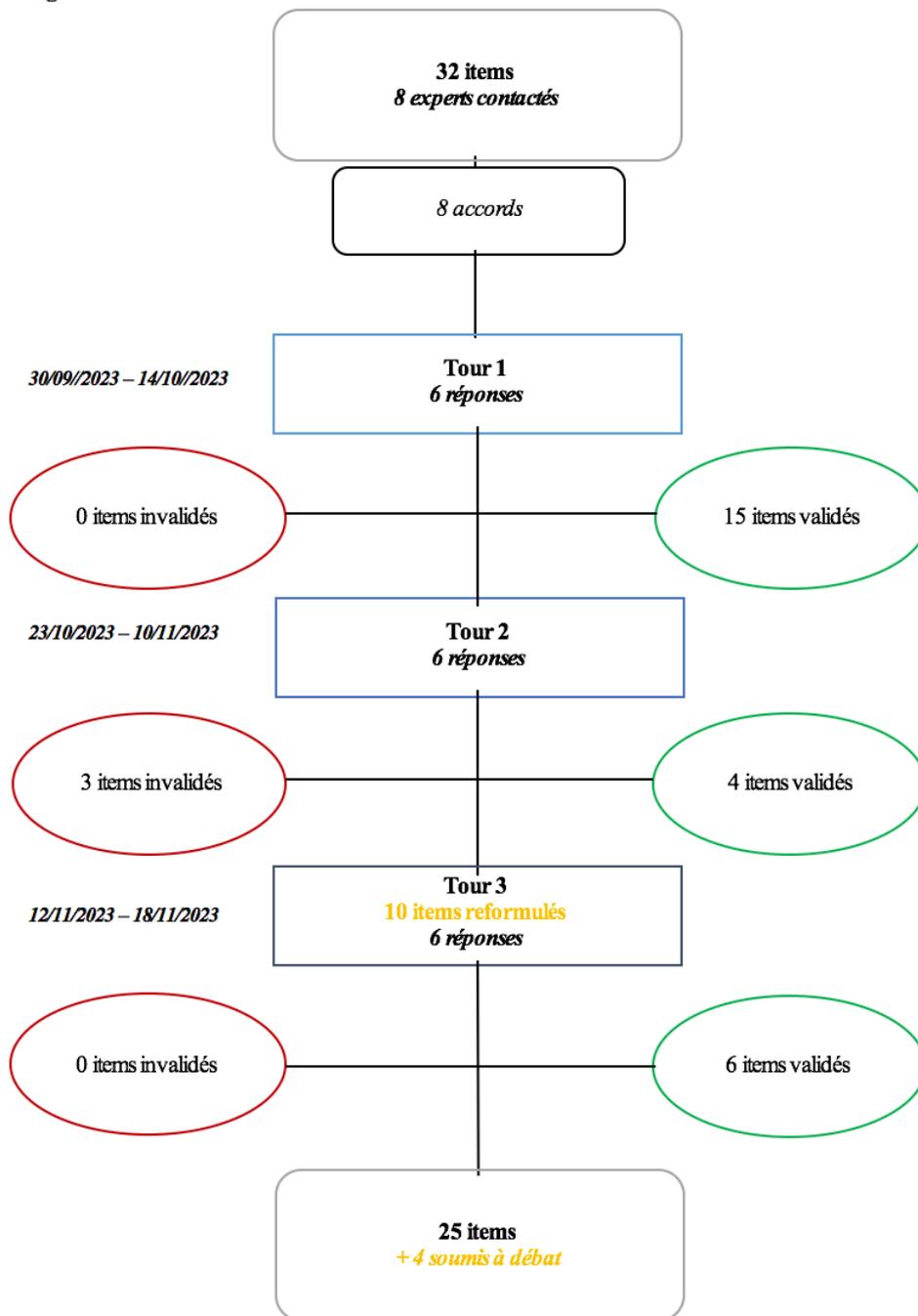


Figure 1 : Diagramme de flux

Au total pour trente-deux items, dix-neuf ont été considérés applicables sans modification par les experts de la ronde, à la fin du premier et du deuxième tour. Trois items furent refusés. Lors du troisième tour, six items sur dix, furent également validés après reformulation, et quatre items restent sans consensus à l'issue de la ronde.

Pour conclure, grâce au barème établi et aux commentaires des experts, nous pouvons proposer un questionnaire de 25 items (figure 2).

*Figure 2*

1. J'ai déjà eu envie d'arrêter de consommer sans y parvenir.
2. Je consomme dès que possible le matin.
3. J'ai besoin de savoir que je peux accéder à ma consommation à tout moment.
4. J'ai déjà eu des envies impérieuses de consommer, y compris à l'instant présent.
5. Je consomme lorsqu'on me le propose.
6. J'attache de l'importance au geste ou aux lieux de ma consommation.
7. Je me sens bien.
8. J'ai du mal à me détendre lorsque l'envie de reconsommer surgit.
9. Je consomme pour avoir une sensation positive (courage, plaisir, relaxation).
10. J'ai eu de la difficulté à m'enthousiasmer pour une nouvelle activité.
11. J'ai éprouvé des difficultés à ressentir des émotions positives.
12. J'ai peur de me retrouver dans une situation que je ne maîtriserai pas.
13. J'ai eu des difficultés à contrôler les choses importantes de ma vie dans les derniers mois ou j'ai la sensation que les difficultés s'accumulent.
14. Je me suis senti(e) nerveux(se) ou stressé(e) au cours du dernier mois.
15. Je consomme pour compenser une situation désagréable (anxiété, stress).
16. Je crains d'être irritable ou énervé si je ne peux pas consommer.
17. Je ne vaudrais pas grand-chose comme personne.
18. Je me décide rapidement / j'agis vite.
19. Je n'ai pas de projet pour l'avenir.
20. Je ne me sens pas particulièrement proche de ma famille ou de mes amis.
21. J'appréhende les remarques des autres à mon égard et/ou je me sens jugé.
22. Mon envie de consommer limite ma vie sociale et professionnelle.
23. Ma consommation occupe toutes mes pensées, jusqu'à ne penser qu'à cela.
24. Je dissimule mon addiction à mes proches.
25. Je n'ai pas besoin d'aide médicale / pas besoin de traitement.

A partir de l'annexe 3, à l'issue des 3 tours, soit après reformulation, nous pouvons constater que :

- 11 items / 12 évocateurs du facteur de risque « stress » ont été validés, soit 91% des items.
- 8 items / 11 évocateurs du facteur de risque « relation » ont été validés, soit 72% des items.
- 16 items / 20 évocateurs du facteur de risque « représentation » ont été validés, soit 80% des items.
- 11 items / 16 évocateurs de facteur de risque « conditionnement » ont été validés, soit 68% des items.
- 15 items / 20 évocateurs du facteur de risque « récompense » ont été validés, soit 75% des items.

## 4. Discussion

Cette étude a montré qu'il était possible de réaliser un questionnaire pour dépister l'ensemble des facteurs de risques de rechute en addictologie, modifiables en médecine générale.

Notre travail a permis la création d'un questionnaire, validé par un ensemble d'experts. En conclusion de la Ronde Delphi, 25 items ont été retenus après 3 tours.

Quatre items sont considérés comme encore à débat à la suite de la ronde Delphi. Il peut être intéressant de confronter ces items à de nouveaux avis d'experts après une nouvelle reformulation.

La compréhension et la pertinence des items n'ont pas été jugées, car ces items sont issus de tests déjà validés scientifiquement et sont retranscrits tels quels ou dans une formulation similaire. La validation intrinsèque de chacun de ces questionnaires donne une force supplémentaire à notre questionnaire. Le choix de questionnaires plébiscités dans chacune des catégories identifiées nous permet de garantir une fiabilité dans le dépistage de chacune de ses catégories.

Les scores connus à ce jour en médecine générale sont nombreux et fastidieux. [18] L'utilisation et le bénéfice attendu, par les médecins généralistes en France, de scores cliniques prédictifs, ont été évalués via des enquêtes épidémiologiques. Les obstacles cités à l'utilisation systématique des scores sont le temps passé à les réaliser, l'indisponibilité pour certains, et le vécu intrusif dans la consultation. [19]

Pautrat et al, en 2023, ont noté dans leur étude, ce manque de spontanéité évoqué par les médecins généralistes. [18] Ces derniers trouvent que les questions prédéfinies coupent le dialogue et les robotisent. Ils évoquent également la difficulté à mémoriser les noms des scores qui sont de plus en plus nombreux. L'étude a révélé que les médecins généralistes connaissaient au moins six scores mais n'en utilisaient que quatre. Les explications à cela sont le manque de connaissances, de temps, des doutes sur leur utilité, ou encore une mauvaise acceptabilité des patients.

Pour pallier le manque de temps en consultation, certains médecins proposent des auto-questionnaires. Pour d'autres, le risque à cette alternative est que les patients se retrouvent seuls face à toutes ces questions. Mais cela peut aussi être l'opportunité d'aborder des questions délicates et d'inciter le patient à consulter.

En conclusion de l'étude, les scores efficaces selon les médecins généralistes sont ceux qui sont faciles à réaliser et qui apportent une valeur ajoutée par rapport à leur pratique quotidienne, qui influencent la prise en charge des patients.

Nous espérons qu'un questionnaire tel que celui que nous proposons influencera la prise en charge des patients. Pour la facilité d'utilisation, seule la mise en pratique pourra par la suite répondre à ce critère.

En 2014, dans des recommandations de bonne pratique, la Haute Autorité de Santé (HAS) aborde la gestion de la rechute chez les fumeurs de tabac. [20] Des situations à risque, impliquant stress et émotions, sont évoquées et des stratégies adaptées sont conseillées pour anticiper ces situations. Il est proposé un tableau avec quatre colonnes, dites de « Beck », à faire compléter au patient. Cet outil lui permet de réfléchir aux situations l'incitant à consommer, et de trouver des moyens pour y faire face (figure 3).

Événements, situations	Émotions, réactions	Pensées automatiques	Pensées alternatives
<i><b>Ce qui se passe</b></i>	<i><b>Ce que je ressens Ce que je fais</b></i>	<i><b>Ce que je me dis</b></i>	<i><b>Ce que je pourrais me dire d'autre</b></i>
« Je suis chez des amis, il y a une bonne ambiance. »	Content, j'allume une cigarette.	Juste une, pour une fois !	Tout va bien...et je risque de me faire avoir...
« Mon chef/mon conjoint/etc. m'a fait des reproches... »	Découragé, frustré, j'allume une cigarette.	Ça va me calmer.	Ça ne règle rien...et je vais avoir deux problèmes si en plus je recommence à fumer.
« Mon fils est malade... »	Anxieux, stressé, j'allume une cigarette.	Ce n'est pas pareil, il faut faire face.	D'abord penser à me détendre et à lâcher prise. Fumer ne réglera pas les problèmes.
« J'ai du mal à me concentrer sur mon travail. »	Fatigué, abattu, je fais une pause cigarette.	Ça va me stimuler.	Marcher dehors pour changer d'air me fera plus de bien.

Figure 3

Dans l'exemple proposé par l'HAS, les événements anxiogènes décrits sont : les relations amicales, les reproches reçus, la maladie d'un proche, le manque de concentration dans son travail.

Dans notre questionnaire nous retrouvons des questions liées à ces situations dans les items 7, 8, 16, 19, 24 et 28.

De plus, l'HAS évoque le sentiment d'efficacité personnelle des patients, avec une baisse du risque de rechute lors d'une augmentation de ce sentiment, et à contrario, lors d'une sensation de honte, de culpabilité, une reprise du produit pour en obtenir les effets positifs.

C'est ce que nous recherchons dans notre questionnaire à travers les items liés au facteur de risque « représentation » : items 9, 10, 14 et 22.

Un autre facteur important est le circuit de la récompense.

Tous les produits psychoactifs stimulent le circuit de la récompense et à terme en bousculent l'équilibre. [21] Ce dernier devient indifférent aux récompenses naturelles. Les items 12 et 20 permettent d'explorer ce circuit de la récompense.

A ces modifications psychologiques, s'associe une réduction du contrôle inhibiteur du cortex, favorisant les comportements impulsifs, compulsifs et l'altération du jugement. [21] L'impulsivité du patient est évaluée à travers les items 11 et 23.

Plus le patient attribue plaisir et consommation et plus il sera prêt à supporter des efforts et désagréments considérables. Des ambiances et signaux sensoriels sont ancrés, et même longtemps après un arrêt, un rappel de ces derniers peut déclencher une envie.

Ces réactions sont sous corticales, involontaires, et il est important d'aider le patient à les reconnaître avec des outils tels que le tableau de Beck. Nous pensons qu'y associer un questionnaire évaluant l'ensemble de tous les facteurs de risque est un atout supplémentaire pour le patient.

L'élaboration d'un tel questionnaire permettra d'évaluer le risque dans sa globalité, et d'orienter le patient sur les facteurs de rechute qui lui seront propres. Cela peut lui permettre de mieux les cibler.

Du côté du médecin, savoir qu'un patient a plus de risque de rechute qu'un autre, nous permettra d'augmenter notre vigilance et d'adapter le suivi et la prise en charge thérapeutique (substitutif, thérapies cognitivo-comportementale).

L'utilisation de ce questionnaire en médecine générale sera donc un outil utile pour repérer les patients à risque de rechute.

A ce jour, les tests existant en addictologie visent le plus souvent à repérer un risque de dépendance, et sont réalisés individuellement. Une étude menée en 2021 par le Panel d'observation des pratiques en médecine générale, a révélé que les outils de prévention les plus répandus sont les flyers et les brochures papiers (83% des médecins généralistes en disposent). Les auto-questionnaires à visée préventive eux, sont moins accessibles. Seuls 41% des médecins déclarent en proposer dans leur cabinet. Il y aurait toutefois des attentes de la part des praticiens, puisqu'un tiers « envisagent de le faire si on leur en proposait ». [22]

Ces autotests étant nombreux et peu accessibles, l'élaboration d'un seul et unique test à partir de tests déjà validés a donc un intérêt.

Le test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool (AUDIT) est le test de dépistage d'alcoolémie le plus utilisé. Il a été à l'origine de nombreuses recherches pour évaluer son application selon les pays, le sexe mais aussi selon la sévérité de la dépendance. Ce test a une utilité qui va au-delà de son rôle d'instrument de dépistage. Il permettrait d'identifier les individus dans tout le spectre de la dépendance et pourrait offrir la possibilité d'orienter le traitement selon le niveau de consommation défini. [23] Donovan et coll. en 2006, ont démontré que les patients dépendants à l'alcool, avec un score supérieur à 20/40 au test d'AUDIT, avaient un souhait d'abstinence supérieur, conscients des conséquences néfastes de leur consommation. Ces patients sont réceptifs au changement mais à risque de rechute, car dans l'incapacité de contrôler leur consommation d'alcool. Les auteurs indiquent qu'il pourrait y avoir une différenciation supplémentaire de la gravité à établir à l'intérieur de cette « zone 4 » (patient avec un score supérieur à vingt). [24]

Cette différenciation c'est ce que nous proposons avec notre questionnaire : déterminer les facteurs de risque de rechute chez ces patients dépendants, en quête d'abstinence.

Le concept de dépistage est plus facile à soutenir en principe qu'à appliquer en pratique. C'est pourquoi, nous souhaitons que ce questionnaire soit repris dans une nouvelle étude afin d'évaluer son applicabilité en pratique et définir le barème à appliquer.

Pour augmenter la fiabilité et la crédibilité de notre étude, et afin d'en améliorer la qualité méthodologique, nous avons réalisé une triangulation, en combinant trois chercheurs. Cette méthode scientifique a contribué à la sélection des tests, puis des items, pour l'élaboration de notre questionnaire initial.

La comparaison de nos recherches nous a permis de renforcer notre perspective critique.

Par la suite, notre questionnaire a été validé par la ronde DELPHI, méthode d'élaboration de consensus. Les critères de qualité méthodologiques ont été respectés :

- Anonymisation de tous les résultats, permettant une libre expression des experts, sans influence.
- Utilisation d'une échelle utilisée en méthodologie DELPHI, allant de 1 à 9.
- Nombre suffisant d'experts inclus
- Faible nombre de perdus de vue (2).
- Recrutement d'experts qualifiés en addictologie

Notre questionnaire a toutefois des biais et limites.

Premièrement, il est basé sur les résultats d'une étude qui a elle-même des biais [10] :

- Les facteurs de rechute ont été définis à partir d'une revue de la littérature, sans qu'il y ait de consensus sur la définition de terme « rechute ».

Dans un premier temps nous rappellerons que la définition même du phénomène de rechute ne présente à ce jour pas de consensus. [5] Dans la littérature des sources semblent parfois faire la différence entre différents types de rechutes, précoce ou tardive, et aussi faire la part entre une simple défaillance, un « faux pas » et un retour à l'état initial pérenne. Notre questionnaire n'a pas été conçu pour faire la différence entre ces différentes entités et de ce fait pourrait avoir une portée diagnostique manquant de précision.

« Se méfier de l'effet de violation de l'abstinence qui fait que, par déception, dévalorisation, ou culpabilité, le faux pas se transforme en rechute. Les faux pas sont prévisibles et font partie des étapes vers la réussite ». [20]

- Il n'y a pas eu de distinction par tranche d'âge. La pression sociale et l'impulsivité sont deux facteurs plus souvent retrouvés chez les adolescents.
- Selon l'addiction, les questionnaires d'auto-évaluation peuvent être erronés, par crainte d'avouer sa consommation (produits illégaux).

Les facteurs de rechute définis dans la thèse du Docteur MAILLET, ont pu être cités par les patients car faciles à mettre en évidence, mais ne sont pas forcément les plus pertinents en termes de rechute.

L'évaluation de notre questionnaire en pratique courante, avec une étude prospective évaluant les facteurs relevés chez un patient ayant fini par rechuter, nous paraît être un bon moyen d'affiner la cotation du test par la suite.

Concernant notre méthodologie, la sélection des tests a été faite de manière à être la plus exhaustive possible afin d'avoir le plus de tests possibles pour chaque facteur de risque. Aucune échelle de qualité n'a été utilisée pour la sélection des tests. Aussi, bien qu'ayant choisi d'adopter une triangulation, certains tests validés et pertinents ont pu être omis de notre recherche. Nous estimons que la recherche séparée des trois investigateurs aura permis d'atténuer ce biais.

Il s'agissait de notre première ronde Delphi.

Concernant la répartition finale des items par thématiques, nous pouvons affirmer que les 5 facteurs de risques de rechute sont représentés dans notre questionnaire final. Les items évocateurs des facteurs de risques relation, conditionnement et récompense sont ceux ayant eu les notes les plus faibles. En analysant les résultats nous avons noté de fort écart type pour certains items : Les items d'ordre « génériques » étaient sujets à débats. Ce fut le cas pour les items 12 et 24 invalidés à l'issue du second tour, ou les items 10, 11, 13, 17, 25, 26 et 27 qui ont nécessité une reformulation. Ces items étaient évocateurs d'impulsivité, en lien avec le

conditionnement, ou permettaient d'explorer le circuit de la récompense, des notions qu'on retrouve dans l'addiction. L'impulsivité est évaluée dans l'Impulsive Behavior Scale, un score validé comportant des énoncés « généraux ». [25]

De plus, les items « positifs » pour le patient ont eu des notes plus faibles car jugés comme des « facteurs de maintien de l'arrêt » et non des « facteurs de rechute » dans les commentaires.

Or leur applicabilité n'est pas remise en cause selon nous : ces items protecteurs auront, lors de l'utilisation du questionnaire en pratique, un impact sur le score final et sur le risque ou non de rechute.

A l'issue des 3 tours de la ronde, les items 4, 9, 13 et 26 restent à débat. Malheureusement nous n'avons pas eu de commentaire sur ces items, les notes données étant soit inférieure ou égale à 3 soit supérieure ou égale à 7. Cet écart type important suggère qu'il pourra toutefois être intéressant de reprendre ces items en pratique afin de juger de leur applicabilité.

Nous pensons que la notation des experts est impactée par un biais de représentation de ces derniers. Ce biais peut être lié aux facteurs qu'ils estiment être réellement liés à une rechute, ou aux questions génériques, perçues comme moins pertinentes.

Au total, 6 experts ont participé à la ronde. Un nombre plus élevé de participants auraient pu atténuer ces différences de représentation. Le nombre de participants semblait être une limite à notre étude. Un nombre trop important d'experts pourrait être source de confusion dans l'analyse des commentaires. L'évaluation d'une médiane et non d'une moyenne permet de pallier les forts écarts types d'un groupe avec peu d'experts.

L'objectif initial de notre travail était d'évaluer la possibilité de création d'un questionnaire évaluant les facteurs de risques de rechute. Ce travail aura finalement permis de proposer une première version exploitable de ce questionnaire. Il devra être testé, puis réévalué à terme pour une meilleure compliance à la pratique des médecins généralistes. Le faible nombre d'experts nous a semblé être une limite avec un impact restreint en ce sens. La prochaine évaluation, par un panel plus élargi d'experts, pourra compenser ce biais.

## 5. Conclusion

À l'issue de ce travail nous pensons avoir pu apporter une contribution significative à un projet concret et dont l'utilité semble pertinente au sein de la pratique de tout médecin généraliste. Le résultat de notre travail prouve la possibilité de n'avoir qu'un seul questionnaire afin de dépister les facteurs de risque de rechute en addiction.

Ce travail reste une étape dans la construction de ce projet. Nous nous sommes inspirés des résultats d'une précédente thèse et espérons que d'autres pourrons s'appuyer sur nos résultats pour avancer dans la création de cet outil.

Les perspectives sont multiples, tant par la réévaluation des items du questionnaire que par son applicabilité en pratique courante. L'étude que nous avons conduite devrait permettre d'avoir une base méthodologique suffisamment solide pour appuyer ces travaux et permettre la continuation de ce projet.

## Bibliographie

- [1] Observatoire Français des drogues et des tendances addictives. Drogues et addiction, Chiffres clés 2022. [En ligne] Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/drogues-et-addictions-chiffres-cles/drogues-et-addictions-chiffres-cles-9eme-edition-2022/>  
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DACC-2022.pdf>  
Consulté le 27 Juillet 2023.
- [2] ROZAIRE Charles, GUILLOU LANDREAT Morgane, GRALL-BRONNEC Marie *et al.*, « Qu'est-ce que l'addiction ? », *Archives de politique criminelle*, 2009/1 (n° 31), p. 9-23. DOI : 10.3917/apc.031.0009. URL : <https://www.cairn.info/revue-archives-de-politique-criminelle-2009-1-page-9.htm>
- [3] Binder P. Contribution à une compréhension physiopathologique des dépendances aux drogues psychoactives. 2015, 19 pages. [En ligne] Disponible sur : <https://medphar.univ-poitiers.fr/wp-content/uploads/sites/169/2021/09/2016-01-21-Addiction-physiopatologie-Binder-2015.pdf>  
Consulté le 19 Novembre 2023.
- [4] David S, Buyck J-F, Metten M-A. Les dossiers de la DRESS. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients. juillet 2021, n° 80 ; 47 pages. [En ligne] Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/DD80.pdf>  
Consulté le 19 Novembre 2023.
- [5] Stephen A, Corey R, Kevin A et al. (2016). Do Alcohol Relapse Episodes During Treatment Predict Long-Term Outcomes ? Investigating the Validity of Existing Definitions of Alcohol Use Disorder Relapse. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 40 (10), 2180 – 2189. <https://doi.org/10.1111/acer.13173>
- [6] Gormley A, & Laventure, M. (2012). Intervenir auprès d'adultes dépendants en rechute : point de vue de l'utilisateur et de l'intervenant. *Drogues, santé et société*, 11 (2), 72-93. <https://doi.org/10.7202/1021244ar>
- [7] Addiction group. Coy A. et Hill A. Sobriety, Relapse, and Addiction Recovery Statistics in 2023. [En ligne] Disponible sur : <https://www.addictiongroup.org/resources/sobriety-statistics/>.  
Consulté le 28 Septembre 2023.
- [8] Andersson HW, Wenaas M, Nordfjaern T. Relapse after inpatient substance use treatment : A prospective cohort study among users of illicit substances. *Addict Behav.* 2019 Mar ; 90:222-228. doi : 10.1016/j.addbeh.2018.11.008. Epub 2018 Nov 11. PMID: 30447514.
- [9] Msdmanuals. Judith J. Prochaska. Sevrage tabagique. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/sujets-spéciaux/consommation-de-tabac/sevrage-tabagique> Consulté le 19 Novembre 2023.
- [10] Maillet A. Les facteurs liés à la rechute dans les addictions au tabac, opioïdes, cocaïne, amphétamines et cannabis. *Revue de la littérature, thèse de médecine générale*. 2021 ; 57 pages. [En ligne] Disponible sur : <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/6a6edf63-89be-4d7d-a3c5-c6d27a66d3de>  
Consulté le 19 Novembre 2023.
- [11] Simon, P.D. (2021), The 10-item Perceived Stress Scale as a valid measure of stress perception. *Asia Pac Psychiatry*, 13: e12420. <https://doi.org.ressources.univ-poitiers.fr/10.1111/appy.12420>
- [12] Kapitány-Fövény, M., Urbán, R., Varga, G., Potenza, M. N., Griffiths, M. D., Szekely, A., Paksi, B., Kun, B., Farkas, J., Kökönyei, G., & Demetrovics, Z. (2020). The 21-item Barratt Impulsiveness Scale Revised (BIS-R-21): An alternative three-factor model. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 225-246. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00030>

- [13] Frederick F. Ikard, Dorothy E. Green & Daniel Horn (1969) A Scale to Differentiate between Types of Smoking as Related to the Management of Affect, *International Journal of the Addictions*, 4:4, 649-659, DOI: [10.3109/10826086909062040](https://doi.org/10.3109/10826086909062040)
- [14] Robert J. Wellman, Joseph R. DiFranza, Judith A. Savageau, Sameer Godiwala, Karen Friedman, Jennifer Hazelton, Measuring Adults' Loss of Autonomy Over Nicotine Use: The Hooked on Nicotine Checklist, *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 7, Issue 1, February 2005, Pages 157-161, <https://doi.org/10.1080/14622200412331328394>
- [15] Ansseau, Marc et al. "A French Translation of the Obsessive-Compulsive Drinking Scale for Craving in Alcohol-Dependent Patients: A Validation Study in Belgium, France, and Switzerland." *European Addiction Research* 6 (2000): 51 - 56. DOI 10.1159/000019010. <https://www.semanticscholar.org/paper/A-French-Translation-of-the-Obsessive-Compulsive-in-Ansseau-Besson/83546f9679cdb818f0bd0f533fb7167c6bf93353>
- [16] Berlin I, Singleton EG, Heishman SJ. Validity of the 12-item French version of the Tobacco Craving Questionnaire in treatment-seeking smokers. *Nicotine Tob Res.* 2010 May;12(5):500-7. doi: 10.1093/ntr/ntq039. Epub 2010 Mar 24. PMID: 20335281; PMCID: PMC2902858.
- [17] Caron J. Une validation de la forme abrégée de l'Échelle de provisions sociales : l'ÉPS-10 items [A validation of the Social Provisions Scale: the SPS-10 items]. *Sante Ment Que.* 2013 Spring;38(1):297-318. French. doi: 10.7202/1019198ar. PMID: 24337002; PMCID: PMC5031489.
- [18] Pautrat, M., Palluau, R., Druilhe, L. *et al.* Exploring the general practitioners' point of view about clinical scores: a qualitative study. *Diagn Progn Res* 7, 12 (2023). <https://doi.org/10.1186/s41512-023-00149-x>
- [19] Marianne Sarazin, Solange Gonzalez Chiappe, Marie Kasprzyk, Patrick Mismetti & Andréa Lasserre (2013) A survey of French general practitioners and a qualitative study on their use and assessment of predictive clinical scores, *International Journal of General Medicine*, 419-426, DOI: 10.2147/IJGM.S39022.
- [20] Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique : « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours ». [En ligne]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations\\_arret\\_de\\_la\\_consommation\\_de\\_tabac.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf). Consulté le 15 Octobre 2023.
- [21] Binder P. Intervenir sur les addictions en médecine générale. *Exercer* 2017 ; 129 : 24-31. [En ligne] Disponible sur : [https://www.addictaide.fr/wp-content/uploads/2017/02/addiction1\\_Exercer2017\\_Binder1.pdf](https://www.addictaide.fr/wp-content/uploads/2017/02/addiction1_Exercer2017_Binder1.pdf) Consulté le 10 Octobre 2023.
- [22] Opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention. Études et résultats, direction de la recherche, des études, de l'évaluation des statistiques. 2021 ; n°1197. [En ligne] Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/er1197.pdf> Consulté le 24 Octobre 2023.
- [23] Babor T.F, Robaina K. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) : A review of graded severity algorithms and national adaptations. *International Journal of Alcohol and Drug Research*, 2016, 5 (2), 17 – 24. doi: 10.7895/ijadr.v5i2.222.
- [24] Donovan D.M, Kivlahan D.R, Doyle S.R and al. Concurrent validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and AUDIT zones in defining levels of severity among out-patients with alcohol dependence in the COMBINE study. *Addiction*. 2006 ; 101 (12), 1696 – 1704. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01606.x>

[25] J. Billieux et al. Validation of a short French version of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 2012, 53 (5), 609 – 615. doi : 10.1016/j.comppsy.2011.09.001.

## Annexes

### Annexe 1 : Questionnaire identifiant les facteurs de risques de rechute en addiction.

1. J'ai déjà eu envie d'arrêter de consommer sans y parvenir.
2. Je me dis que je consomme trop fréquemment.
3. Je consomme dès que possible le matin.
4. Je suis capable de contrôler ma consommation.
5. J'ai besoin de savoir que je peux accéder à ma consommation à tout moment.
6. J'ai déjà eu des envies impérieuses de consommer, y compris à l'instant présent.
7. Je consomme lorsqu'on me le propose.
8. J'attache de l'importance au geste ou aux lieux de ma consommation.
9. J'ai un sentiment de culpabilité ou de remords après avoir consommé.
10. Je me sens psychologiquement bien.
11. J'arrive à me détendre, en toutes circonstances.
12. Je prends du plaisir dans une activité que j'affectionne.
13. Il y a des personnes qui prennent plaisir aux mêmes activités que moi.
14. Je consomme pour avoir une sensation positive (courage, plaisir, relaxation).
15. J'ai eu de la difficulté à m'enthousiasmer pour une nouvelle activité.
16. J'ai éprouvé des difficultés à ressentir des émotions positives.
17. J'ai anticipé une situation qui pourrait me mettre en défaut ou que je ne maîtrise pas.
18. J'ai eu des difficultés à contrôler les choses importantes de ma vie dans les derniers mois ou j'ai la sensation que les difficultés s'accumulent.
19. Je me suis senti(e) nerveux(se) ou stressé(e) au cours du dernier mois.
20. Je consomme pour compenser une situation désagréable (anxiété, stress).
21. Je crains d'être irritable ou énervé(e), si je ne peux pas consommer.
22. Je ne vauds pas grand-chose comme personne.
23. Je me décide rapidement / j'agis vite.
24. Mon travail est réfléchi, et réalisé efficacement.
25. Je fais des projets d'avenir.
26. Je peux toujours faire confiance à mon jugement personnel.
27. Les relations avec mes proches sont bonnes et me procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être.
28. J'appréhende les remarques des autres à mon égard et/ou je me sens jugé(e).
29. Ma consommation limite ma vie sociale et professionnelle par le temps que j'y consacre et la qualité de mes activités.
30. Ma consommation occupe toutes mes pensées, jusqu'à ne penser qu'à cela.
31. Je dissimule mon addiction à mes proches.
32. Je n'ai pas besoin d'aide médicale / pas besoin de traitement.

## Annexe 2 : Les questionnaires sélectionnés

stress	relation	représentation	conditionnement	récompense
Perceive stress scale	Family health climate scale	Internet addiction test	HORN	Yale Food Addiction Scale
EDAS 21	Work Behavior Inventory	ECAB	Test dépendance	ftcq12
HAD	SSQ6	Beck insight score	Baratt	Aviel goodman
	EQRI	Birchwood scale	HONC	Craving Experience questionnaire
	EPS10	WHOS		OCDS
		Estime de soi Rosenberg		AUDIT

### Annexe 3 : Le questionnaire élaboré, avec les facteurs de risques de rechute représentés par les différents items, et les tests sources de ces derniers.

N°	question	Stress	Relation	Représentation	Conditionnement	Récompense	questionnaire
1	J'ai déjà eu envie d'arrêter de consommer sans y parvenir			1	1	1	HONC, YFAS, Goodman, ECAB, IAT
2	Je me dis que je consomme trop fréquemment			1	1	1	HORN, Fagerström, ECAB, YFAS, Goodman, OCDS, AUDIT
3	Je consomme dès que possible le matin				1		AUDIT, Fagerström
4	Je suis capable de contrôler ma consommation			1	1	1	Fagerström, HORN, ECAB, YFAS, Fteq12, Goodman, OCDS, Craving, AUDIT
5	J'ai besoin de savoir que je peux accéder à ma consommation à tout moment	1		1	1	1	DASS 21, IAT, YFAS, ECAB, HORN, HONC
6	J'ai déjà eu des envies impérieuses de consommer, y compris à l'instant présent	1			1	1	HONC, Craving, AUDIT, DASS 21, Goodman
7	Je consomme lorsqu'on me le propose		1		1	1	HORN, OCDS
8	J'attache de l'importance au geste ou au lieux de ma consommation			1	1		IAT, HORN
9	J'ai un sentiment de culpabilité ou de remords après avoir consommé			1	1	1	YFAS, AUDIT, IAT, Goodman
10	Je me sens psychologiquement bien	1		1		1	DAS, HAD, Birchwood, WHOS, YFAS
11	J'arrive à me détendre, en toutes circonstances	1		1	1	1	HAD, DASS21, Barrat, WHO5, Goodman
12	Je prends du plaisir dans une activité que j'affectionne	1			1	1	Barrat, DASS21, WHO5
13	Il y a des personnes qui prennent plaisir aux même activités que moi		1				EPS10
14	Je consomme pour avoir une sensation positive (courage, plaisir, relaxation)		1	1	1	1	HORN, IAT, Goodman, FTCQ12, OCDS, WBI
15	J'ai eu de la difficulté à m'enthousiasmer pour une nouvelle activité	1				1	DASS21, HAD, Goodman
16	J'ai éprouvé des difficultés à ressentir des émotions positives	1		1		1	PSC, DASS21, WHO5
17	J'ai anticipé une situation qui pourrait me mettre en défaut ou que je ne maîtrise pas	1					DASS21, PSC
18	J'ai eu des difficultés à contrôler les choses importantes de ma vie dans les derniers mois ou j'ai la sensation que les difficultés s'accumulent	1				1	PSC, HAD, Goodman
19	Je me suis senti(e) nerveux(se) ou stressé(e) au cours du dernier mois	1		1		1	PSC, DASS21, HAD, WHO5, YFAS
20	Je consomme pour compenser une situation désagréable (anxiété, stress)				1	1	HORN, YFAS, FTCQ12
21	Je crains d'être irritable ou énervé(e) si je ne peux pas consommer	1		1		1	IAT, Goodman, OCDS, DASS 21
22	Je ne vaudrais pas grand-chose comme personne	1		1			Beck, DASS21, EPS10, Rosenberg
23	Je me décide rapidement / j'agis vite		1		1		Barrat, WBI
24	Mon travail est réfléchi, et réalisé efficacement		1		1	1	Barrat, WBI, Goodman
25	Je fais des projets d'avenir		1		1		Barrat, WBI
26	Je peux toujours faire confiance à mon jugement personnel		1	1			Beck, SSQ6
27	Les relations avec mes proches sont bonnes et me procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être		1	1			EQRI, FHCS, EPS10, ECAB
28	J'appréhende les remarques des autres à mon égard et/ou je me sens jugé(e)		1	1			Beck, SSQ6, IAT
29	Ma consommation limite ma vie sociale et professionnelle par le temps que j'y consacre et la qualité de mes activités		1	1		1	WBI, IAT, YFAS, Goodman, OCDS, AUDIT
30	Ma consommation occupe toutes mes pensées, jusqu'à ne penser qu'à cela			1		1	IAT, Craving, OCDS
31	Je dissimule mon addiction à mes proches.		1	1			IAT, SSQ6
32	Je n'ai pas besoin d'aide médicale / pas besoin de traitement			1			Birchwood
	total	12	11	20	16	20	

## Annexe 4 : Rétrotranscription

N°	Questions	Stress	Relation	Représentation	Conditionnement	Récompense	Questionnaires	Score	Pourcentage	
1	J'ai déjà eu envie d'arrêter de consommer sans y parvenir			1	1	1	HONC, YFAS, Goodman, ECAB, IAT	5/5	100%	
2	Je me dis que je consomme trop fréquemment			1	1	1	Fagerström, ECAB, YFAS, Goodman, OCDS, AUDIT	6/7	86%	HORN
3	Je consomme dès que possible le matin				1		AUDIT, Fagerström	2/2	100%	
4	Je suis capable de contrôler ma consommation			1	1	1	Fagerström, HORN, ECAB, YFAS, Ftq12, Goodman, OCDS, AUDIT	8/8	100%	
5	J'ai besoin de savoir que je peux accéder à ma consommation à tout moment	1		1	1	1	DASS 21, YFAS, ECAB, HORN, HONC	5/6	83%	IAT
6	J'ai déjà eu des envies impérieuses de consommer, y compris à l'instant présent	1			1	1	HONC, Craving, AUDIT, Fagerstrom	4/6	67%	DASS 21, Goodman
7	Je consomme lorsqu'on me le propose		1		1	1	HORN, OCDS	2/2	100%	
8	J'attache de l'importance au geste ou au lieux de ma consommation			1	1		IAT, HORN	2/2	100%	
9	J'ai un sentiment de culpabilité ou de remords après avoir consommé.			1	1	1	YFAS, AUDIT, Goodman	3/4	75%	IAT
10	Je me sens psychologiquement bien	1		1		1	DASS, HAD, Birchwood, WHO5, YFAS	5/5	100%	
11	J'arrive à me détendre, en toutes circonstances	1		1	1	1	HAD, DASS21, Barrat WHO5, Goodman	5/6	83%	Barrat
12	Je prends du plaisir dans une activité que j'affectionne	1			1	1	HAD, DASS21	2/4	50%	Barrat, WHO5
13	Il y a des personnes qui prennent plaisir aux même activités que moi		1				EPS10	1/1	100%	
14	Je consomme pour avoir une sensation positive (courage, plaisir, relaxation)		1	1	1	1	HORN, IAT, Goodman, FTCQ12, OCDS, WBI	6/6	100%	
15	J'ai eu de la difficulté à m'enthousiasmer pour une nouvelle activité	1				1	DASS21, HAD, Goodman	2/3	67%	
16	J'ai éprouvé des difficultés à ressentir des émotions positives	1		1		1	PSC, DASS21, WHO5	3/3	100%	
17	J'ai anticipé une situation qui pourrait me mettre en défaut ou que je ne maîtrise pas	1					DASS21, PSC	2/2	100%	
18	J'ai eu des difficultés à contrôler les choses importantes de ma vie dans les derniers mois ou j'ai la sensation que les difficultés s'accumulent	1				1	HAD, Goodman	2/3	67%	PSC ?
19	Je me suis senti senti(e) nerveux(se) ou stressé(e) au cours du dernier mois	1		1		1	PSC, DASS21, HAD, WHO5, YFAS	5/5	100%	
20	Je consomme pour compenser une situation désagréable (anxiété, stress)				1	1	HORN, YFAS, FTCQ12	3/3	100%	Rajout Goodman, Birchwood ?
21	Je crains d'être irritable ou énervé(e) si je ne peux pas consommer	1		1		1	IAT, Goodman, OCDS, DASS 21	4/4	100%	
22	Je ne vaudrais pas grand-chose comme personne	1		1			DASS21, EPS10, Rosenberg	3/4	75%	Beck
23	je me décide rapidement / j'agis vite		1		1		Baratt, WBI, DASS21	3/3	100%	
24	Mon travail est réfléchi, et réalisé efficacement.		1		1	1	Barratt, WBI, Goodman	2/3	67%	
25	Je fais des projets d'avenir		1		1		Baratt	1/2	50%	WBI
26	Je peux toujours faire confiance à mon jugement personnel		1	1			Beck	1/2	50%	SSQ6
27	Les relations avec mes proches sont bonnes et me procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être		1	1			EQRI, FHCS, EPS10, ECAB	4/4	100%	
28	J'appréhende les remarques des autres à mon égard et/ou je me sens jugé(e)		1	1			Beck, SSQ6, IAT	3/3	100%	
29	Ma consommation limite ma vie sociale et professionnelle par le temps que j'y consacre et la qualité de mes activités		1	1		1	WBI, IAT, YFAS, Goodman, OCDS, AUDIT	6/6	100%	WBI
30	Ma consommation occupe toutes mes pensées, jusqu'à ne penser qu'à cela			1		1	IAT, Craving, OCDS	3/3	100%	
31	Je dissimule mon addiction à mes proches.		1	1			IAT	1/2	50%	SSQ6
32	Je n'ai pas besoin d'aide médicale / pas besoin de traitement			1			Birchwood	1/1	100%	
	<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>20</b>		<b>105/120</b>	<b>87%</b>	

## Annexe 5 : Tableau ronde Delphi envoyé aux experts

Questions	Intitulé		Mon vote initial	Médiane des votes	% des votes entre 1 et 3	% des votes entre 7 et 9	DISACCORD / ACCORD EFFECTIF	ACCEPTATION / REFUS	CONSENSUS	Mon commentaire initial	Mon nouveau vote	Mon nouveau commentaire	Tout les commentaires
1	J'ai déjà eu envie d'arrêter de consommer sans y parvenir.	Applicable											
2	Je me dis que je consomme trop fréquemment.	*											
3	Je consomme dès que possible le matin.	*											
4	Je suis capable de contrôler ma consommation.	*											
5	J'ai besoin de savoir que je peux accéder à ma consommation à tout moment.	*											
6	J'ai déjà eu des envies irrépressibles de consommer, y compris à l'instant présent.	*											
7	Je continue lorsqu'on me le propose.	*											
8	J'attache de l'importance au geste ou aux lieux de ma consommation.	*											
9	J'ai un sentiment de culpabilité ou de remords après avoir consommé.	*											
10	Je me sens psychologiquement bien.	*											
11	J'arrive à me détendre, en toutes circonstances.	*											
12	Je prends du plaisir dans une activité que j'apprécie.	*											
13	Il y a des personnes qui prennent plaisir aux mêmes activités que moi.	*											
14	Je continue pour avoir une sensation positive (énergie, plaisir, relaxation).	*											
15	J'ai eu de la difficulté à m'autocontrôler pour une nouvelle activité.	*											
16	J'ai éprouvé des difficultés à ressentir des émotions positives.	*											
17	J'ai anticipé une situation qui pourrait me nuire en début ou que le ne m'aide pas.	*											
18	J'ai eu des difficultés à combler les choses importantes de ma vie dans les derniers mois, ou, j'ai la sensation que les difficultés s'accroissent.	*											
19	Je me suis senti(e) nerveux(e) ou stressé(e) au cours du dernier mois.	*											
20	Je continue pour compenser une situation désagréable (qualité, stress).	*											
21	Je continue d'être irritable ou énervé(e) si je ne peux pas consommer.	*											
22	Je ne vaux pas grand-chose comme personne.	*											
23	Je ne décide rapidement / agit vite.	*											
24	Mon travail est réfléchi, et réalisé efficacement.	*											
25	Je fais des projets d'avenir.	*											
26	Je peux toujours avoir confiance à moi-même.	*											
27	Les relations avec mes proches sont bonnes et me procurent un sentiment de sécurité.	*											
28	Je suis satisfait de ma vie.	*											
29	Ma consommation limite ma vie sociale et professionnelle par le temps que j'y consacre.	*											
30	Ma consommation occupe toutes mes pensées, jusqu'à ne penser qu'à cela.	*											
31	Je distingue mes addictions à mes proches.	*											
32	Je n'ai pas besoin d'aide médicale / pas besoin de traitement.	*											

## Résumé

**Introduction :** Les troubles addictifs sont encore aujourd'hui un enjeu de santé publique majeur, du fait du nombre de décès dont ils sont responsables chaque année. Le mécanisme de rechute, bien qu'encore mal codifié, est une étape quasi obligatoire chez les patients souffrant de ces troubles. Il paraît donc essentiel de mieux l'appréhender, en particulier en médecine générale, afin de mieux le prendre en charge. Avec l'existence de nombreux tests cliniques évaluant différents facteurs de risques, aujourd'hui rattachés à la rechute via de précédents travaux, il nous a paru pertinent de créer un questionnaire unique visant à prévenir le risque de rechute à proprement parlé.

**L'objectif** de cette étude est de créer un questionnaire pour dépister l'ensemble des facteurs de risques de rechute en addictologie, modifiables par le médecin généraliste, afin de mieux prévenir les rechutes chez les patients addicts.

**Méthode :** Nous avons réalisé une revue de la littérature afin d'y extraire le plus de test concernant les différents facteurs de risques de rechutes identifiés lors de précédents travaux. Par la suite nous avons identifié les différents items présents en commun dans les différents questionnaires afin de les regrouper dans un seul. Après triangulation de nos résultats, nous avons confronté notre questionnaire à l'avis des experts via une ronde Delphi.

**Résultats :** Vingt-quatre tests ont été retenus et après triangulation, trente-deux items ont été extraits afin de créer notre questionnaire.

Nous avons ensuite confronté ce questionnaire à six experts lors d'une ronde Delphi de trois tours qui nous a permis de valider vingt-cinq items sur les trente-deux initiaux. Quatre sont encore soumis à débat tandis que trois ont été invalidés. À savoir que parmi les vingt-cinq items validés, six ont nécessité une reformulation en suivant les commentaires des experts.

**Discussion :** Il est possible de réaliser un questionnaire pour dépister l'ensemble des facteurs de risques de rechute en addictologie, modifiables par le médecin généraliste. En suivant les différents facteurs de risques liés à la rechute nous avons élaboré un questionnaire validé par un ensemble d'experts. Un tel outil nous paraît essentiel pour mieux prévenir les rechutes chez les patients addicts. Afin de poursuivre notre travail et valider les items encore à débat, l'utilisation de notre questionnaire en pratique clinique semble particulièrement pertinente.

**Mots-clefs :** Addiction – Facteurs de rechutes – Questionnaire – Prévention

# Serment d'Hippocrate



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de  
Pharmacie



---

## SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 !

