

M. Vincent Wagner\*, Pr Didier Acier\*\*

\* Doctorant en psychologie, Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire, Faculté de Psychologie, Université de Nantes, Chemin de la Censive-du-Tertre, BP 81227, F-44315 Nantes Cedex 3. Courriel : vincent.wagner@univ-nantes.fr

\*\* Professeur de psychologie clinique, Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire, Université de Nantes, France

Reçu novembre 2016, accepté juillet 2017

# Étude des départs prématurés de patients admis en addictologie

## Résumé

**Contexte :** les troubles de l'usage de substances psychoactives sont une problématique d'actualité en France, bien que peu d'utilisateurs problématiques soient effectivement en soin. La question de l'adhérence au traitement pose également problème. L'objectif principal de cette étude est ainsi de relever les éléments impactant le maintien dans un soin institutionnalisé en addictologie. **Méthodes :** cette étude a été réalisée au sein d'un centre de soins de suite et de réadaptation en addictologie de l'Ouest de la France. L'échantillon comprend 338 patients ayant quitté le centre durant l'année 2015. Les dossiers des patients et les transmissions d'équipe ont été explorés rétrospectivement afin de relever les éventuels éléments explicatifs du non-maintien dans le soin. **Résultats :** on constate que différentes variables sociodémographiques (âge, situation maritale), relatives aux parcours en soin (nombre d'alcoolisations, de consommations de cannabis ou de rappels au cadre, prescription de neuroleptiques) ou encore à la consommation (cannabis, usage détourné de benzodiazépines), sont significativement associées au type de fin de contrat : fin normale du suivi, arrêt anticipé par le patient ou l'établissement. Le discours apporté par les patients appuie la présence d'éléments relatifs au soin ou externe à ce dernier, qui les poussent à interrompre les soins. **Discussion :** ces données représentent une aide pour les soignants, mettant en lumière les facteurs reliés au maintien ou non en soin. Cette étude contribue également partiellement à la déconstruction des représentations portant sur les patients quittant le soin en addictologie. En prenant en compte ces éléments, des suggestions sont faites pour faire évoluer la prise en charge.

## Mots-clés

Abandon du soin – Adhérence au traitement – Addictologie – Hospitalisation complète – Hôpital de jour.

## Le soin en alcoologie en France

Selon un récent rapport de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, environ 133 000 individus

## Summary

### Premature discharge of addictology patients: a study

**Background:** Psychoactive substance use disorders are currently problematic in France. However, few problematic consumers actually receive medical care. Adherence to treatment also poses some difficulties. Thus, the main objective of this study is to define the factors that influence patients to remain in care within an addictology institution. **Methods:** this study was conducted in an addictology rehabilitation and after-care centre in Western France. Our sample included 338 patients who were discharged from the centre in 2015. Patient files and team reports were retrospectively studied to record factors that could eventually explain their discharge from care. **Results:** Several different variables were significantly associated with the type of contract termination (expiry of pre-established contract duration, premature termination by the patient or the institution). These included socio-demographic variables (age, marital status), evolution in care (number of episodes where alcohol or cannabis was used, reprimands for rule-breaking, antipsychotic prescriptions) or consumption (cannabis, benzodiazepines abuse). Patient reports confirmed elements both related and unrelated to care that motivated them to interrupt their stay. **Discussion:** this investigation is designed to assist caregivers by highlighting factors that relate to adherence or non-adherence to a therapeutic program. This study also helped to deconstruct existing representations of patients who left care. In light of these new elements, we make suggestions to help improve therapeutic programs.

## Key words

Abandoning care – Adhesion to treatment – Addictology – Complete hospitalization – Day hospital.

ont été pris en charge au sein des divers centres de soins spécialisés en addictologie pour une consommation problématique d'alcool (1). Ces centres ont, à titre d'illustration, également reçu 54 000 patients pour les

opiacés et 38 000 pour le cannabis. Bien que ces chiffres ne prennent en compte que les structures spécialisées, on constatera une grande différence entre le nombre estimé de consommateurs problématiques, toutes substances confondues, et le nombre de ceux finalement reçus en soin. Ce constat est déjà bien présent dans la littérature scientifique (2, 3). Perron et ses collaborateurs estimaient en effet qu'environ 12,4 % des consommateurs problématiques, dans un échantillon de plus de 43 000 individus, avaient recours à un traitement (4). Il est par ailleurs établi que l'adhérence au traitement et le fait de suivre un soin jusqu'à son terme améliorent significativement la santé et le bien-être (5, 6).

Toutefois, si l'entrée en soin n'est déjà pas systématique chez les consommateurs problématiques de substances, il n'est pas non plus rare d'observer un départ prématuré, c'est-à-dire un abandon du soin avant sa fin initialement prévue. De précédents résultats de la littérature indiquent qu'entre environ 17 % et 57 % des patients présentant de telles problématiques quittent prématurément le soin, qu'il s'agisse d'un suivi ambulatoire ou d'une hospitalisation (7, 8). Des recherches se sont déjà attachées à étudier les facteurs explicatifs de ces départs (9). Un plus jeune âge est par exemple souvent mis en avant (6, 9-11).

D'autres facteurs restent régulièrement discutés : les déficits cognitifs, la présence de comorbidités psychiatriques, le statut marital, professionnel ou encore une faible alliance thérapeutique ou motivation au soin (9, 11-13). D'autres résultats concernent plus directement la substance et sa consommation. Dans certaines études, les consommateurs problématiques d'alcool sont plus à risque d'interrompre prématurément leur soin, tandis que dans d'autres, c'est la consommation d'opiacés ou encore la polyconsommation qui sont pointées (9, 12).

## Objectif de la recherche

Bien que les recherches s'intéressent depuis de nombreuses années à ces abandons du soin en addictologie et aux facteurs pouvant les expliquer, force est de constater que les données se contredisent régulièrement. Par exemple, certaines études indiquent que les hommes sont plus à risque d'interrompre leur soin, tandis que pour d'autres, ce sont les femmes, ou bien encore qu'il n'y a aucun effet du genre. De plus, cette thématique reste relativement peu explorée dans la littérature scientifique francophone. L'objectif principal de cette étude est alors de mieux comprendre les facteurs

pouvant influencer le maintien ou non des patients dans un soin institutionnalisé en addictologie. Qui plus est, nous chercherons également à explorer l'expérience subjective du patient durant le suivi afin de mieux repérer ce qui a pu orienter sa sortie anticipée du soin.

## Méthodes

### *Cadre de l'étude*

Cette étude a été réalisée au sein d'un centre de soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSRA) situé dans l'Ouest de la France. Ce centre accueille des patients adultes, hommes et femmes, présentant des conduites addictives en lien ou non avec des substances psychoactives. La plupart du temps, les patients sont orientés au SSRA après une période de sevrage accompagnée, voire institutionnalisée. L'offre de soin se divise entre contrats d'hospitalisation complète (HC) d'une durée classique de trois mois (65 places), durant lesquels les patients vont principalement résider au sein de l'institution, contrats d'hospitalisation à temps partiel (HTP, 13 places), où les patients sont seulement présents dans le centre en journée, en semaine, et consultations externes. À leur arrivée au centre, les patients élaborent leur contrat de soin (i.e. objectifs et durée) conjointement avec l'équipe pluridisciplinaire.

En ce qui concerne les fins de contrat, l'institution en distingue trois catégories : (i) les fins de contrat normales (FC) lorsque le patient va jusqu'au bout du contrat défini, soit en moyenne une durée de trois mois ; (ii) les arrêts de contrat par le patient (ACP) lorsque le patient décide de mettre un terme à son contrat de soin ; (iii) les arrêts de contrat par l'établissement (ACE) lorsque c'est l'établissement qui prend cette décision, par exemple, pour non-respect du cadre de l'établissement ou de la proposition du soin, comportement violent, consommations répétées dans ou à l'extérieur de l'établissement.

Cette étude a par ailleurs été déclarée auprès de la Commission nationale informatique et libertés (déclaration n° 1775023).

### *Participants*

L'échantillon de cette étude comprend 338 patients ayant quitté le SSRA au cours de l'année 2015. Les hommes représentent 83,7 % de l'échantillon ( $n = 283$ ).

Les patients sont en moyenne âgés de 45,51 ans ( $ET = 10,56$ ), le plus jeune ayant 22 ans et le plus âgé 69 ans. La principale substance consommée est l'alcool (98,5 % des patients), suivi par le tabac (86,4 %). Vient ensuite le cannabis (32,5 %). Enfin, près de 68,0 % des patients de cet échantillon ont déjà connu au moins une expérience antérieure de soin en addictologie. L'intégralité des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon est disponible dans le tableau I.

Un total de 357 contrats de soin a été comptabilisé. Certains patients ont ainsi établi plusieurs contrats durant l'année ( $M = 1,06$  ;  $ET = 0,23$ ). On constate que 156 contrats de soin sont allés jusqu'à leur terme (FC), 101 ont fait l'objet d'un ACP et 70 d'un ACE. 11 patients ont eu un parcours plus hétérogène (i.e. plusieurs contrats associant FC, ACP et ACE). Compte tenu de leur faible nombre, ils ont été retirés des analyses ultérieures. Enfin, la durée des contrats allant à leur terme est, logiquement, plus importante que celle de ceux s'interrompant prématurément (i.e. ACP ou ACE, aucune différence notable entre ces deux modalités) : 99,11 jours (46,98) versus 60,35 jours (49,14) et 51,91 jours (38,66),  $F(2, 324) = 34,98$ ,  $p < 0,001$ ,  $\omega = 0,41$ .

Enfin, notre échantillon comprend une majorité de patients (71,6 % ;  $n = 242$ ) ayant exclusivement connu un ou plusieurs épisodes d'hospitalisation à temps complet (HC). A contrario, ils sont 41 à n'avoir eu que des contrats HTP (12,1 %). Un certain nombre d'entre

eux ont eu une expérience plus hétérogène, comprenant généralement un début de soin en hospitalisation complète puis un nouveau contrat sous la forme d'hospitalisation à temps partiel (16,3 % ;  $n = 55$ ).

### Matériel

Avec l'accord de l'équipe du centre, nous avons accédé aux dossiers de soin informatisés des patients. Ils comprennent les bilans, synthèses et observations réalisés par l'équipe au sujet du patient, du début jusqu'à la fin de son contrat. Pour les besoins de l'étude, nous nous sommes plus particulièrement centrés sur les données issues des bilans d'entrée. En effet, à son arrivée dans le soin, chaque patient rencontre systématiquement un représentant de chaque corps professionnel : médecin, psychologue, infirmier, ergothérapeute, éducateur sportif, assistant social, etc. Chaque professionnel va alors réaliser un bilan exhaustif. Divers éléments ont ainsi été accessibles. En premier lieu, des données d'ordre sociodémographiques : genre, âge, situation familiale, professionnelle, nombre d'enfants. Nous avons également eu accès à des données portant sur le soin (i.e. nature, durée et nombre de contrats de soin entamés en 2015, type de fin de contrat, motivations majeures conduisant à l'initiation du soin, expériences antérieures de soin en addictologie, traitements médicamenteux reçus) et sur la problématique addictive : consommations de substances ou conduites addictives présentes. Un dépistage des troubles neurocognitifs est également entrepris à l'aide du MOCA (14). Chaque intervenant, puis l'équipe au complet, procède à une estimation clinique du stade de changement à l'entrée en soin (15, 16).

En plus de ces informations, nous avons également pu consulter les transmissions d'équipe. Chaque intervenant est en effet en mesure de rapporter les faits et éléments marquants du suivi qu'il souhaite communiquer aux autres membres de l'équipe. Ce contenu nous donne ainsi accès aux enregistrements d'événements survenus au cours du soin : alcoolisation, consommation de substances, non-respect du cadre. Enfin, le fil des transmissions permet également d'accéder à des échanges entre le patient et l'équipe, et ainsi relever les éléments ayant pu conduire à une interruption du soin dans l'institution.

### Stratégie d'analyses

Toutes les variables issues de l'exploration des dossiers des patients ont été cotées au sein d'une base de don-

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Variables	n	%
Genre		
- Homme	283	83,7
- Femme	55	16,3
Situation maritale <sup>a</sup>		
- Célibataire	123	36,5
- En concubinage, marié(e)	100	29,7
- Séparé(e), divorcé(e)	108	32,0
- Veuf(ve)	6	1,8
Enfants <sup>a</sup>		
- Oui	217	66,0
- Non	112	34,0
Situation professionnelle <sup>a</sup>		
- Avec un emploi	20	5,9
- En arrêt de travail	97	29,4
- Demandeur d'emploi, au chômage	155	45,9
- En invalidité	35	10,4
- Retraité(e)	23	6,8
Variable	M	ET
Âge	45,51	10,56

$N = 338$ . <sup>a</sup> Des données manquantes peuvent être présentes ( $< 10$ ).

nées externe. Concernant les transmissions d'équipe, nous nous sommes focalisés sur le contenu relatif à la sortie du soin telle qu'exprimée par le patient : expression de son souhait de quitter le centre, contraintes extérieures dont il fait part à l'équipe, etc. Chaque référence nominative à un patient ou à un professionnel a par ailleurs été rendue anonyme.

Les analyses statistiques ont comparé les patients, classés en fonction de la nature de leur fin de contrat (i.e. FC, ACP ou ACE), sur l'ensemble des variables relevées. Les comparaisons de groupe ont été réalisées à l'aide de tests par ANOVA à un facteur (avec tests post-hoc lorsque cela a été nécessaire) et de  $\chi^2$ . Compte tenu du nombre élevé de comparaisons prévues, certains auteurs recommandent de procéder à des ré-échantillonnages (e.g., *bootstrapping*, permutation, randomisation par méthode de Monte-Carlo) afin de calculer au mieux la valeur  $p$  de significativité tout en contrôlant au maximum le risque d'erreur de type I (17, 18). En ce qui concerne le contenu des transmissions d'équipe, une analyse thématique de contenu a été entreprise. Toutefois, en raison des contraintes d'espace, le présent article ne comportera qu'une synthèse de ces derniers résultats.

## Résultats

### Comparaison des trois sous-groupes de patients

Les résultats relatifs aux variables sociodémographiques sont visibles dans le tableau II. On remarque tout d'abord que les individus faisant un ACE sont sensiblement plus jeunes ( $M = 41,26$  ans ;  $ET = 9,97$ ) que les individus faisant un ACP ( $45,00$  ;  $11,88$ ) ou une FC ( $47,76$  ;  $9,43$ ),  $F(2, 324) = 9,71$ ,  $p < 0,05$ ,  $\omega = 0,22$ . La situation maritale est quant à elle significativement associée à la nature de la fin de contrat [ $\chi^2(6) = 14,63$ ,  $p < 0,05$ ]. On observe ainsi que 50,7 % des ACE sont vécus par des célibataires (versus respectivement 31,4 % et 34,7 % des FC et des ACP). Il y a en revanche seulement 15,9 % des ACE faits par des patients séparés ou divorcés, contre 37,8 % des FC et 32,7 % des ACP. Aucune autre variable sociodémographique n'est associée avec la nature de la fin de contrat (i.e. le genre, le fait d'avoir des enfants, la situation professionnelle).

En ce qui concerne les dimensions relatives au soin (cf. tableau III), on constate tout d'abord qu'il n'y a que très peu de relations statistiquement significatives.

Tableau II : Association entre le type de fin de contrat et les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Variables	Typologie des fins de contrat						$\chi^2$
	Fin normale de contrat ( $N_1 = 156$ )		Arrêt contrat Patient ( $N_2 = 101$ )		Arrêt contrat Établissement ( $N_3 = 70$ )		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Genre							ns
- Homme	129	82,7	85	84,2	60	85,7	
- Femme	27	17,3	16	15,8	10	14,3	
Situation maritale <sup>a</sup>							*
- Célibataire	49	31,4	35	34,7	35	50,7	
- En concubinage, marié(e)	45	28,8	30	29,7	23	33,3	
- Séparé(e), divorcé(e)	59	37,8	33	32,7	11	15,9	
- Veuf(ve)	3	1,9	3	3,0	0	0,0	
Enfants <sup>a</sup>							ns
- Oui	44	28,8	36	37,5	29	42,0	
- Non	109	71,2	60	62,5	40	58,0	
Situation professionnelle <sup>a</sup>							ns
- En arrêt de travail	50	32,3	23	24,2	21	30,4	
- Demandeur d'emploi, au chômage	65	41,9	47	49,5	38	55,1	
- En invalidité	20	12,9	11	11,6	3	4,3	
- Retraité(e)	8	5,2	11	11,6	4	5,8	
- Avec un emploi	12	7,7	3	3,2	3	4,3	
<b>Variable</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>ET</i></b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>ET</i></b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>ET</i></b>	<b><i>F</i></b>
Âge	47,76	9,43	45,00	11,88	41,26	9,97	*

$N = 338$ . Comparaison des groupes à l'aide du test  $\chi^2$  ou ANOVA à un facteur. Le nombre de données manquantes varie entre les analyses (< 20).

\*  $p < 0,05$  ; ns pour  $p > 0,05$ . Estimation de la valeur  $p$  après ajustement par 10 000 ré-échantillonnages (*bootstrapping* et méthode de Monte Carlo avec intervalles de confiance à 95 %).

Concrètement, seul le nombre d'évènements d'alcoolisation, ceux de rappels au cadre et de consommations de cannabis sont en mesure de distinguer les patients en FC, en ACP ou en ACE. Ainsi, durant le soin, on remarque que les patients recevant par la suite un ACE

sont significativement plus impliqués dans des évènements d'alcoolisation [ $F(2, 320) = 71,78, p < 0,05, \omega = 0,55$ ], avec une moyenne d'environ trois évènements contre un chez les patients en FC et en ACP. La même tendance s'observe en ce qui concerne les évènements

Tableau III : Association entre le type de fin de contrat et les variables relatives au contrat de soin

Variables	Typologie des fins de contrat						$\chi^2$
	Fin normale de contrat ( $N_1 = 156$ )		Arrêt contrat Patient ( $N_2 = 101$ )		Arrêt contrat Établissement ( $N_3 = 70$ )		
	n	%	n	%	n	%	
Nature du contrat							ns
- Hospitalisation complète	115	73,7	67	66,3	56	80,0	
- Hospitalisation à temps partiel	17	10,9	17	16,8	6	8,6	
- Mixte	24	15,4	17	16,8	8	11,4	
Saison d'entrée							ns
- Hiver	42	26,9	29	28,7	14	20,0	
- Printemps	37	23,7	23	22,8	20	28,6	
- Été	40	25,6	19	18,8	20	28,6	
- Automne	37	23,7	30	29,7	16	22,9	
Saison de sortie							ns
- Hiver	43	27,6	29	28,7	13	18,6	
- Printemps	36	23,1	19	18,8	22	31,4	
- Été	40	25,6	27	26,7	18	25,7	
- Automne	37	23,7	26	25,7	17	24,3	
Premier soin en addictologie							ns
- Non	52	33,5	26	26,8	23	33,3	
- Oui	103	66,5	71	73,2	46	68,5	
Motivation au soin par volonté personnelle							ns
- Oui	70	45,5	30	31,6	27	40,3	
- Non	84	54,5	65	68,4	40	59,7	
Motivation au soin pour l'entourage							ns
- Oui	79	51,3	48	50,5	32	47,8	
- Non	75	48,7	47	49,5	35	52,2	
Motivation au soin pour le travail							ns
- Oui	43	27,9	25	26,3	20	29,9	
- Non	111	72,1	70	73,7	47	70,1	
Motivation au soin pour raisons judiciaires							ns
- Oui	15	9,7	5	5,3	8	11,9	
- Non	140	90,3	90	94,7	59	88,1	
Motivation au soin pour la santé							ns
- Oui	68	44,2	35	36,8	29	43,3	
- Non	86	55,8	60	63,2	38	56,7	
Stade de changement à l'entrée							ns
- Pré-contemplation	9	5,9	6	6,4	4	6,0	
- Contemplation	72	47,4	52	55,3	47	70,1	
- Préparation	64	42,1	32	34,0	16	23,9	
- Action	7	4,6	4	4,3	0	0,0	
<b>Nombre d'évènements</b>	<b>M</b>	<b>ET</b>	<b>M</b>	<b>ET</b>	<b>M</b>	<b>ET</b>	<b>F</b>
Alcoolisation	0,75	1,20	1,02	1,37	3,23	2,06	*
Rappel au cadre	0,69	1,51	0,43	0,98	1,28	1,89	*
Consommation de cannabis	0,17	0,78	0,12	0,46	0,42	0,93	*
Consommation d'autres produits	0,00	0,00	0,04	0,28	0,06	0,23	ns
Conduites addictives	0,12	0,99	0,05	0,22	0,03	0,17	ns

$N = 338$ . Comparaison des groupes à l'aide du test  $\chi^2$  ou ANOVA à un facteur. Le nombre de données manquantes varie entre les analyses (< 25).

\*  $p < 0,05$  ; ns pour  $p > 0,05$ . Estimation de la valeur  $p$  après ajustement par 10 000 ré-échantillonnages (*bootstrapping* et méthode de Monte Carlo avec intervalles de confiance à 95 %).

liés à une consommation de cannabis [ $F(2, 320) = 3,70$ ,  $p < 0,05$ ,  $\omega = 0,14$ ] et un rappel au cadre institutionnel [ $F(2, 320) = 6,90$ ,  $p < 0,05$ ,  $\omega = 0,17$ ].

Enfin, on remarque que plusieurs associations significatives apparaissent en rapport avec d'autres consommations ou pratiques problématiques. On constate

Tableau IV : Association entre le type de fin de contrat, les conduites addictives et autres troubles

Variables	Typologie des fins de contrat						$\chi^2$
	Fin normale de contrat ( $N_1 = 156$ )		Arrêt contrat Patient ( $N_2 = 101$ )		Arrêt contrat Établissement ( $N_3 = 70$ )		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Consommation d'alcool							ns
- Oui	152	98,1	96	99,0	68	98,6	
- Non	3	1,9	1	1,0	1	1,4	
Consommation de tabac							ns
- Oui	131	84,5	87	89,7	59	85,5	
- Non	24	15,5	10	10,3	10	14,5	
Consommation de cannabis							*
- Oui	35	22,6	32	33,0	39	56,5	
- Non	120	77,4	65	67,0	30	43,5	
Consommation de cocaïne							ns
- Oui	3	1,9	3	3,1	5	7,2	
- Non	152	98,1	94	96,9	64	92,8	
Consommation d'héroïne							ns
- Oui	2	1,3	1	1,0	3	4,3	
- Non	153	98,7	96	99,0	66	95,7	
Consommation détournée de médicaments							*
- Oui	2	1,3	6	6,2	9	13,0	
- Non	153	98,7	91	93,8	60	87,0	
Jeux de hasard et d'argent							ns
- Oui	13	8,4	9	9,3	6	8,7	
- Non	142	91,6	88	90,7	63	91,3	
Achats compulsifs							ns
- Oui	4	2,6	1	1,0	0	0,0	
- Non	151	97,4	96	99,0	69	100,0	
Sport intensif							*
- Oui	6	3,9	0	0,0	0	0,0	
- Non	149	96,1	97	100,0	69	100,0	
Prescription d'anxiolytiques							ns
- Oui	132	84,6	80	81,6	62	91,2	
- Non	24	15,4	18	18,4	6	8,8	
Prescription d'hypnotiques							ns
- Oui	46	29,5	32	32,7	22	32,4	
- Non	110	70,5	66	67,3	46	67,6	
Prescription d'antidépresseurs							ns
- Oui	88	56,4	53	54,1	40	58,8	
- Non	68	43,6	45	45,9	28	41,2	
Prescription de normothymiques							ns
- Oui	8	5,1	6	6,1	3	4,4	
- Non	148	94,9	92	93,9	65	95,6	
Prescription de neuroleptiques							*
- Oui	46	29,5	46	46,9	32	47,1	
- Non	110	70,5	52	53,1	36	52,9	
Prescription de médicaments d'aide au sevrage / maintien de l'abstinence à l'alcool							ns
- Oui	126	80,8	68	69,4	56	82,4	
- Non	30	19,2	30	30,6	12	17,6	
<b>Variable</b>	<b>M</b>	<b>ET</b>	<b>M</b>	<b>ET</b>	<b>M</b>	<b>ET</b>	<b>F</b>
Score au MOCA	24,92	5,25	24,80	4,00	25,10	2,90	ns

$N = 338$ . Comparaison des groupes à l'aide du test  $\chi^2$  ou ANOVA à un facteur. Le nombre de données manquantes varie entre les analyses (< 25).

\*  $p < 0,05$  ; ns pour  $p > 0,05$ . Estimation de la valeur  $p$  après ajustement par 10 000 ré-échantillonnages (*bootstrapping* et méthode de Monte Carlo avec intervalles de confiance à 95 %).

notamment que 56,5 % des patients ayant reçu un ACE étaient des consommateurs de cannabis versus 33 % de ceux en ACP et 22,6 % avec une FC [ $\chi^2(2) = 24,87, p < 0,05$ ]. L'usage détourné de médicaments (i.e. benzodiazépines), bien qu'il s'agisse d'une problématique assez rare dans cet échantillon (17 patients), est significativement associé à la nature de la fin de contrat [ $\chi^2(2) = 13,37, p < 0,05$ ]. Les données indiquent que 13 % des patients en ACE présentaient ce type de consommation, contre 6,2 % de ceux en ACP et 1,3 % de ceux allant jusqu'au terme de leur contrat de soin. Un autre résultat, plus intrigant, est à relier à une pratique de sport intensive, voire excessive. En l'occurrence, nous remarquons que les six patients présentant cette conduite avaient connu une FC [ $\chi^2(2) = 6,55, p < 0,05$ ]. Enfin, nous observons une autre relation significative, impliquant la prescription de neuroleptiques [ $\chi^2(2) = 10,40, p < 0,05$ ]. Précisément, 46,9 % des patients en ACP et 47,1 % de ceux en ACE ont reçu ce type de prescription, contre 29,5 % des patients allant au terme de leur contrat dans l'établissement. Le détail complet de ces données figure dans le tableau IV.

### Exploration des transmissions d'équipe

L'analyse thématique du contenu des transmissions d'équipe met en évidence deux axes thématiques. Tout d'abord, on retrouve des thèmes associés à l'institution et au soin (e.g. offre de soin, cadre, etc.). Dans un second temps, un ensemble d'éléments externes au soin est fréquemment énoncé par les patients. Ces deux axes sont globalement d'égale importance.

En ce qui concerne les éléments relatifs à l'institution et au soin, on observe en premier lieu qu'un certain nombre de patients exprime un malaise général, potentiellement à relier à l'attrait encore assez prononcé pour le produit, souvent l'alcool. Par conséquent, le soin ne peut pas être sereinement envisagé par l'individu dans ce contexte. D'autres patients ont quant à eux mis en avant le fait qu'à un moment donné, le soin ne leur apporte plus rien. Davantage en lien avec les consommations, une part significative des patients semble particulièrement sensible à la rechute et à ses répercussions. Pour certains, la rechute est le symbole de l'échec du soin. Pour d'autres, il s'agit avant tout d'une expérience subjective particulièrement difficile à supporter. Un certain nombre de patients semble souligner le manque d'activités à leur disposition au sein de l'établissement. Au-delà de l'ennui, ce sentiment de

vide leur fait craindre de ressentir un fort *craving* et/ou de consommer à nouveau. Enfin, dans une minorité des cas, ce sont les relations avec les soignants et surtout les autres patients qui peuvent poser problème. Cela peut impliquer tout autant des individus systématiquement dans l'opposition avec l'équipe soignante que des individus en difficulté dans leurs relations sociales.

À propos des éléments externes, force est de constater que l'entourage proche, en particulier la famille et les enfants, occupe une place particulière. En effet, qu'il s'agisse de questions de gardes, de visites, de vacances ou encore de conflits avec l'ex-conjoint(e), cet entourage semble être à la fois un soutien important et une source majeure de préoccupations. Au deuxième plan, la question de l'emploi apparaît régulièrement. Il peut s'agir tout autant d'un réel désir de s'insérer à nouveau dans une dynamique professionnelle active que d'une réponse à d'éventuelles difficultés financières. La reprise d'une activité professionnelle va alors constituer un motif d'arrêt du soin. Enfin, le troisième sous-axe est lié à la question de la couverture santé. Certains patients peuvent effectivement ne pas avoir du tout de couverture maladie, par exemple du fait de démarches administratives non effectuées. Pour d'autres, ce sont les forfaits des organismes de mutuelle (e.g. une prise en charge de 60 jours d'hospitalisation, alors que le contrat HC dure trois mois) qui seront délétères pour le soin.

## Discussion

### Interprétation des résultats

Cette étude visait à mieux connaître les facteurs pouvant expliquer le maintien ou non des patients en soin au sein d'un SSRA en France. L'exploration des dossiers des patients a mis en lumière le rôle de certaines variables. Un véritable profil, au sens statistique du terme, semble émerger. Ainsi, dans notre échantillon, conformément à ce qui peut s'observer ailleurs, l'âge distingue les différents types de fin de contrat. En particulier, on remarque que l'âge des patients recevant un ACE est sensiblement inférieur à celui des patients en ACP ou en FC. A fortiori, en relation avec la trajectoire en suivi, il a été relevé que les patients rencontrant différentes fins de contrat se distinguaient également sur la base du nombre d'événements rapportés par l'équipe concernant des alcoolisations ou des consommations de cannabis (dans l'établissement et en dehors), ainsi que

des problématiques liées au respect du cadre thérapeutique et institutionnel (par exemple, respect de heures de sortie, du fonctionnement interne, relations avec les soignants et les autres patients). Plus spécifiquement, les patients recevant des ACE sont bien ceux pour lesquels le plus d'évènements de ces trois catégories sont rapportés. Dans l'ensemble, ces premières données font écho à un profil de patients bien spécifique, peut-être plus impulsifs, présentant une plus grande sévérité des troubles addictifs, ou encore des comorbidités psychiatriques, n'arrivant pas à se maintenir dans le soin, sans pour autant le quitter volontairement (9-11).

Toujours en rapport avec les caractéristiques socio-démographiques des patients, les arrêts de contrat prononcés par l'établissement concernent une majorité de patients célibataires, contre environ un tiers des patients allant au terme de leur contrat de soin ou quittant l'institution de leur propre fait. A contrario, les patients séparés ou divorcés représentent un tiers des FC et des ACP, tandis qu'ils ne sont que 15,9 % à recevoir un ACE. On semble ici retrouver l'impact de la relation de couple. Précisément, un faible soutien peut avoir un rôle négatif sur le maintien en soin. A contrario, le fait de quitter temporairement, de mettre de la distance dans des relations potentiellement conflictuelles avec un ancien conjoint peut avoir une incidence plus positive, notamment dans le cas des ACE. De façon plus générale, d'autres recherches ont déjà pu montrer le rôle nuancé du cercle familial dans la trajectoire de soin (19, 20).

D'autres variables restent enfin également en jeu. Au niveau des consommations ou pratiques problématiques, les seules relations significatives sont en rapport avec une consommation de cannabis, un usage détourné de médicaments, principalement de la classe des benzodiazépines, ainsi qu'une pratique excessive du sport. En premier lieu, l'usage de cannabis et de benzodiazépines semble être un facteur de risque d'arrêt du soin. En effet, les consommateurs de cannabis représentent 56,5 % des ACE, 33,0 % des ACP, contre 22,6 % des FC. Dans une moindre mesure, notamment car cela concerne un nombre plus restreint de patients, nous observons le même résultat pour l'usage détourné de médicaments : 13,0 % des ACE, 6,2 % des ACP versus 1,3 % des FC. Dans l'ensemble, ces résultats sont cohérents avec ceux de la littérature (21, 22). La consommation de cannabis est elle-même notamment associée avec une reprise ou rechute du trouble de l'usage d'alcool (21, 23). Ces substances peuvent avoir un rôle compensatoire chez des personnes devant

restreindre leurs autres consommations, en particulier d'alcool (21). Il peut toutefois également y avoir un lien avec des comorbidités psychiatriques, dans une tentative persistante d'automédication, afin de se soulager des tensions et angoisses (24). Le cas de la pratique de sport intense est un peu plus questionnant. En l'état, les six patients présentant cette conduite sont allés au terme de leur soin. Il est sans doute difficile d'aboutir à une conclusion pertinente compte tenu du très petit nombre de patients concernés dans l'analyse. On peut éventuellement suggérer l'idée que ce type de conduite peut facilement être repéré au cours du soin, notamment en lien avec les séances d'activités physiques et sportives organisées par l'équipe soignante. Ainsi, ces patients très spécifiques pourraient bénéficier d'une prise en charge encore plus centrées sur leurs problématiques.

De façon générale, la littérature pointe bien la forte prévalence des comorbidités psychiatriques, et notamment des troubles anxieux, dans la population des consommateurs de substance en soin (22, 24). Ces comorbidités sont négativement associées avec l'adhérence au traitement (25, 26). D'autres études pointent la faible régulation émotionnelle de tels patients et encouragent un travail centré sur la gestion des émotions (27). En guise de preuve indirecte, ne disposant d'aucun outil diagnostique systématique de ces comorbidités, le résultat significatif concernant la prescription de neuroleptiques est notable. Cette donnée laisse à penser que certains profils psychopathologiques plus lourds peuvent être plus enclins à ne pas poursuivre leur soin dans l'institution. Ce dernier élément appuie la nécessité, si besoin était, pour les équipes soignantes d'être particulièrement attentives à l'évolution de ce type de patient (11-13).

Toutefois, même un individu ne présentant aucune de ces caractéristiques peut ne pas rester en soin. Ces premières données cherchaient avant tout à orienter l'attention sur certaines dimensions apparaissant comme autant de facteurs de risque potentiels au maintien dans le soin. L'absence de résultats significatifs sur certaines dimensions qui ont pu être mises en avant par l'équipe soignante (e.g. mois d'entrée ou de sortie du soin, stade de changement, score au MOCA) peut aussi être informative et aider à reconsidérer les représentations des professionnels sur les patients abandonnant le soin.

L'absence de résultats significatifs au MOCA est particulièrement intrigant au vu de la littérature existante (9-11). Que les atteintes cognitives soient très spécifiques (mémoire, apprentissage, fonctions exécutives)

ou qu'elles prennent la forme d'un syndrome plus global (e.g. syndrome de Korsakoff), elles ont un impact majeur sur certaines caractéristiques individuelles indispensables dans le cadre du soin : motivation au changement, sentiment d'efficacité personnelle, etc. (28, 29). Il faut toutefois rappeler que le MOCA ne permet pas de repérer de façon adéquate les troubles cognitifs légers, a fortiori des fonctions exécutives, pouvant être fréquents dans ces populations de patients (14). Au final, la rechute ou la sortie de soin d'un patient présentant des déficits cognitifs n'a vraisemblablement pas le même sens que celle d'un autre patient ne présentant pas de telles atteintes (29).

Pour aller plus loin et mieux saisir le sens clinique de ces premiers résultats, l'étude des transmissions d'équipe a permis de laisser une place pour le discours rapporté du patient. Notre analyse a révélé deux axes relatifs aux éléments pouvant impacter le désir de rester en soin. Les patients, déjà tiraillés par diverses préoccupations internes, sont dans le même temps assaillis par des exigences externes qui les éloignent du soin. Une précédente étude de Laudet et collaborateurs s'est focalisée sur les principales raisons qui poussent les patients à quitter le soin (30). Elle évoque des motifs relativement similaires à ceux relevés dans notre étude : insatisfaction concernant les modalités de soin proposées, l'établissement, l'équipe soignante ; des difficultés personnelles, familiales, etc.

Enfin, il reste à prendre en compte le fait qu'une part non négligeable de patients quittent le soin sans jamais expliciter les raisons de leur départ. Qui plus est, les raisons ici présentées ne sont peut-être que des prétextes fournis par des patients souhaitant dissimuler leurs véritables motivations, ou ne les connaissant potentiellement même pas eux-mêmes. Quoi qu'il en soit, l'arrêt du soin à un instant *t* ne présuppose pas d'un éventuel futur retour en soin, dans le même établissement ou selon d'autres modalités. Cet arrêt reste avant tout le fruit de l'articulation complexe entre différentes variables individuelles, contextuelles ou encore institutionnelles, et c'est parfois l'effet d'un seul élément qui peut tout faire basculer.

### **Limites**

Cette étude comporte des limites. Tout d'abord, les dossiers des patients et les transmissions d'équipe proviennent d'un contenu déclaratif. Ces documents

contiennent ce que le patient souhaite dire. Qui plus est, en fonction du professionnel qui rencontre le patient, certaines thématiques peuvent ne pas être explorées de la même manière. De plus, chaque professionnel avait sa propre façon de saisir ces informations sur le logiciel informatique commun à l'établissement. Une limite plus globale pouvant impacter la force des présentes conclusions est relative à l'absence d'outils diagnostiques des comorbidités psychiatriques et des déficits des fonctions exécutives administrés de façon systématique à tous les patients. Nous restons effectivement particulièrement conscients que ces dimensions sont fortement associées à un faible maintien dans le soin et à un plus haut risque de rechute (9, 31, 32).

## **Conclusion**

---

Nous estimons que cette étude répond à une véritable demande clinique, au départ formulée par l'équipe du centre de soins, mais qui concerne plus globalement le soin en addictologie tel qu'il est envisagé en France. Elle propose un certain nombre d'éléments permettant de mieux comprendre ce qui amène les patients à interrompre leur soin et, par extension, de voir ce qui pourrait favoriser la continuité de ce dernier. Elle contribue au moins partiellement à la déconstruction de représentations qui peuvent exister au sujet de cette population de patients. Il sera toutefois intéressant de confirmer ces premiers résultats en intégrant de façon systématique des outils de diagnostic fiables. Interroger des patients après leur abandon du soin serait aussi pertinent, mais plus complexe à réaliser.

Ces résultats peuvent contribuer à faire évoluer la prise en charge. Une proposition d'hospitalisation séquentielle (i.e. une semaine d'hospitalisation complète tous les trimestres) et de consultations externes renforcées existe déjà et pourrait être approfondie pour mieux répondre aux spécificités de certains patients. Force est ici de constater qu'il est indispensable de prendre en compte l'individu dans son ensemble, en lui proposant une prise en charge pluridisciplinaire qui va pouvoir le soutenir dès le début de son soin (33). Il faut sans doute pour cela encore davantage définir ses attentes à l'égard du soin. Enfin, les démarches externes visant la réinsertion dans une vie "saine et positive", par la régularisation de la situation administrative, professionnelle, etc., ne sont pas à négliger et doivent être réalisées en collaboration avec des professionnels extérieurs. ■

**Contributions des auteurs.** – Chacun des auteurs a contribué de manière substantielle à la conception de l'étude, au recueil des données, aux analyses ainsi qu'à la rédaction et à la relecture du manuscrit.

**Liens d'intérêt.** – Les auteurs déclarent l'absence de tout lien d'intérêt.

V. Wagner, D. Acier

Étude des départs prématurés de patients admis en addictologie

*Alcoologie et Addictologie*. 2017 ; 39 (4) : 340-349

## Références bibliographiques

- 1 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Drogues, chiffres clés. Saint-Denis : OFDT ; 2015. p. 1-9.
- 2 - Saunders SM, Zygowicz KM, D'Angelo BR. Person-related and treatment-related barriers to alcohol treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2006 ; 30 (3) : 261-70.
- 3 - Xu J, Rapp RC, Wang J, Carlson RG. The multidimensional structure of external barriers to substance abuse treatment and its invariance across gender, ethnicity, and age. *Substance Abuse*. 2008 ; 29 (1) : 43-54.
- 4 - Perron BE, Mowbray OP, Glass JE, Delva J, Vaughn MG, Howard M. Differences in service utilization and barriers among Blacks, Hispanics, and Whites with drug use disorders. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2009 ; 4 (1) : 3.
- 5 - Gossop M, Stewart D, Browne N, Marsden J. Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction*. 2002 ; 97 (10) : 1259-67.
- 6 - Perkins KS, Tharp BE, Ramsey AT, Patterson Silver Wolf (Adelv Unegv Waya) D. Mapping the evidence to improve retention rates in addiction services. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*. 2016 ; 16 (3) : 233-51.
- 7 - Deane F, Wootton D, Hsu CL, Kelly P. Predicting dropout in the first 3 months of 12-step residential drug and alcohol treatment in an Australian sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2012 ; 73 (2) : 216-25.
- 8 - McHugh RK, Murray HW, Hearon BA, Pratt EM, Pollack MH, Safren SA, et al. Predictors of dropout from psychosocial treatment in opioid-dependent outpatients: predictors of treatment dropout. *The American Journal on Addictions*. 2013 ; 22 (1) : 18-22.
- 9 - Brorson HH, Ajo Arnevik E, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*. 2013 ; 33 (8) : 1010-24.
- 10 - Stevens L, Betanzos-Espinosa P, Crunelle CL, Vergara-Moragues E, Roeyers H, Lozano O, et al. Disadvantageous decision-making as a predictor of drop-out among cocaine-dependent individuals in long-term residential treatment. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2013 ; 4 [cité 8 octobre 2016]. Disponible sur : <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2013.00149/abstract>.
- 11 - Vafaeinasab MR, Farahzadi MH, Razaghi OM, Fallahzadeh RA, Lotfi MH, Akhondzadeh S. Investigation of affecting factors on persistence in the treatment of patients under methadone maintenance therapy in Addiction Therapy Centers, Yazd-Iran. *Health*. 2015 ; 07 (05) : 606-16.
- 12 - López-Goñi JJ, Fernández-Montalvo J, Arteaga A. Addiction treatment dropout: exploring patients' characteristics: treatment dropout in addictions. *The American Journal on Addictions*. 2012 ; 21 (1) : 78-85.
- 13 - Smith D, Harvey P, Battersby M, Pols R, Oakes J, Baigent M. Treatment outcomes and predictors of drop out for problem gamblers in South Australia: a cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010 ; 44 (10) : 911-20.
- 14 - Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal cognitive assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005 ; 53 (4) : 695-9.
- 15 - Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 1992 ; 47 (9) : 1102-14.
- 16 - DiClemente CC, Schlundt D, Gemmell L. Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*. 2004 ; 13 (2) : 103-19.
- 17 - Westfall PH, Young SS. Resampling-based multiple testing: examples and methods for p-value adjustment. 1<sup>st</sup> edition. New York : Wiley-Interscience ; 1993.
- 18 - Chernick MR. Bootstrap methods: a guide for practitioners and researchers. 2<sup>nd</sup> edition. Hoboken, NJ : Wiley-Interscience ; 2007.
- 19 - Goodman I, Peterson-Badali M, Henderson J. Understanding motivation for substance use treatment: the role of social pressure during the transition to adulthood. *Addictive Behaviors*. 2011 ; 36 (6) : 660-8.
- 20 - Wagner V, Bertrand K, Flores-Aranda J, Acier D, Brunelle N, Landry M, et al. Initiation of addiction treatment and access to services: young adults' accounts of their help-seeking experiences. *Qualitative Health Research*. 2017 ; 27 (11) : 1614-27.
- 21 - Subbaraman MS, Metrik J, Patterson D, Swift R. Cannabis use during treatment for alcohol use disorders predicts alcohol treatment outcomes: cannabis and AUD treatment outcomes. *Addiction*. 2017 ; 112 (4) : 685-94.
- 22 - Bogenschutz MP, Bhatt S, Bohan J, Foster B, Romo P, Wilcox CE, et al. Coadministration of disulfiram and lorazepam in the treatment of alcohol dependence and co-occurring anxiety disorder: an open-label pilot study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2016 ; 42 (5) : 490-9.
- 23 - Peters EN, Hughes JR. Daily marijuana users with past alcohol problems increase alcohol consumption during marijuana abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*. 2010 ; 106 (2-3) : 111-8.
- 24 - Chen KW, Berger CC, Forde DP, D'Adamo C, Weintraub E, Gandhi D. Benzodiazepine use and misuse among patients in a methadone program. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2011 ; 11 (1) [cité 4 mai 2017]. Disponible sur : <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-11-90>.
- 25 - Elmquist J, Shorey RC, Anderson SE, Stuart GL. The relationship between generalized anxiety symptoms and treatment dropout among women in residential treatment for substance use disorders. *Substance Use & Misuse*. 2016 ; 51 (7) : 835-9.
- 26 - Zandberg LJ, Rosenfield D, Alpert E, McLean CP, Foa EB. Predictors of dropout in concurrent treatment of posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: rate of improvement matters. *Behaviour Research and Therapy*. 2016 ; 80 : 1-9.
- 27 - Hopwood CJ, Schade N, Matusiewicz A, Daughters SB, Lejuez CW. Emotion regulation promotes persistence in a residential substance abuse treatment. *Substance Use & Misuse*. 2015 ; 50 (2) : 251-6.
- 28 - Bates ME, Pawlak AP, Tonigan JS, Buckman JF. Cognitive impairment influences drinking outcome by altering therapeutic mechanisms of change. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2006 ; 20 (3) : 241-53.
- 29 - Blume AW, Schmaling KB, Marlatt GA. Memory, executive cognitive function, and readiness to change drinking behavior. *Addictive Behaviors*. 2005 ; 30 (2) : 301-14.
- 30 - Laudet AB, Stanick V, Sands B. What could the program have done differently? A qualitative examination of reasons for leaving outpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2009 ; 37 (2) : 182-90.
- 31 - Aharonovich E, Hasin DS, Brooks AC, Liu X, Bisaga A, Nunes EV. Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*. 2006 ; 81 (3) : 313-22.
- 32 - Copersino ML, Schretlen DJ, Fitzmaurice GM, Lukas SE, Faberman J, Sokoloff J, et al. Effects of cognitive impairment on substance abuse treatment attendance: predictive validation of a brief cognitive screening measure. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2012 ; 38 (3) : 246-50.
- 33 - Walker R. Retention in treatment – indicator or illusion: an essay. *Substance Use & Misuse*. 2009 ; 44 (1) : 18-27.