



HAL
open science

Facteurs addictologiques liés à l'adhésion au suivi, de patients pris en charge en centre de cure ambulatoire en alcoologie

Matthieu Renard

► **To cite this version:**

Matthieu Renard. Facteurs addictologiques liés à l'adhésion au suivi, de patients pris en charge en centre de cure ambulatoire en alcoologie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01732991

HAL Id: hal-01732991

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732991>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2015

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Matthieu RENARD

le 23 septembre 2015

**FACTEURS ADDICTOLOGIQUES LIÉS À L'ADHÉSION AU SUIVI, DE PATIENTS
PRIS EN CHARGE EN CENTRE DE CURE AMBULATOIRE EN ALCOOLOGIE**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Raymund Schwan
M. le Professeur Olivier Ziegler
Mme le Docteur Élisabeth Steyer
M. le Docteur Vincent Laprévote
Mme le Docteur Claudine Gillet

Président
Juge
Juge
Juge et directeur
Juge

Remerciements

À Monsieur le professeur Raymund Schwan,

*Professeur de psychiatrie à l'Université de Lorraine,
Chef du pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie d'adultes du Grand Nancy au Centre
Psychothérapique de Nancy,
Chef de service de la Maison des Addictions au CHU de Nancy*

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.
Pour votre disponibilité, pour votre accompagnement dans mon travail.
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

À MES JUGES

M. le Professeur Olivier Ziegler,

Professeur de Nutrition

Chef du service Diabétologie, Maladies métaboliques, Nutrition du CHU de Nancy

Pour l'honneur que vous me faites en siégeant dans le jury de cette thèse,
Recevez l'expression de ma sincère gratitude.

Mme le Docteur Élisabeth Steyer

Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Je vous remercie également pour la qualité de votre enseignement dont j'ai bénéficié tout au long de mon internat.

Veillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

Mme le Docteur Claudine Gillet

Médecin du travail, Praticien hospitalier à la Maison des Addictions de Nancy

Vous m'avez ouvert les portes de la Maison des Addictions,

Vous avez permis la mise en place de cette étude,

Pour cela, acceptez ma sincère gratitude.

M. le Docteur Vincent Laprévote,

Directeur de thèse,

Docteur en psychiatrie, responsable de l'Unité D au Centre Psychothérapique de Nancy

Vous m'avez donné l'opportunité de réaliser cette thèse portant sur le thème de l'addictologie, je vous en suis extrêmement reconnaissant.

Vous avez été particulièrement disponible et encourageant pendant toute la durée de ce travail.

Merci pour la confiance que vous m'avez accordée.

À Mme Marie-Line Erpelding,

Ingénieur hospitalier du service Épidémiologie et Évaluation Cliniques du CHU de Nancy

Merci pour votre aide précieuse, votre grande disponibilité et votre patience.
Vous m'avez accompagné pendant une grande partie de ce travail.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude.

Au personnel de la Maison des Addictions de Nancy

Merci pour votre accueil chaleureux et votre disponibilité.
Mes remerciements particuliers aux secrétaires, Mme Nadine Cunat et Mme Martine OTTENIN.

Aux médecins qui ont marqués ma formation

Docteur Alan Charissou,

Pour ton enseignement clinique, tes convictions et ta conception de la médecine générale.

Docteur Céline Folny,

Pour ton amitié et ton profond respect de la personne humaine.

Docteur Sandrine Hénard,

Pour ta patience et ta gentillesse.

Aux médecins rencontrés pendant mon internat

Docteur Brigitte Auburtin, Docteur Martine Huot-Marchand, Docteur André Krier, Docteur Françoise Popelard, Docteur Dominique Serra.

À Zelda,
Pour la vie.

À mes Parents.

À Claire.

À Nathan et Anne-Marie.

À mes Grand-mères, oncles et tantes.

À mes amis d'internat

Dragoș, Marianne et Mylène

Élisabeth

Lucie, Julie et Séverine

Anne-Laure et Audrey

Aux amis

Nicolas, David, Amélie, Jennifer et Denis, Fanny et Julia, Jean-Marie et Carine, Caroline et Nicolas.

À Jean-Michto.

SERMENT

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Table des matières

Introduction	10
1. Une maladie chronique	12
2. L'adhésion thérapeutique : généralités	12
3. Adhésion aux soins et troubles de l'usage de l'alcool.....	13
a. L'adhésion thérapeutique, un facteur de résultats positifs	13
b. Facteurs d'adhésion	14
c. Problématique : une adhésion thérapeutique médiocre.....	15
4. Objectifs et hypothèses de travail	16
Patients et méthodes	17
1. Population étudiée	17
a. Caractéristiques.....	17
b. Critères d'inclusion	17
c. Critères d'exclusion	17
2. Lieu de l'étude : CSAPA Alcool de Nancy	17
a. Rappels concernant l'offre de soins en Addictologie et les CSAPA	17
b. Le CSAPA alcool de Nancy	18
3. Méthodologie	18
a. Données socio-démographiques	18
b. Données addictologiques	19
c. Relevé d'activité du patient.....	19
d. Questionnaires utilisés	20
e. Critère de jugement	21
4. Traitement et analyse des données.....	21
Résultats.....	23
1. Analyse descriptive.....	23
a. Caractéristiques socio-démographiques	23
b. Données addictologiques	24
2. Probabilité d'adhésion au suivi.....	30
a. Contacts avec le centre	30
b. Durée moyenne de suivi et probabilité d'adhésion	30
c. Analyses de l'adhésion à 1 an et demi en fonction des caractéristiques socio-démographiques	31
d. Analyses de l'adhésion à 1 an et demi en fonction des caractéristiques addictologiques....	33
3. Analyse multivariée : ajustement de la probabilité d'être perdu de vue à un an et demi	35
Discussion.....	37
1. Rappel des objectifs	37

2. Résultats principaux	37
3. Comparaison à la littérature.....	37
a. Comparaison des caractéristiques de l'échantillon étudié avec les données nationales des CSAPA alcool.....	37
b. L'abandon de suivi initial	41
c. Âge	41
d. Sexe	42
e. Polyconsommation et Cannabis	43
f. AUDIT	44
4. Limites de l'étude et perspectives	44
Conclusion.....	46

Introduction

L'alcool demeure, avec le tabac, la substance psycho-active la plus consommée en France, malgré une diminution de la consommation depuis 40 ans. Sixième pays consommateur d'alcool selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), notre pays compte 13 millions de consommateurs réguliers. Ainsi, près de 20% de la population des 18-75 ans déclare en consommer au moins 10 fois par mois (1). La proportion de consommateurs quotidiens représente 12% de la population adulte dans son ensemble. Elle concerne 3 fois plus les hommes que les femmes et augmente fortement avec l'âge (2). Parmi ces consommateurs, un quart présente un risque d'alcoolisation excessive chronique. On estime qu'en France environ **2 millions de personnes** sont alcoolo-dépendantes (3) (soit 2 à 4 % des plus de 15 ans (4)). Au niveau européen, 5 % des hommes adultes et 1 % des femmes adultes sont alcoolo-dépendants, soit 23 millions de personnes (5).

Les dommages liés à la consommation d'alcool sont à la fois d'ordre sanitaire et social et impactent le patient mais également son entourage. Ils sont liés aux modes de consommation (quantités, usages) et dépendent de facteurs individuels et environnementaux (6).

Avec **49000 décès** par an (7), l'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac. Les causes de ces décès sont des cancers (1/3), des maladies cardio-vasculaires (1/4), des accidents ou suicides (17%), des maladies digestives (16%) et autres (11%). Les hommes sont les principaux concernés, soit 13 % des décès masculins contre 5 % des décès féminins attribuables à l'alcool.

Le risque de survenue de nombreuses pathologies est augmenté par la consommation chronique d'alcool. Parmi elles, on peut relever les pathologies hépatiques (stéatoses, hépatites alcooliques, cirrhoses), néoplasiques (voies aérodigestives supérieures, colon-rectum et sein), neurologiques (neuropathies périphériques, encéphalopathies, troubles cognitifs, dépendance, syndrome dépressif) et cardio-vasculaires (AVC hémorragique, HTA, troubles du rythme cardiaque).

D'autre part, la prise chronique d'alcool par la femme enceinte est à l'origine du syndrome d'alcoolisation fœtale. Un retard de croissance intra-utérin, une dysmorphie crânio-faciale et des anomalies neurologiques en sont les symptômes. D'après (8) l'alcool est ainsi la première cause de retard de développement psychomoteur (1 cas sur 1000 grossesses).

En outre, l'alcool possède un rôle immunodépresseur qui augmente la vulnérabilité aux maladies infectieuses.

Enfin, les intoxications aiguës peuvent également avoir de lourdes conséquences, notamment par l'augmentation des risques de perte de contrôle pouvant entraîner des accidents (route, travail...), des comas éthyliques, des tentatives de suicides, des actes violents envers autrui, des rapports sexuels non protégés, ... (6).

Ces consommations excessives sont également à l'origine de dommages sociaux parmi lesquelles nous pouvons citer la transgression de la loi, principalement par des comportements de conduite en état d'ivresse (pouvant entraîner des blessures et homicides involontaires), de violences commises à l'égard des personnes (violences conjugales), ...

L'importance des dommages liés aux conduites d'alcoolisation en fait une question de santé publique majeure. La conférence de consensus de l'ANAES (1999) a instauré les troubles de l'alcoolisation en tant que maladie dont le traitement relève de l'intervention médicale et médico-sociale (9). Les objectifs des interventions, les moyens de prise en charge ainsi que les durées de suivi dépendent de la sévérité des troubles.

La société française d'alcoologie (SFA) rassemble les différents troubles de l'usage d'alcool autour de la notion de **mésusage** qu'elle définit en ces termes : « Catégorie générique rassemblant toutes les conduites d'alcoolisation caractérisées par l'existence d'un ou plusieurs risques potentiels, ou par la survenue de dommages induits, alcoolodépendance incluse. » (4). La SFA distingue ainsi 3 formes de mésusage :

- **L'usage à risque** correspond aux conduites d'alcoolisation, ponctuelles ou régulières, supérieures aux seuils de l'OMS¹ (Annexe 2). Dans ce cadre l'usager ne présente pas de dommage induit ni de dépendance, il est néanmoins susceptible d'en souffrir à court, moyen ou long terme.
- **L'usage nocif** se caractérise par l'association d'au moins un dommage d'ordre médical, social ou psychique lié à l'alcool en l'absence de dépendance.
- **L'usage avec dépendance** est défini par la perte de la maîtrise de la consommation quel qu'en soit l'importance ou les dommages induits.

Les classifications internationales décrivent des notions similaires concernant les troubles de l'usage de l'alcool : l'usage nocif et l'usage avec dépendance dans la CIM 10² ; l'abus et la dépendance dans le DSM 4³(10). Ces classifications ont en commun 2 critères pour caractériser l'alcoolodépendance :

- la **dépendance pharmacologique** caractérisée par la tolérance au produit et un syndrome de sevrage lors de l'arrêt de l'intoxication
- la **dépendance psychologique** définie par la poursuite de la consommation malgré la prise de conscience des risques ou la présence de dommages.

La cinquième version du DSM (mai 2013), relie les notions d'abus et de dépendance sur le continuum des troubles de l'usage de l'alcool. Dans ce cadre, la gravité des troubles (faibles, modérés à sévères) est fonction de la somme de critères retrouvés (11).

La sévérité des troubles de l'usage de l'alcool du patient nécessite une adaptation de sa prise en charge tant au niveau des objectifs de l'intervention que des moyens et de la durée du suivi. De façon générale, les **objectifs** d'une prise en charge reposent sur la réduction de la consommation en deçà des seuils (OMS) ou sur son arrêt. Ils doivent également permettre une amélioration de la qualité de vie du patient (4).

¹

- jamais plus de **4 verres** par occasion pour l'usage ponctuel
- pas plus de **21 verres** par semaine pour l'usage régulier chez l'homme
- pas plus de **14 verres** par semaine pour l'usage régulier chez la femme.

² Classification internationale des maladies

³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

1. Une maladie chronique

Selon l'OMS une maladie chronique se définit comme :

« Une maladie ayant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : elle est permanente et entraîne une invalidité résiduelle. Elle est causée par une altération pathologique non réversible et requiert une formation du patient à l'éducation thérapeutique. Elle est aussi susceptible d'entraîner une longue période de soins, d'observation et de surveillance. »⁴ (12)

L'alcoolodépendance peut être considérée comme une maladie chronique. D'une part, les modifications neuronales engendrées par l'alcool subsistent longtemps après l'arrêt des consommations. Elles créent les conditions de tolérance et de syndrome de sevrage (11). D'autre part, de nombreuses similarités sont observées entre les dépendances aux substances et certaines maladies chroniques comme l'hypertension artérielle (HTA), le diabète de type 2 et l'asthme (13). Celles-ci concernent l'héritabilité, l'apparition de la maladie et son évolution. Comme dans les maladies chroniques, les patients dépendants sont rapidement perdus de vue, ont une mauvaise observance et rechutent fréquemment. Le caractère chronique des pathologies addictives telles que l'alcoolodépendance implique que les patients qui en souffrent bénéficient d'un suivi au long cours.

L'assiduité aux rendez-vous, la présence aux consultations, sont des composantes de l'adhésion thérapeutique, au même titre que l'observance médicamenteuse.

2. L'adhésion thérapeutique : généralités

La vision de la place du patient dans sa prise en charge a évolué au cours du temps. Dans les années 50 est apparu le terme anglais *compliance* qui se traduit par « observance » (l'observance thérapeutique). Cette notion implique que le patient ne joue qu'un rôle passif, il « obéit » en suivant ce que le médecin lui « ordonne » (instructions, prescriptions ou interdictions) (14).

Par la suite est introduit le terme d'adhésion thérapeutique, *adherence* en anglais. Cette notion illustre l'implication active du patient dans les soins. Dans ce cadre, le patient donne son accord et se conforme aux soins après avoir reçu des explications du soignant.

L'OMS définit en 1993 **l'adhésion à une prise en charge au long cours** comme le niveau d'adéquation entre les recommandations d'un professionnel de santé d'une part et les comportements du patient d'autre part (exemples : le fait de prendre un traitement, de suivre un régime, et/ou d'effectuer des changements de mode de vie...) (12).

L'adhésion thérapeutique est déterminée par de nombreux facteurs pouvant être regroupés en 5 dimensions (12) :

- a. **Facteurs socio-économiques** (niveau d'éducation et de revenus, emploi, entourage, conditions de vie, coût des médicaments, cultures et croyances des patients vis-à-vis de la maladie et des traitements...)

⁴ Traduit de l'anglais : "Diseases which have one or more of the following characteristics: they are permanent, leave residual disability, are caused by nonreversible pathological alteration, require special training of the patient for rehabilitation, or may be expected to require a long period of supervision, observation or care"

- b. **Facteurs liés au système de soin** (niveau de développement du système de soins et des infrastructures, existence d'une assurance maladie (qualité, accessibilité), niveau de formation, expérience et disponibilité du personnel soignant...)
- c. **Facteurs liés à la maladie** (impact des symptômes, niveau d'incapacité ou d'invalidité induite, sévérité de la pathologie...)
- d. **Facteurs liés au traitement** (complexité et durée de la prise charge, antécédents d'échecs thérapeutiques, changements répétés dans la prise en charge, existence d'effets indésirables ...)
- e. **Facteurs liés au patient** (capacités, connaissances, attitudes, croyances, perceptions attendues...)

Notons que seul l'un des 5 déterminants de l'adhésion est intrinsèquement lié au patient.

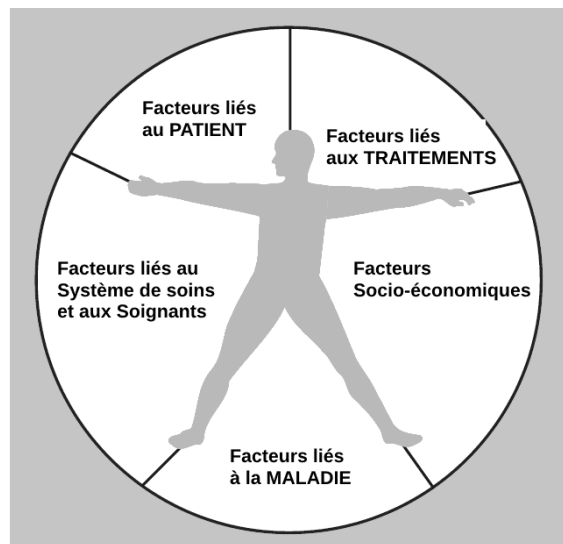


Figure 1. Les 5 « dimensions » de l'adhésion thérapeutique. D'après Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization; 2003.

3. Adhésion aux soins et troubles de l'usage de l'alcool

a. L'adhésion thérapeutique, un facteur de résultats positifs

La durée de suivi, ou adhésion aux soins, est un facteur de bons résultats des prises en charges addictologiques. Plus la participation aux programmes thérapeutiques est longue, plus on note d'améliorations (15). Les résultats sont marqués par une diminution des dommages judiciaires et sociaux ainsi que par une diminution des niveaux de consommation et des taux de rechute (16)(17)(18). A l'opposé, l'arrêt du suivi est un facteur de mauvais résultats (18)(19).

Dans le cadre de l'alcoolodépendance, l'adhésion au traitement est un facteur prédictif d'abstinence (20)(21). D'autre part, plus les patients assistent aux consultations, moins le

risque de rechute est élevé (22). L'abstinence prolongée reste un des objectifs principaux de la prise en charge des patients alcoolodépendants (4). Un arrêt de consommation prolongé est lié à une moindre mortalité, à l'amélioration de certains troubles de la mémoire, et à l'amélioration de la qualité de vie des patients (amélioration de la vie sociale et relationnelle) (23).

L'adhésion aux soins est considérée comme une des meilleures **mesures de l'efficacité des traitements** dans le cadre des maladies addictives (24) .

b. Facteurs d'adhésion

De nombreuses études ont cherché les liens entre l'adhésion aux soins alcoolologiques et certaines caractéristiques des patients.

L'âge est l'un des facteurs les plus étudiés. La plupart des études montrent que les chances d'adhérer au traitement augmentent avec l'âge (24)(18)(25)(26)(27). Concernant le **genre**, les résultats sont plus contrastés (27). Certains articles observent que les femmes participent au programme de soin plus longtemps (20) et d'autres que le sexe féminin est un facteur de risque d'abandon du traitement (28). D'autres enfin considèrent que le genre n'influence ni la rétention, ni l'achèvement, ni les résultats du traitement (26)(29). Dans leur revue de la littérature, *Greenfield et al.* relèvent que les femmes sont moins susceptibles de débiter un traitement que les hommes (29). De leur côté, *Weisner et al.* observent l'inverse (30). Le **support familial et le statut marital** sont notés comme facteurs d'adhésion aux soins. Ainsi, le fait d'être entouré ou marié diminue le risque d'abandon du traitement (18)(31). Le **niveau de revenu** est un facteur positif d'adhésion au traitement (21), tout comme le fait d'avoir un **emploi** stable et à temps plein (25)(31). A l'inverse, un niveau socio-économique faible et une situation professionnelle précaire sont des facteurs de mauvais pronostic du traitement de l'alcoolodépendance (22).

Le lien entre l'adhésion aux soins et la **sévérité de la dépendance** est variable. *Graff et al.* observent que les patientes moins dépendantes participent plus longtemps au programme de soin (19), contrairement à *Elbreder et al.* (26). *Elbreder et al.* (26) et *Vuoristo-Myllys et al.* (32) retrouvent qu'une dépendance moins sévère est un facteur de rupture de suivi et de faible adhésion. Chez *Beckman et Bardsley* (33) et *Baltieri et Filho* (34), une dépendance plus forte représente un risque d'arrêt du suivi. Enfin certaines études ne montrent pas de lien entre la sévérité de la dépendance et l'adhésion aux soins (35)(24).

Des liens ont été décrits entre certaines **comorbidités psychiatriques** et le suivi thérapeutique. L'existence de symptômes anxieux ou dépressifs est corrélée à un arrêt du suivi (18)(24)(25). Dans une revue de la littérature concernant les traitements des addictions en général, le trouble de la personnalité **antisocial** est décrit comme facteur de risque d'abandon de traitement (27).

Le niveau de **motivation** lors de l'initiation de la prise en charge est lié positivement à une meilleure adhésion aux soins (21)(35). De même, les patients initiateurs de leur prise en charge ont tendance à participer plus longtemps au traitement (25)(18). Certains facteurs ne

semblent pas être liés au suivi du traitement. C'est le cas pour la co-addiction au tabac, et le fait d'avoir déjà bénéficié d'une prise en charge antérieure (24).

c. Problématique : une adhésion thérapeutique médiocre

De nombreuses études montrent que l'adhésion thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques n'atteint en moyenne que 50% dans les pays développés (12). Concernant l'observance médicamenteuse, elle serait inférieure à 70% en Europe (36).

Les structures de soins en addictologie connaissent les mêmes problématiques. Ainsi les taux d'absentéisme aux consultations sont parmi les plus élevés des spécialités médicales. La littérature anglaise rapporte des taux de 15 à 28% de patients ne se présentant pas à un deuxième rendez-vous. Ces patients présentent un risque majoré d'abandon de suivi, de mauvaise observance médicamenteuse et de difficultés à maintenir leur abstinence à long terme (37). Ces pertes de contact ont lieu surtout au début de la prise en charge. Une partie importante des abandons de suivi aurait lieu pendant les **trois premiers mois**. Dans sa revue de la littérature, *Stark* rapporte des chiffres allant de 50 à 80% d'abandons de suivi durant cette période (18). De plus, il a été observé qu'à compter d'un seuil de suivi de plus de **trois mois**, des résultats thérapeutiques favorables (exemples : diminution des consommations ou abstinence) augmentent de façon linéaire avec la durée de participation aux soins (*Simpson, 1979 in (27)*).

En France en 2010, dans les CSAPA⁵ (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) à orientation alcool, 21% des patients n'ont été vus qu'une seule fois (38). Dès 1975 une revue de la littérature montrait des taux de perdus de vue avant la 4^{ème} consultation allant de 52 à 75% lors d'une prise en charge alcoologique ambulatoire (39).

Nous avons évoqué ci-dessus des facteurs liés au niveau d'adhésion aux soins. Néanmoins, il s'agit pour la plupart de données anglo-saxonnes qui concernent parfois des échantillons de patients peu représentatifs de la population générale, fortement sélectionnés (anciens combattants, programme ciblant les patients précaires...). D'autre part dans le cadre de ces études les prises en charge sont plus ou moins encadrées, la durée de suivi est souvent limitée. Enfin, les systèmes de santé présentent de nombreuses différences en termes d'accès aux soins, de disponibilité ou de répartition des infrastructures ...

Il n'existe pas de données françaises de grande ampleur étudiant les liens entre des facteurs liés aux patients et l'adhésion aux soins. L'observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), un des organismes centralisant les données des CSAPA, ne dispose pas non plus de données concernant la durée moyenne de suivi, le nombre moyen de consultations ou encore le taux de perdus de vue en fonction du temps⁶.

⁵ cf partie Matériel et Méthode pour une présentation plus détaillée des CSAPA

⁶ Service de documentation de l'OFDT contacté le 27/01/2015 : indicateurs « non disponibles »

4. Objectifs et hypothèses de travail

Le CSAPA alcool de Nancy dispose de nombreuses données liées aux patients et à la durée de suivi, dont certaines restent inexploitées.

La problématique de la mauvaise adhésion aux soins en service d'addictologie ambulatoire nous a amené à chercher l'existence de liens entre certains facteurs et l'adhésion aux soins.

L'objectif principal de l'étude est de rechercher l'existence d'un lien entre les résultats au **questionnaire AUDIT**⁷ à la première consultation et l'adhésion au suivi de patients pris en charge en CSAPA (probabilité d'être toujours suivi à un an et demi).

Les objectifs secondaires sont d'une part d'évaluer l'existence d'un lien entre la durée de suivi et d'autres **facteurs liés au patient** (socio-démographiques et addictologiques) et d'autre part de produire des **données descriptives** d'un échantillon de patients consultants en CSAPA alcool (durée moyenne de suivi et taux d'abandon en fonction du temps, nombre moyen de consultations par patient).

Nos hypothèses de travail sont les suivantes :

1. Les patients ayant un score élevé au questionnaire AUDIT auront une durée de suivi moindre que les autres patients.
2. Les résultats concernant les autres facteurs liés au patient devraient se rapprocher de ceux décrits dans la littérature.
3. La majorité des abandons de suivi devrait avoir lieu au début de la prise en charge.

⁷ Alcohol Use Disorders Identification Test : test de repérage de troubles de l'usage de l'alcool

Patients et méthodes

1. Population étudiée

a. Caractéristiques

La population observée est constituée de **169 patients** consultant pour la **première fois** au CSAPA de Nancy et dont la problématique principale était liée à l'alcool. Le recrutement s'est déroulé de manière rétrospective, du 10 avril 2012 au 27 décembre 2012. La date de début d'inclusion a été choisie afin d'éviter de recruter les patients d'une étude précédente. La date de fin d'inclusion correspond au jour de consultation du dernier nouveau patient de l'année 2012.

Les données ont été anonymisées au fur et à mesure du recueil en attribuant un identifiant unique à chaque patient.

b. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient la première venue au centre d'un patient majeur présentant une problématique en lien avec sa consommation d'alcool. Le dossier devait contenir un questionnaire AUDIT complété.

c. Critères d'exclusion

Les patients rencontrés en maison d'arrêt étaient exclus de facto. Dans ce cas et pour des raisons d'ordre matériel, les questionnaires ne sont pas remplis lors de la première consultation.

2. Lieu de l'étude : CSAPA Alcool de Nancy

a. Rappels concernant l'offre de soins en Addictologie et les CSAPA

En France, la prise en charge alcoologique et addictologique repose sur un réseau de soin comprenant 3 pôles (40) :

- Le pôle « ville », de premier niveau. Il est composé des acteurs médicosociaux de première ligne dont font partie les médecins généralistes.
- Le pôle « médicosociale spécialisé » représenté par les CSAPA. Ils regroupent depuis 2008 les anciens CCAA (Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie) et CSST (Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes).
- Le pôle « hospitalier », lui-même organisé en 3 niveaux

Les CSAPA assurent une prise en charge **ambulatoire** globale, médico-psycho-sociale et de réduction des risques. Certains CSAPA permettent également une activité d'hébergement thérapeutique. Le décret de la direction générale de la santé de 2008 leur a garanti une possibilité d'orientation en fonction de la substance principale concernée (41). Il existe ainsi des CSAPA alcool, des CSAPA « drogues illicites » et des CSAPA généralistes. (Ces

spécificités persistent pour des raisons historiques en lien avec les formations spécifiques des soignants).

Les CSAPA « alcool » (au nombre de **229** en 2010) accueillent des personnes ayant des consommations d'alcool excessives, le plus souvent **dépendantes** (2/3 des patients) ou ayant un **usage nocif**, ou **à risque**. Le nombre de personnes en difficulté avec l'alcool accueillies dans ces centres était estimé à 133 000 en 2010 (6).

◆ **Prise en charge personnalisée, dans la durée**

Le déroulement des soins dans les CSAPA n'est pas standardisé. Le suivi et la prise en charge dépendent de la situation du patient, de ses attentes et de ses comorbidités. Ce suivi peut comprendre des périodes de sevrages ambulatoire ou hospitalier.

Le décret définissant les missions des CSAPA indique que : « **le CSAPA assure le suivi du patient et de son entourage tout au long de son parcours de soin autant que de besoin** » (41).

b. Le CSAPA alcool de Nancy

Cette étude a eu lieu au sein du CSAPA alcool de Nancy, structure sous la responsabilité du Dr Claudine Gillet. Le CHU de Nancy a regroupé dans un même lieu depuis le 16 décembre 2013 le centre de dispensation de méthadone, l'Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des Toxicomanes et le Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie. Ce CSAPA généraliste est la Maison des Addictions, sous la responsabilité du Pr Raymund Schwan. C'est un lieu de prise en charge des personnes présentant une problématique addictive avec ou sans produits.

Dans notre centre les consultations ont lieu sur rendez-vous. La première consultation comprend un entretien médical avec un médecin addictologue qui propose au patient les modalités du suivi.

Les professionnels présents sont des addictologues, des psychologues, des infirmiers(-ères) spécialisé(e)s, des diététicien(ne)s, des assistantes sociales et des éducateurs(-trices). Les patients peuvent également participer à des groupes de paroles et à des activités thérapeutiques (relaxation, activités physiques, programmes sur cassette vidéo). Enfin, il est possible de recevoir des proches lors d'une consultation dédiée.

Il n'est pas prévu de relance téléphonique en cas d'absence aux rendez-vous.

3. Méthodologie

a. Données socio-démographiques

Chaque nouveau patient renseigne à son arrivée des informations socio-démographiques auprès du secrétariat. Ces informations étaient compilées anonymement au sein d'une banque de données informatique.

Les données prises en compte dans notre étude sont les suivantes :

- Le sexe
- L'âge à la première consultation
- Le niveau d'étude
- L'entourage (le fait de vivre seul ou non)
- L'origine de la démarche de soins

b. Données addictologiques

Lors de la consultation, le médecin du service renseigne le dossier médical du patient. Il relève de nombreuses informations comme les antécédents et les comorbidités addictologiques. Pour notre étude, ces informations ont été relevées manuellement dans chaque dossier et reportées dans un fichier Excel anonymisé.

Éléments relevés :

- Antécédents de prise en charge addictologique (sans précision de produit)
- Antécédents familiaux de troubles de l'usage de l'alcool
- Consommation déclarée d'alcool (réponse à la question : « combien de verres de boissons alcoolisées buvez-vous par jour ? »)
- Conduites d'alcoolisation
- Consommation de tabac
- Consommation de substances psychotropes : médicaments (et mésusage éventuel) et produits illicites
- Stade de PROCHASKA⁸ (évalué par l'interrogatoire)

Un sujet est considéré comme « consommateur actif » si la dernière consommation du produit a eu lieu pendant le mois précédent. Lorsque la dernière consommation du produit date d'un mois ou plus, nous parlons de « consommateur antérieur ».

c. Relevé d'activité du patient

Chaque contact d'un patient avec le centre est relevé au niveau du secrétariat et reporté dans un fichier informatisé. Dans le cadre de notre étude, l'activité de chaque participant a été incluse dans l'analyse après anonymisation. Cette activité regroupe :

- Les consultations médicales et sociales
- Les venues aux activités thérapeutiques et aux groupes de paroles
- Les entretiens téléphoniques

Le relevé des activités des patients a pu couvrir une **durée totale d'un an et demi** (548 jours) après la dernière inclusion. Cette durée arbitraire correspond à la date de fin de recueil des dossiers papiers.

⁸ Modèle proposé par Prochaska et al. (42) décrivant les 6 étapes communes aux changements de comportements.

d. Questionnaires utilisés

Le patient est invité à remplir 4 **auto-questionnaires** avant son entretien médical. Le remplissage est effectué en salle d'attente.

i. Le questionnaire (ou test) de Fagerström

Il évalue en 6 questions le degré de dépendance au tabac. La cotation s'effectue selon une échelle de Likert (de 0 à 1 pour 4 questions et de 0 à 3 pour 2 questions).

Le score obtenu va de 0 à 10. Les seuils recommandés sont les suivants :

- score entre 0 et 2 : pas de dépendance nicotinique
- score entre 3 et 4 : dépendance faible
- score entre 5 et 6 : dépendance moyenne
- score entre 7 et 10 : dépendance forte

ii. Le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Ce questionnaire est le résultat d'un projet multicentrique de l'OMS publié en 1993 (6 pays) (43). C'est un outil destiné à repérer les personnes présentant un trouble de l'usage de l'alcool. Il permet également de préciser les répercussions de la consommation d'alcool (44).

Le temps de passation est rapide (environ 5 minutes). Il compte dix questions et explore les douze derniers mois de la vie du consommateur (43). Le patient choisit sa réponse parmi celles proposées, chacune étant cotée de 0 à 4. Le total correspond à la somme des notes des réponses et va de **0 à 40** (Annexe 1).

Les domaines explorés sont les suivants (5):

- Pour les questions 1 à 3 : la consommation dangereuse d'alcool
- Pour les questions 4 à 6 : les symptômes de dépendance
- Pour les questions 7 à 10 : la consommation nocive (ou problématique)

Les seuils d'interprétation ont variés au cours du temps et des études de validation. La validation en français retient les seuils suivants (45) :

	Homme	Femme
Pas de problème de consommation	0 à 6	0 à 5
Consommation excessive, à risque. Mésusage (SFA) (44)	7 à 12	6 à 12
Alcool-dépendance	≥ 13	≥ 13

La SFA rappelle que l'AUDIT est un outil de dépistage qui ne permet donc pas de poser un diagnostic (4).

La dernière recommandation de la SFA concernant le mésusage d'alcool rappelle les correspondances entre le niveau de risque de la consommation (estimé par l'AUDIT) et le niveau d'intervention thérapeutique (44):

- **prévention primaire** (éducation pour la santé) lorsque le niveau de risque est **faible** (AUDIT <7 chez l'homme et < 6 chez la femme)
- **conseils** (interventions brèves et suivi) lorsque le niveau de risque atteint le **mésusage** (AUDIT entre 7 et 12 chez l'homme et 6 à 12 chez la femme)
- **traitement spécialisé** en cas de risque d'alcoolodépendance (AUDIT \geq 13)

Dans notre étude, nous formerons des groupes de patients en fonctions de leurs résultats au questionnaire, dans le but de comparer leur probabilité d'adhésion à un an et demi.

iii. Le questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

Créé à l'initiative de l'OFDT, le but du CAST est de repérer les mésusages de cannabis. Il se réfère aux 12 derniers mois de la vie du consommateur et comporte 6 questions à réponses bimodales : oui / non. Il explore l'usage non festif, les troubles de la mémoire associés, les réactions de l'entourage et la perte de contrôle de la consommation. En présence de 2 réponses positives, il est conseillé aux sujets de s'interroger sur les conséquences de leur consommation. Si 3 réponses sont positives, il leur est conseillé de demander une aide vis-à-vis de leur consommation (46).

En raison d'un trop faible taux de remplissage, les données issues de ce questionnaire n'ont pas été analysées.

iv. Échelle HAD (Hospital Anxiety and depression scale)

C'est un outil de dépistage ou de diagnostic précoce des troubles de l'humeur. Il comprend 14 items dont 7 évaluant la dépression et 7 l'anxiété. Ce questionnaire n'est pas analysé dans notre étude. Son analyse dans le même centre a fait l'objet d'une étude pilote rapportée dans une thèse récente (47).

e. Critère de jugement

L'objectif de l'étude était d'étudier les facteurs en lien avec l'adhésion aux soins à un an et demi. Pour cela, nous avons étudié l'évènement « perdu de vue ». Tout patient ne donnant pas de nouvelles (absence de contact avec le centre) sur une durée **supérieure à 90 jours** était considéré comme perdu de vue.

4. Traitement et analyse des données

L'analyse statistique, l'interprétation et la présentation des résultats ont été réalisées avec l'aide de Madame Erpelding, ingénieur hospitalier du service Épidémiologie et Évaluation Cliniques du CHU de Nancy. Les caractéristiques des patients ont été décrites en termes de moyenne, écart-type, minimum et maximum, médiane, premier (Q1) et troisième (Q3) quartile pour les variables quantitatives et en terme de fréquence absolue et relative pour les

variables qualitatives. Les courbes d'adhésion au suivi à 1 an et demi ont été obtenues globalement et selon les différents groupes (sexe, âge, score AUDIT) par la méthode de Kaplan-Meier. La comparaison des courbes de ces différents groupes a été réalisée à l'aide du test de Log-Rank. La probabilité d'être perdu de vue à 1 an et demi a été réalisée à partir d'une analyse bivariée et multivariée au moyen d'un modèle de COX. Seules les variables significatives au seuil $\alpha=10\%$ ont été candidates pour l'analyse multivariée. Une méthode de sélection des variables Stepwise avec un seuil d'entrée à 10% et un seuil de sortie à 5% a été utilisée. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SAS 9.3 (SAS Institute, Cary NC).

Résultats

1. Analyse descriptive

Lorsque les données ne sont pas renseignées pour l'ensemble de l'échantillon, l'effectif est précisé entre parenthèses. Lorsque des résultats sont indiqués en dehors des tableaux et graphiques, ils sont arrondis à l'unité.

a. Caractéristiques socio-démographiques

La moyenne d'âge des **169 patients** inclus dans l'étude est de **42 ans**, pour un intervalle de 18 à 69 ans.

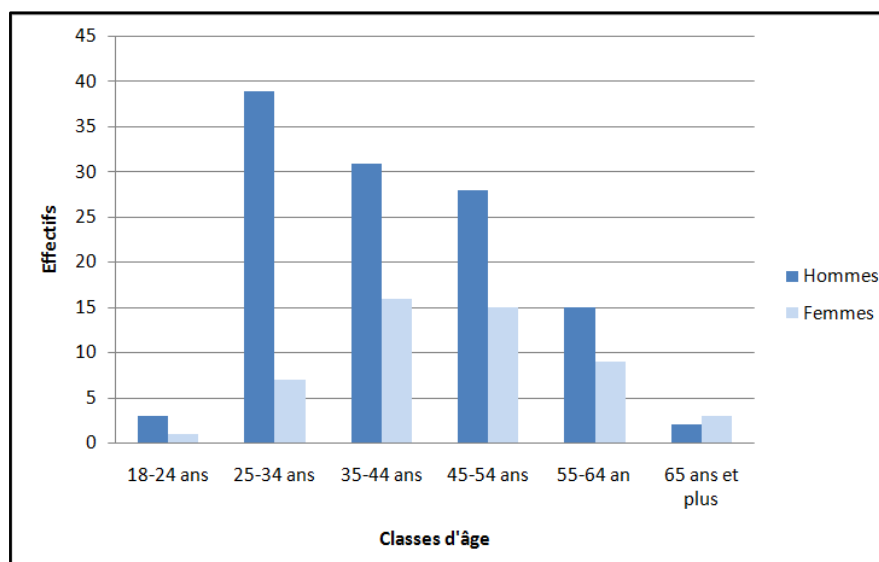


Figure 2. Répartition par classes d'âge.

Les **hommes** comptent pour plus de **2/3** des effectifs. **45%** des patients ont un **niveau d'études** supérieur ou égal au baccalauréat. (*Données pour 166 patients*).

42% des patients déclarent vivre **seul** (les patients vivants seuls avec enfant(s) font partie de cette catégorie).

Le **déclencheur de soins** relève à **47%** des patients et de leurs proches et à **35%** d'une origine médicale. **7%** des patients se présentent dans le cadre d'une **obligation de soins**. (*Données pour 167 patients*).

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques.

	Effectif	%/moyenne	ET*	médiane	Q1	Q3	min	max
Sexe								
Féminin	51	30,2						
Masculin	118	69,8						
Age à la 1ère consultation	169	42,4	11,3	42,0	33,0	51,0	18,0	69,0
Age								
< 35 ans	50	29,6						
>= 35 ans	119	70,4						
Niveau d'étude								
Manquant	3							
Sans formation-collège	25	15,1						
BEP-CAP	67	40,4						
BAC	24	14,5						
Études supérieures	50	30,1						
Entourage : seul								
Non	98	58,0						
Oui	71	42,0						
Origines de la prise en charge								
Manquant	2							
Personnelles & Proches	78	46,7						
Personnelle & médicale	20	12,0						
Médicale	58	34,7						
Obligation de soins	11	6,6						

* écart-type

b. Données addictologiques

i. Alcool

Pour **63%** des patients, cette première venue au centre correspond à leur première démarche de soins spécialisés. **17%** des sujets ont déjà bénéficié d'un suivi addictologique auparavant (antérieur aux 6 derniers mois) et **20%** ont débuté des soins durant les 6 derniers mois. (*Données concernant 162 patients*). (Tableau 2)

Un **antécédent familial** de trouble de l'usage d'alcool est rapporté par **73%** des patients. (*Données concernant 121 patients*).

La **consommation déclarée d'alcool (CDA)** est en moyenne de **7,5 verres standards**⁹ par jour. (*Données concernant 98 patients*). Pour préciser cette consommation, les réponses à la deuxième question¹⁰ de l'AUDIT ont été relevées (Figure 3).

⁹ En France, un verre standard (servi dans les débits de boisson) contient 10 grammes d'alcool pur.

¹⁰ « Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ? »

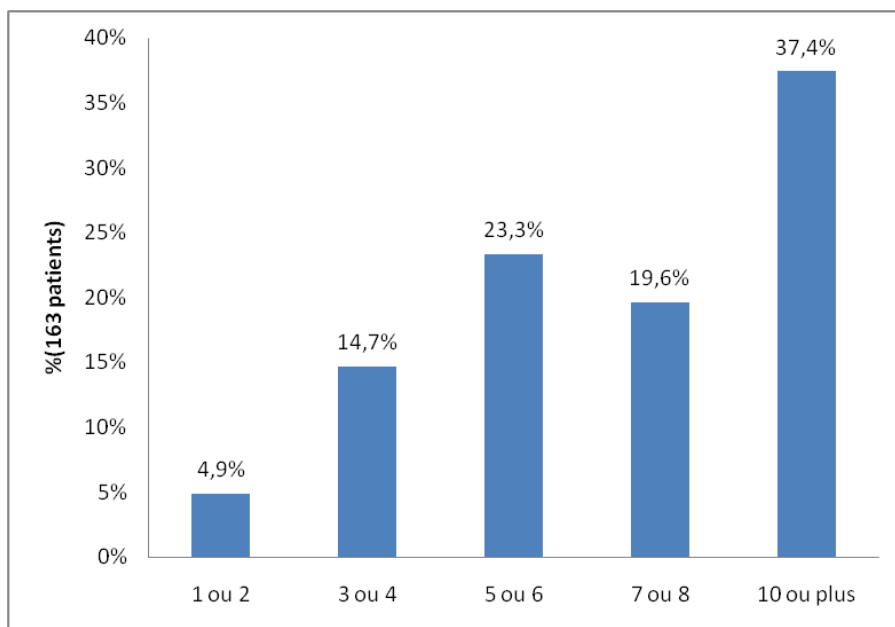


Figure 3. Réponses à la 2ème question de l'AUDIT.

◆ Conduites d'alcoolisation

Les conduites d'alcoolisation sont évaluées lors de l'entretien médical. Elles comprennent l'usage simple, l'usage à risque, l'usage nocif et la dépendance. Le stade de non-usage secondaire¹¹ a été inclus dans la dépendance. La majorité des patients présente les critères de la dépendance au terme de ce premier entretien (Figure 4).

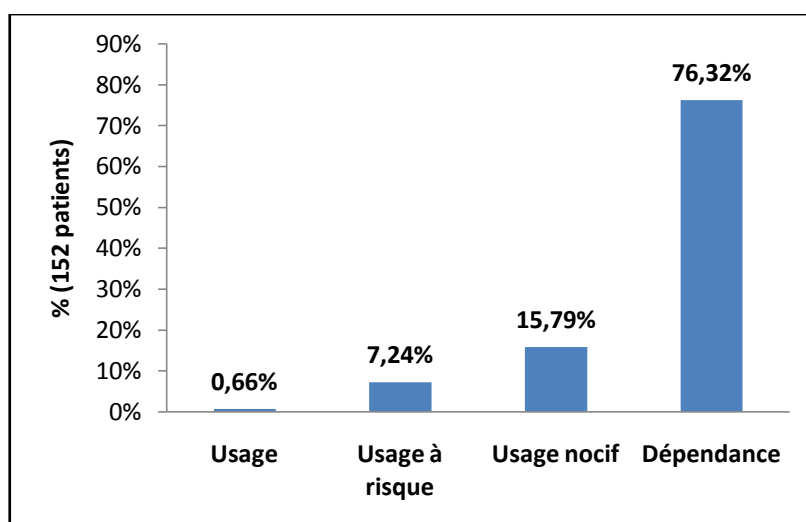


Figure 4. Conduites d'alcoolisation parmi 152 patients.

¹¹ Le non-usage secondaire survient après une période de mésusage. Il correspond à l'abstinence.

Tableau 2. Analyse descriptive - Données concernant l'alcool.

	Effectif	%/moyenne	ET ¹²	médiane	Q1 ¹³	Q3 ¹⁴	min	max
Antécédents de prise en charge addictologique								
Manquant	7							
jamais, pas de prise en charge	102	63,0						
prise en charge actuelle (au cours des 6 derniers mois)	32	19,8						
prise en charge antérieure (suivi antérieur aux 6 mois précédents)	28	17,3						
Antécédents familiaux d'alcoolisation								
Manquant	48							
aucun	33	27,3						
oui au premier degré	60	49,6						
oui au second degré	28	23,1						
Verres consommés par jour	98	7,5	6,7	6,0	3,0	10,0	0,0	35,0
Nombre de verres de boissons alcoolisées/jour (Q2 Audit)								
Manquant	6							
1 ou 2	8	4,9						
3 ou 4	24	14,7						
5 ou 6	38	23,3						
7 ou 8	32	19,6						
10 ou plus	61	37,4						
Score Audit	169	24,9	8,6	25,0	20,0	32,0	3,0	40,0
Score Audit en classes								
<20	42	24,9						
[20-25[28	16,6						
[25-30]	49	29,0						
>30	50	29,6						
Score Audit ≥ 30								
Non	116	68,6						
Oui	53	31,4						

◆ L'AUDIT

Le résultat moyen au test est de **25**, les scores allant de 3 à 40. **50%** des patients ont un score entre 20 et 32. **90%** des patients de notre échantillon présentent un score supérieur ou égal à **13**, seuil de repérage de l'alcoolodépendance dans la version française validée de l'AUDIT. (Figure 5).

¹² Écart-type

¹³ Premier Quartile

¹⁴ Troisième quartile

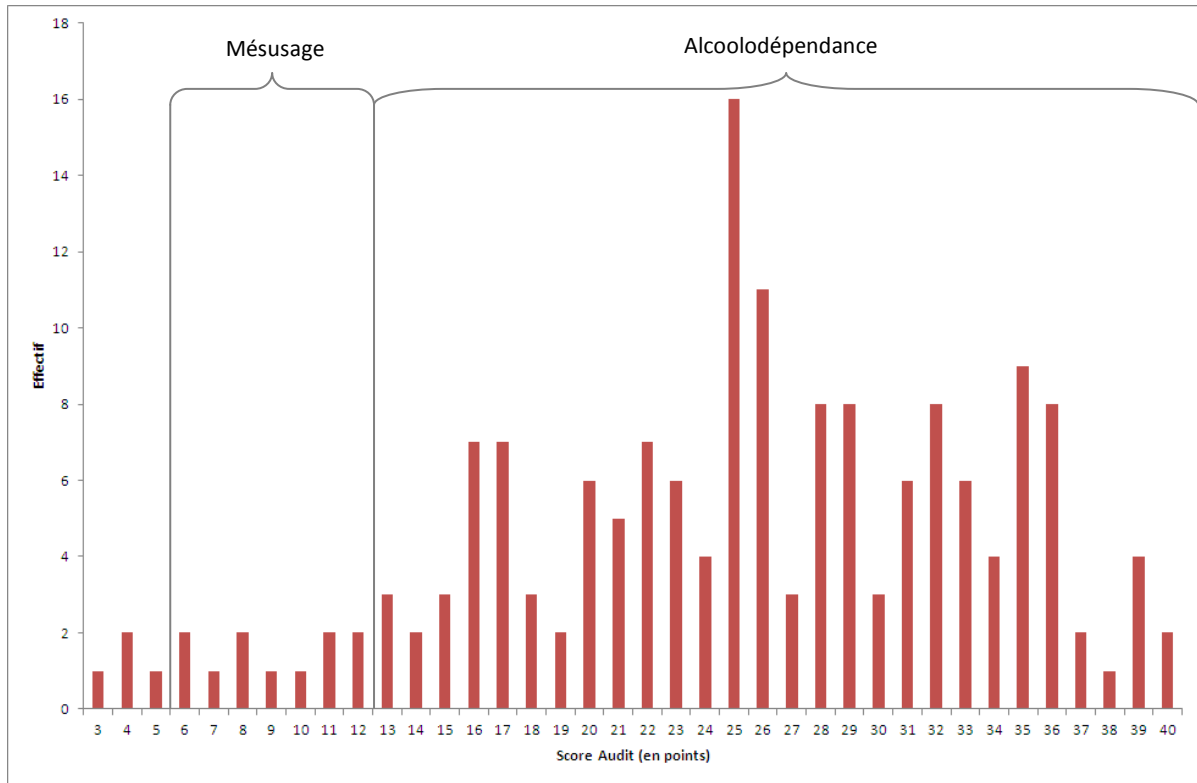


Figure 5. Répartition des scores obtenus à l'AUDIT.

ii. Tabac

83% des patients sont **fumeurs**. Parmi les non-fumeurs, 39% sont abstinents. (*Données concernant 168 patients*).

◆ Test de Fagerström

Le score moyen est de **5**. 67% des fumeurs présentent une dépendance moyenne à forte. (*Données pour 138 patients*). (Figure 6).

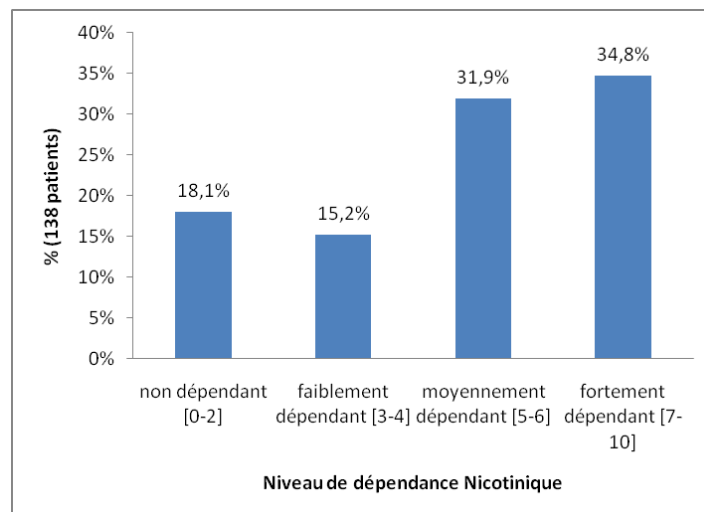


Figure 6. Test de Fagerström (138 patients)

iii. Médicaments psychotropes

65% des patients consomment des médicaments psychotropes à leur première consultation. 31% n'en ont jamais consommés et 3% sont d'anciens consommateurs (abstinence supérieure ou égale à un mois) (*Données pour 161 patients*). La répartition en fonction des molécules est présentée dans la Figure 7. Un **mésusage** de médicaments psychotropes est noté chez **15%** des patients et concerne les benzodiazépines à **95%** (*Données pour 128 patients*).

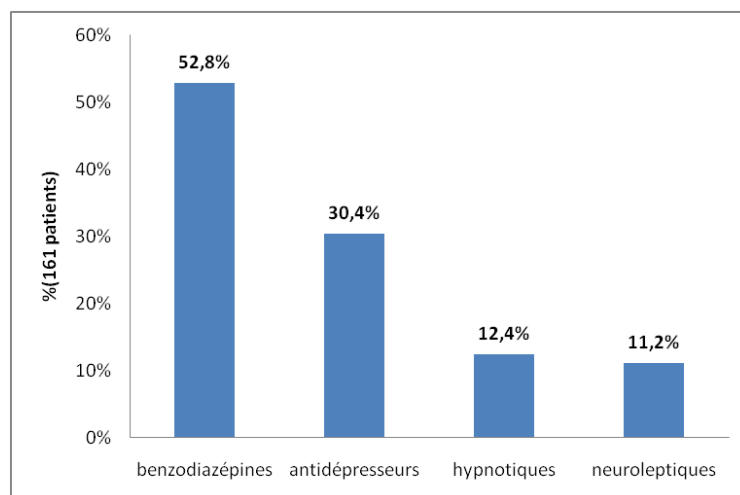


Figure 7. Consommateurs actifs de médicaments psychotropes (161 patients).

iv. Substances illicites

Concernant le **cannabis**, **20%** des patients sont consommateurs actifs de cette substance. **81%** sont non-consommateurs à l'inclusion dont **le tiers** rapporte un antécédent de consommation. (*Données pour 169 patients*).

Concernant l'**héroïne**, **5%** des patients rapportent une consommation active à l'inclusion. 16% des sujets ont un antécédent d'usage et parmi eux 44% sont sous traitement de substitution. (*Données concernant 165 patients*).

Concernant les **autres substances illicites**, **7%** des patients en consomment activement, en majorité de la **cocaïne** (Figure 8). **17%** des sujets sont anciens expérimentateurs de ces produits (sans précision sur le niveau d'usage). (*Données concernant 164 patients*).

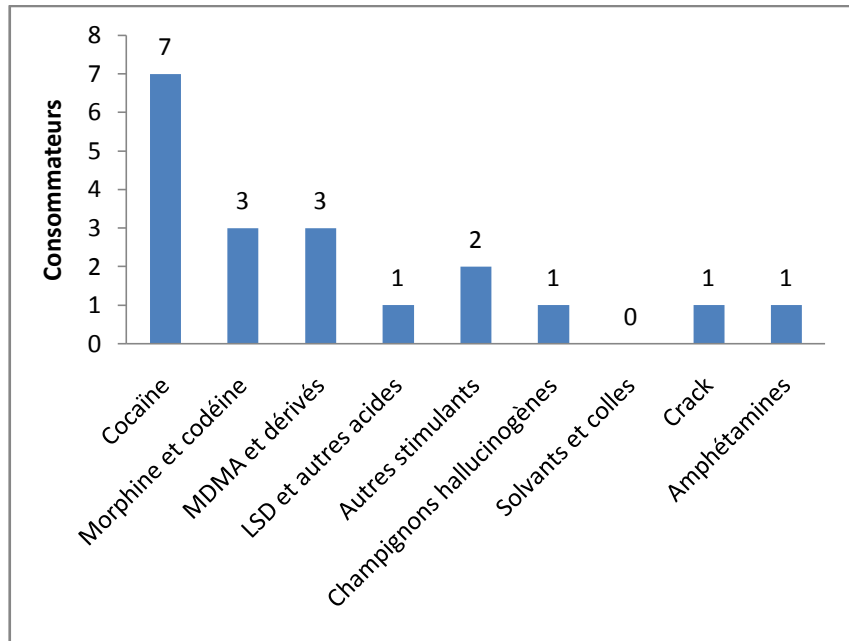


Figure 8. Consommateurs actifs d'autres substances illicites parmi 164 patients.

v. Stade de Prochaska

Dans notre étude, ce stade est évalué lors de l'entretien médical initial par l'interrogatoire. Il rend compte de l'état de préparation au changement. Près de **41%** des patients semblent d'ores et déjà modifier activement leur comportement (stade de l'**action**). 16% des patients n'expriment aucune intention de changement dans un futur proche (6 mois) : stade de **pré-intention**. En raison du faible nombre de patients au stade du maintien, ces derniers ont été regroupés avec les patients au stade de l'action (Figure 9).

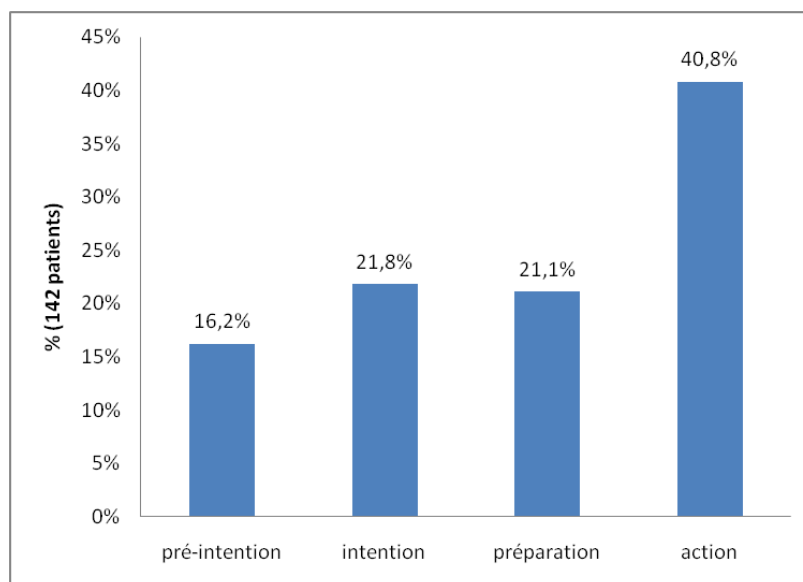


Figure 9. Stades de Prochaska, répartition pour 142 patients

2. Probabilité d'adhésion au suivi.

a. Contacts avec le centre

Le nombre moyen de contacts avec le centre est de **9** ($\pm 15,9$, médiane à **4** et maximum à **122**). 50% des patients ont entre **2 et 8** contacts avec le CSAPA. (Figure 10)

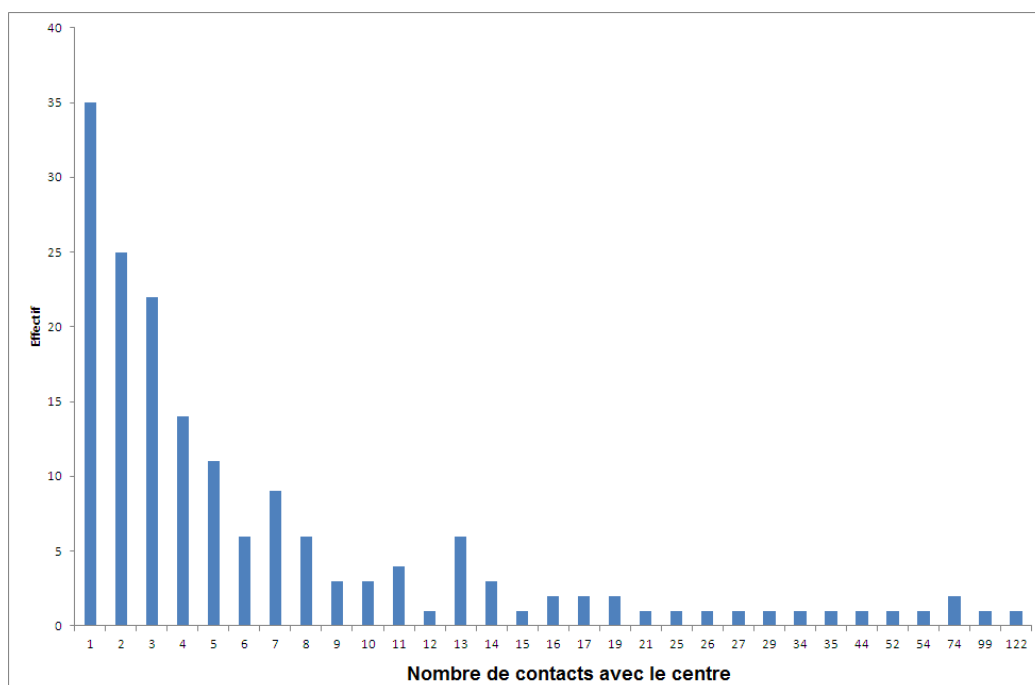


Figure 10

b. Durée moyenne de suivi et probabilité d'adhésion

L'étude de survie concerne les 548 jours suivant l'inclusion. La durée moyenne de suivi est de **97 jours** ($\pm 131,8$; suivi médian : 50 jours). La probabilité d'adhésion au suivi en fonction du temps est représentée par la Figure 11. Nous observons que la probabilité d'adhésion baisse majoritairement lors des 3 premiers mois de la prise en charge et atteint 31% à 90 jours. Elle se stabilise ensuite et baisse progressivement sur le reste de la période étudiée.

Tableau 3. Probabilité d'adhésion en fonction du temps

Durée de suivi	90j	180j	365j	540j
Probabilité d'adhésion	31%	25%	18%	15%

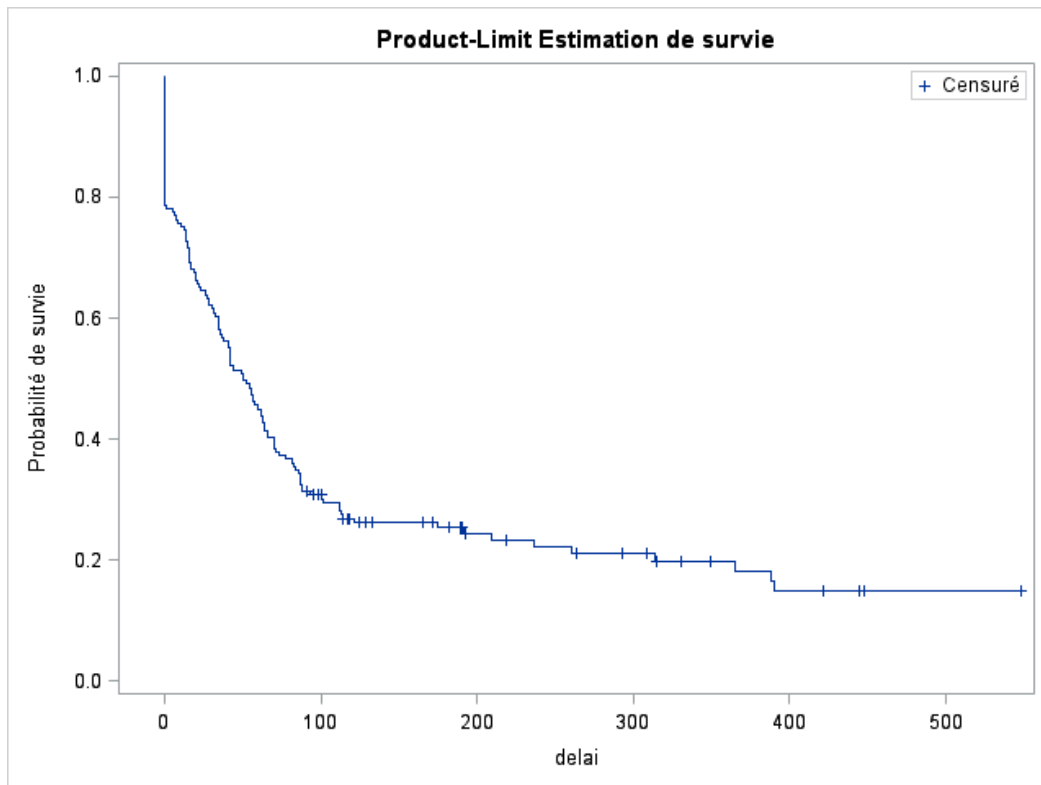


Figure 11. Courbe de la probabilité d'adhésion au suivi à un an et demi (durée de suivi en jours).

c. Analyses de l'adhésion à 1 an et demi en fonction des caractéristiques socio-démographiques

i. L'âge

La comparaison des courbes d'adhésion au suivi selon 2 groupes d'âges (<35ans et ≥ 35 ans) montre que le groupe de patients plus âgés a une probabilité plus importante d'être adhérent à un an et demi ($p=0.0056$) (Figure 12). L'analyse bivariée précise que ce groupe présente **1,61** fois plus de risque d'être perdu de vue à un an et demi ($p=0,0081$; IC 95%=[1,13-2,33]). La littérature ne rapporte pas d'âge seuil à partir duquel l'adhésion thérapeutique augmente. Après plusieurs tests, l'âge de 35 ans s'est révélé être le plus clivant dans notre étude.

ii. Le sexe

Les courbes d'adhésion au suivi à un an et demi présentent une différence statistiquement significative en fonction du sexe ($p=0.0396$). Les femmes ont une plus grande probabilité d'adhésion au suivi que les hommes (Figure 13). L'analyse bivariée précise que les hommes ont **1,48** fois plus de risque d'être perdu de vue à un an et demi ($p=0,0476$; IC 95%=[1-2,18]).

Le niveau d'étude, l'entourage et l'origine de la prise en charge n'ont pas d'influence significative sur la probabilité d'être perdu de vue à un an et demi. (Annexe 3).

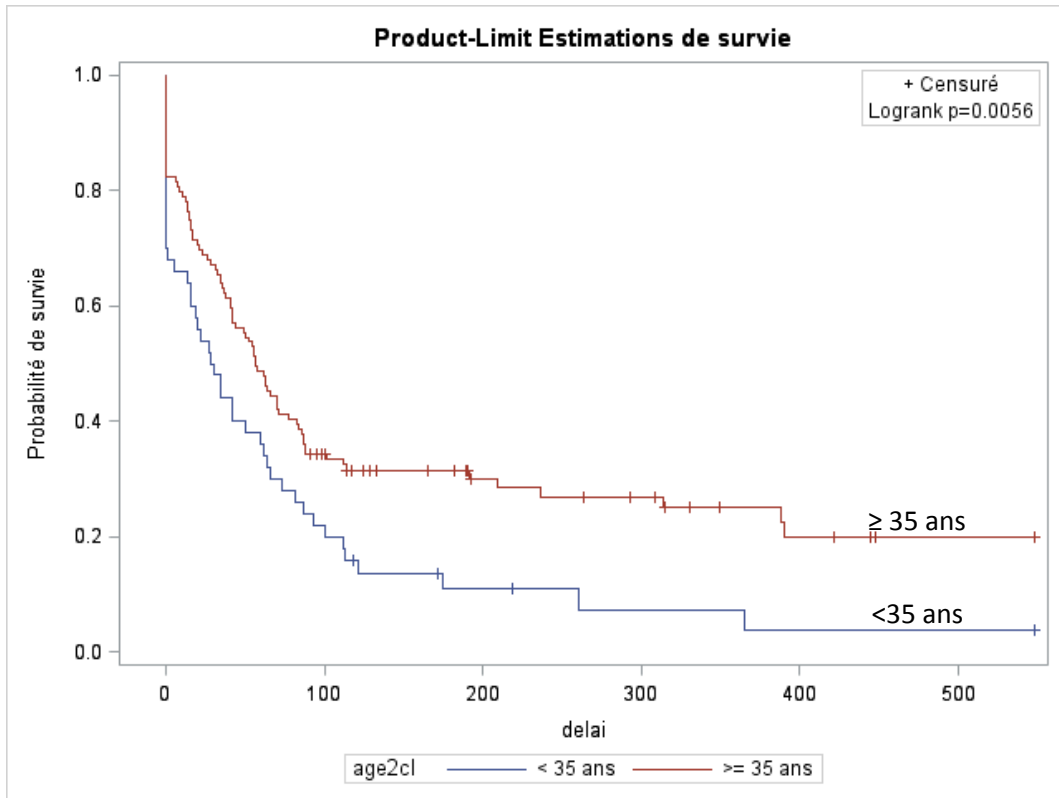


Figure 12. Courbe d'adhésion au suivi à un an et demi selon l'âge (durée de suivi en jours)

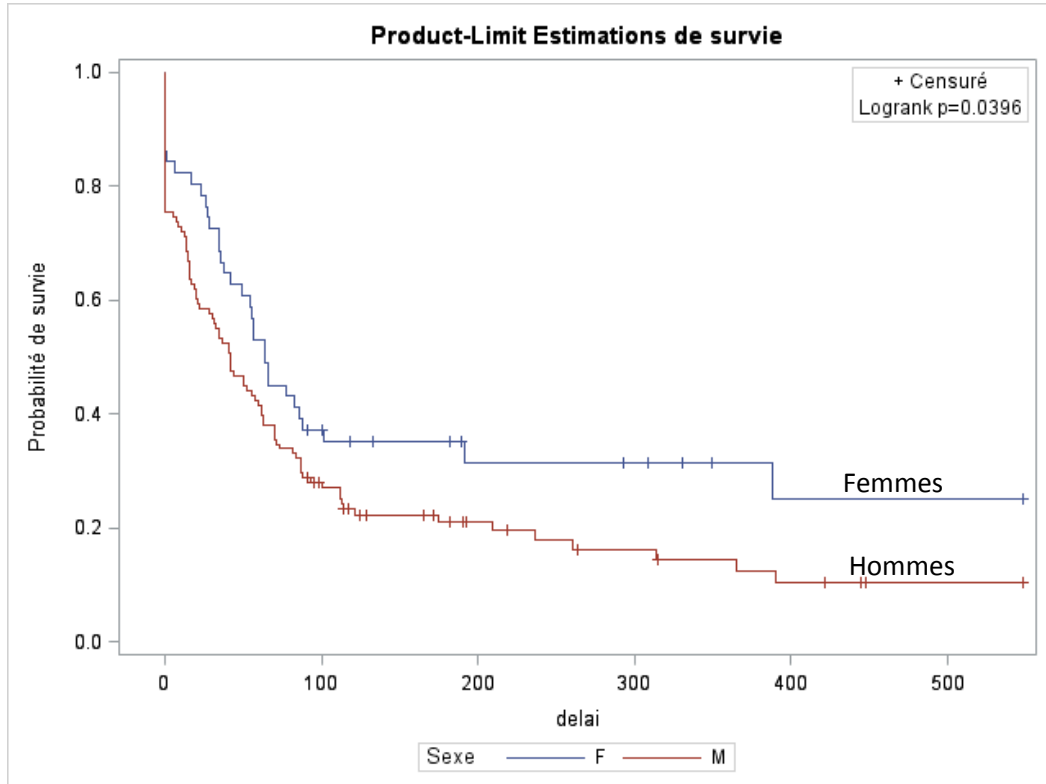


Figure 13. Courbes d'adhésion au suivi à un an et demi suivant le sexe (durée de suivi en jours).

d. Analyses de l'adhésion à 1 an et demi en fonction des caractéristiques addictologiques

i. Adhésion en fonction de l'AUDIT

En raison de la distribution de cette variable dans notre étude nous ne tenons pas compte des seuils de repérage recommandés dans la littérature. Nous constituons les classes suivantes: score AUDIT <20 ; [20-25[; [25-30] ; >30. La comparaison des courbes d'adhésion au suivi est représentée Figure 14. Les patients dont le score à l'AUDIT se situe dans les classes **[25-30]** et **<20** ont une probabilité d'adhésion au suivi plus importante que les patients des 2 autres classes ($p=0,0405$). L'analyse bivariée retrouve des résultats concordants (Tableau 4). Les patients dont le score à l'AUDIT est dans la classe **[20-25[** semblent avoir plus de risque d'être perdu de vue que les patients de la classe **<20** ($p=0.0564$).

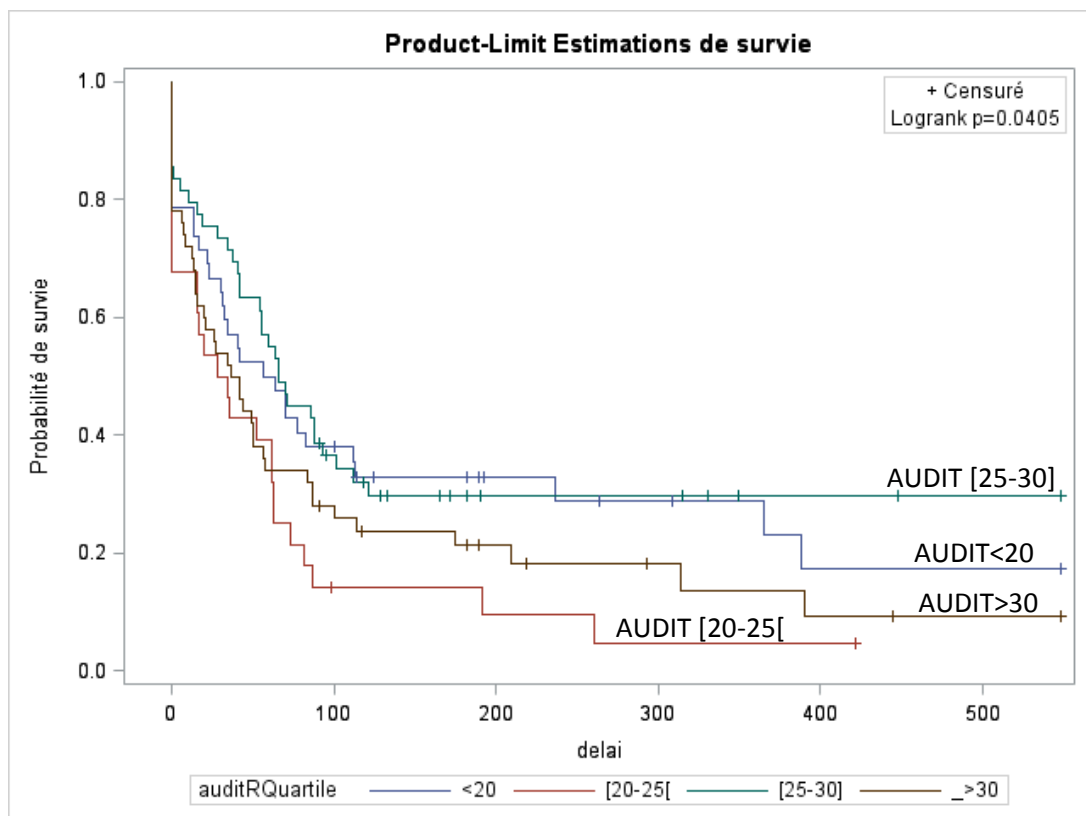


Figure 14. Courbes d'adhésion au suivi à un an et demi en fonction du score à l'AUDIT

Tableau 4. Probabilité de ne pas adhérer au suivi à 1 an et demi, score AUDIT en classes

Score AUDIT (en classes)	HR	IC 95%		p
<20	1			0,0564
[20-25[1,72	1,02	2,90	
[25-30]	0,91	0,56	1,48	
> 30	1,35	0,85	2,15	

◆ **AUDIT et facteurs socio-démographiques et addictologiques**

En raison de la progression non linéaire de l'adhésion entre ces 4 classes, nous avons décidé de les comparer entre elles en fonction des autres facteurs étudiés (addictologiques et socio-démographiques). Les explications que nous pouvons avancer reposent sur les effets des co-facteurs analysés : **âge, sexe et consommation de cannabis** :

- la classe **[25-30]** (plus forte adhésion) possède la plus grande proportion de **femmes**
- les patients de la **classe < 20** (bonne adhésion) sont significativement **plus âgés** que les autres et consomment moins de cannabis
- la **classe ≥30** (mauvaise adhésion) possède la plus forte proportion de **consommateurs actifs de cannabis**
- la classe **[20-25[** (mauvaise adhésion) comporte la plus faible proportion de femme et possède l'effectif le moins important.

Les résultats de cette comparaison sont détaillés dans l'Annexe 6.

◆ **AUDIT et polyconsommation**

La comparaison de ces 4 groupes de patients permet de mettre en évidence des différences concernant certains **facteurs addictologiques**. Plus le résultat à l'AUDIT augmente et plus la proportion fumeurs fortement dépendants et de consommateurs de médicaments psychotropes augmente (Tableau 5). Il y aurait peut être une tendance identique pour le cannabis mais « **p** » est à la limite de la significativité.

Tableau 5. Comparaisons entre le score à l'AUDIT en classes et certains facteurs addictologiques

	<20 N=42 (24,9%)			[20-25[N=28 (16,6%)			[25-30] N=49 (29,0%)			>30 N=50 (29,6%)			p
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	
Test de Fagerström	29	4,1	2,6	23	4,9	2,6	44	5,7	2,6	42	6,4	2,4	0,0029
Test de Fagerström Fortement dépendant	3	10,3		6	26,1		19	43,2		20	47,6		0,0431
Consommateur de cannabis Consommateur actif	4	9,5		3	10,7		11	22,4		15	30,0		0,0500
Médicaments psychotropes consommateur actuel	22	53,7		13	52,0		32	66,7		39	83,0		0,0036

*ET=écart-type

ii. Facteurs sans lien avec la probabilité d'être perdu de vue à un an et demi (analyse bivariée)

Nous n'avons pas mis en évidence d'influence significative sur le risque d'être perdu de vue à un an et demi des facteurs addictologiques suivants :

- Antécédents familiaux d'alcoolisation
- Nombre de verres consommés par jour (auto-questionnaire)
- Nombre de verres de boissons alcoolisées par jour (Q2 Audit)
- Fumeur actuel
- Test de Fagerström en continu et en classes
- Médicaments psychotropes
- Stades de Prochaska

Le tableau récapitulatif est présenté en Annexe 4.

3. Analyse multivariée : ajustement de la probabilité d'être perdu de vue à un an et demi

Nous avons réalisé une analyse multivariée afin de tenir compte des facteurs de confusion (modèle de Cox). Les variables significatives au seuil de 10% de l'analyse bivariée sont l'âge, le sexe, le score à l'AUDIT, la consommation active de cannabis et l'existence d'antécédents de prise en charge addictologique. Le fait d'être fumeur actif de cannabis semble être un facteur mauvaise adhésion au suivi ($p=0,0591$). Les patients présentant des antécédents de prise en charge addictologiques auraient tendance à être plus à risque d'être perdu de vue que les patients jamais pris en charge ($p=0,0730$).

Ces variables ont été sélectionnées en utilisant une méthode de régression pas à pas (*stepwise regression*) (Tableau 6). Suite à cette deuxième sélection, seules les variables significatives au seuil de 5% ont été retenues pour l'analyse : l'âge en 2 groupes (<35 et ≥ 35 ans) et la consommation active de cannabis.

Au terme de cette analyse, ces 2 variables présentent un lien significatif avec la probabilité d'être perdu de vue. **Les patients âgés de moins de 35 ans** ont un risque plus important de ne pas adhérer au traitement par rapport aux patients âgés de plus de 35 ans (rapport de risque de 1,48). **Les patients consommateurs actifs de cannabis à l'inclusion** ont 1,6 fois plus de risque de ne pas être adhérent par rapport aux non consommateurs. (Tableau 7 et Tableau 8).

Tableau 6. Récapitulatif de la sélection des variables (méthode séquentielle, régression pas à pas)

Étape	Saisi	Effet supprimé	DDL	Nombre dans	Khi-2 du score	Khi-2 de Wald	Pr>Khi-2
1	Cannabis actif		1	1	6.3315		0.0119
2	Âge 2 groupes		1	2	4.2433		0.0394
3	AUDIT (classes)		3	3	7.6024		0.0550
4		AUDIT (classes)	3	2		7.4350	0.0593

Tableau 7. Analyse multivariée

Effet	DDL	Khi-2 de Wald	Pr>Khi2
Âge (2 groupes)	1	4.1958	0.0405
Consommateur actif de cannabis	1	4.3398	0.0372

Tableau 8. Analyse multivariée. Quantification des associations (rapports de risque)

Paramètres		Pr>Khi-2	Rapport de risque	Intervalle de confiance à 95% du rapport de risque	
Âge (2 groupes)	<35 ans	0.0405	1.478	1.017	2.148
Consommateur actif de cannabis	oui	0.0372	1.582	1.028	2.437

◆ **Étude de l'interaction entre la consommation de cannabis et l'âge**

Nous avons mis en évidence une relation de **faible intensité** entre l'âge et la consommation de cannabis (coefficient V de Cramer = -0,24). Étant donné que nous n'avons pas retrouvé d'effet de cette relation sur la probabilité d'être perdu de vue, nous considérons ces 2 facteurs comme étant indépendants l'un de l'autre (Tests détaillés en [Annexe 7](#)).

Discussion

1. Rappel des objectifs

L'objectif principal de notre étude était de rechercher un lien entre le résultat au **questionnaire AUDIT** à la première consultation et l'adhésion au suivi. Les objectifs secondaires étaient de rechercher les effets de facteurs sociodémographiques et addictologiques sur la durée du suivi. Enfin, cette étude devait permettre de produire des données descriptives concernant le suivi en CSAPA alcool : durée moyenne de suivi, nombre moyen de contacts par patient, probabilité d'adhésion en fonction du temps.

2. Résultats principaux

Les ruptures de suivi surviennent principalement au début de la prise en charge. La probabilité d'adhésion chute rapidement les 3 premiers mois pour atteindre 31%. Par la suite, cette baisse est beaucoup plus lente et l'adhésion au suivi se stabilise.

Les patients âgés de **35 et plus** sont plus adhérents au suivi que les patients plus jeunes. Les patients **non-consommateurs de cannabis** ont une probabilité d'adhésion plus grande que les consommateurs actifs de cette substance. Il a été établi que ces 2 facteurs sont indépendants.

Après ajustement entre les différents facteurs d'intérêts, nous n'avons pas mis en évidence d'effet du score obtenu à l'AUDIT et du sexe, sur la probabilité d'adhésion aux soins.

Enfin, nos résultats montrent que parallèlement à l'augmentation du score à l'AUDIT, la proportion de consommateurs de médicaments psychotropes et celle des fumeurs fortement dépendants a tendance à augmenter. La tendance semble identique pour la consommation de cannabis.

3. Comparaison à la littérature

a. Comparaison des caractéristiques de l'échantillon étudié avec les données nationales des CSAPA alcool

L'OFDT a mis en place en 2005 un recueil de données des patients consultants dans les CSAPA au niveau national. Ce recueil, appelé RECAP (Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge) est basé sur un interrogatoire commun à tous les centres et permet d'éditer des données annuellement.

i. Caractéristiques socio-démographiques

Les données nationales relevées concernent 54095 patients. L'**âge moyen** et l'**entourage** de notre échantillon sont proches des données nationales (Tableau 9). Le sex-ratio est de 2,3 contre 3,3 sur le plan national. Comparativement aux données nationales, les patients ont un meilleur niveau d'étude (+10% avec un niveau supérieur ou égal au baccalauréat) et une part plus importante de patients est en première démarche de soins addictologiques.

Tableau 9. Comparaison de l'échantillon étudié avec les données nationales (RECAP 2012/OFDT (48))

	Échantillon	National (2012)
Âge	42,4 ans	43 ans
Sexe		
-hommes	69,8%	76,6%
-femmes	30,2%	23,4%
Niveau d'étude		
- ≥ baccalauréat	44,6%	34,2%
- < baccalauréat	55,5%	65,7%
Entourage		
-seul	42%	42,3%
-entouré	58%	57,7%
A l'origine de la démarche de soins :		
-patients et/ou proches	46,7%	43,9%
-médico-social	34,7%	37,7%
-obligation de soins	6,6%	10%
Prise en charge		
-première démarche	63%	40,4%
-prise en charge antérieure ¹⁵	17,3%	37,6%
-prise en charge actuelle ¹⁶	19,8%	22%

ii. Caractéristiques addictologiques

◆ Consommation quotidienne d'alcool

Notre étude retrouve une consommation moyenne de **7,5 verres** standards par jour. Sur le plan national, celle-ci s'élève à 21 verres par jour (patients consultants dans les CCAA en 2002 (49)).

La différence entre notre étude et ces données nationales pourrait être liée à une minimisation de la déclaration due aux conditions d'interrogation. Dans notre étude, les patients renseignent eux-mêmes cette question¹⁷ avant l'entretien médical. Elle est accompagnée de l'explication suivante: « 1 verre de vin = un apéritif = 1 demi de bière ». Cette différence pourrait également s'expliquer par la méconnaissance de la notion de « verre standard ». L'ajout d'un schéma pourrait fournir une information supplémentaire (exemple [Annexe 5](#)).

¹⁵ Suivi antérieur aux 6 mois précédents.

¹⁶ Suivi au cours des 6 derniers mois.

¹⁷ En répondant à la question suivante avant le remplissage du questionnaire AUDIT : « Combien de verres de boissons alcoolisées buvez-vous par jour ? »

Lorsque la question est posée pendant la consultation, les réponses diffèrent et la consommation déclarée atteint une moyenne de **16 verres** standards par jours (écart-type 10,2 ; médiane à 14). (*Consommation moyenne sur l'année passée, données concernant 140 patients*).

◆ Conduites d'alcoolisation

Dans notre étude, l'évaluation clinique des conduites d'alcoolisation retrouve une proportion de **76%** de patients **dépendants**. (*Données pour 152 patients*). Sur le plan national, cette proportion s'élève à **64%** (*données 2013*) (50).

◆ Tabac

Le tabac est le 2^{ème} produit le plus consommé chez les patients présentant un trouble de l'usage d'alcool. Sur le plan national entre 2005 et 2009, les consultants sont **environ 80%** à déclarer le tabac comme deuxième produit consommé. **83%** des patients de notre échantillon sont fumeurs.

◆ Médicaments psychotropes

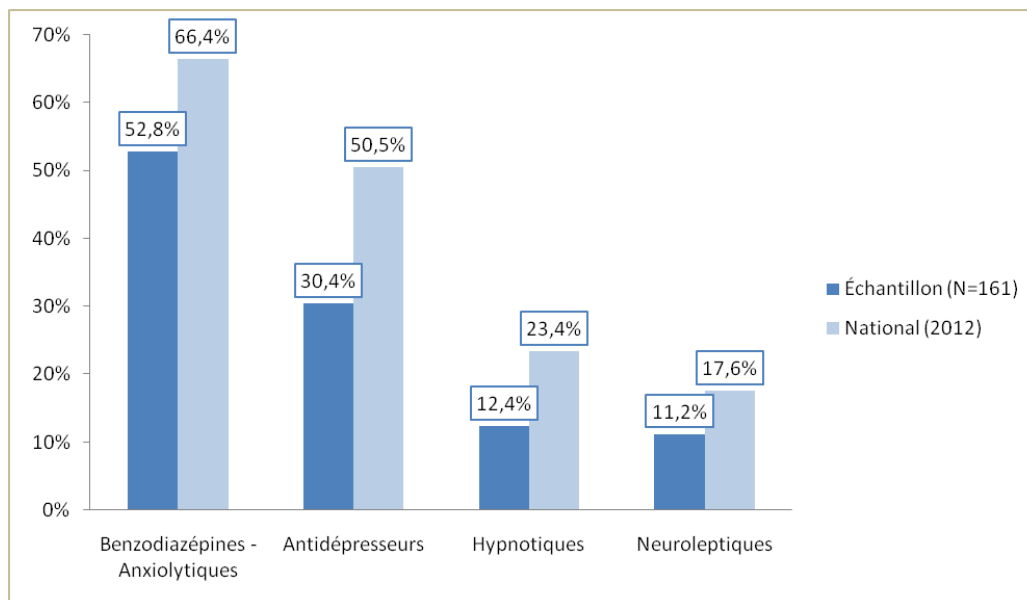


Figure 15. Consommation de médicaments psychotropes. Comparaison aux données nationales (2012)

Les consommations de notre échantillon sont globalement inférieures aux consommations nationales relevées en 2012 (–20% pour les antidépresseurs, –15% pour les benzodiazépines et les hypnotiques, et – 7% pour les neuroleptiques).

◆ **Substances illicites**

Notre échantillon semble consommer globalement plus de substances illicites que l'ensemble des consultants nationaux.

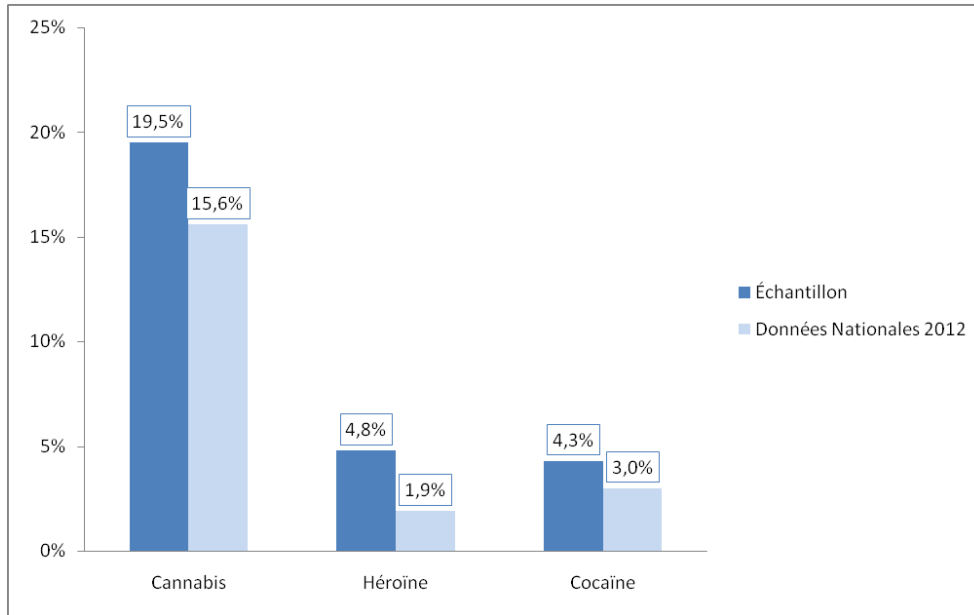


Figure 16. Comparaison des consommations de notre échantillon avec les données nationales (2012) (01)

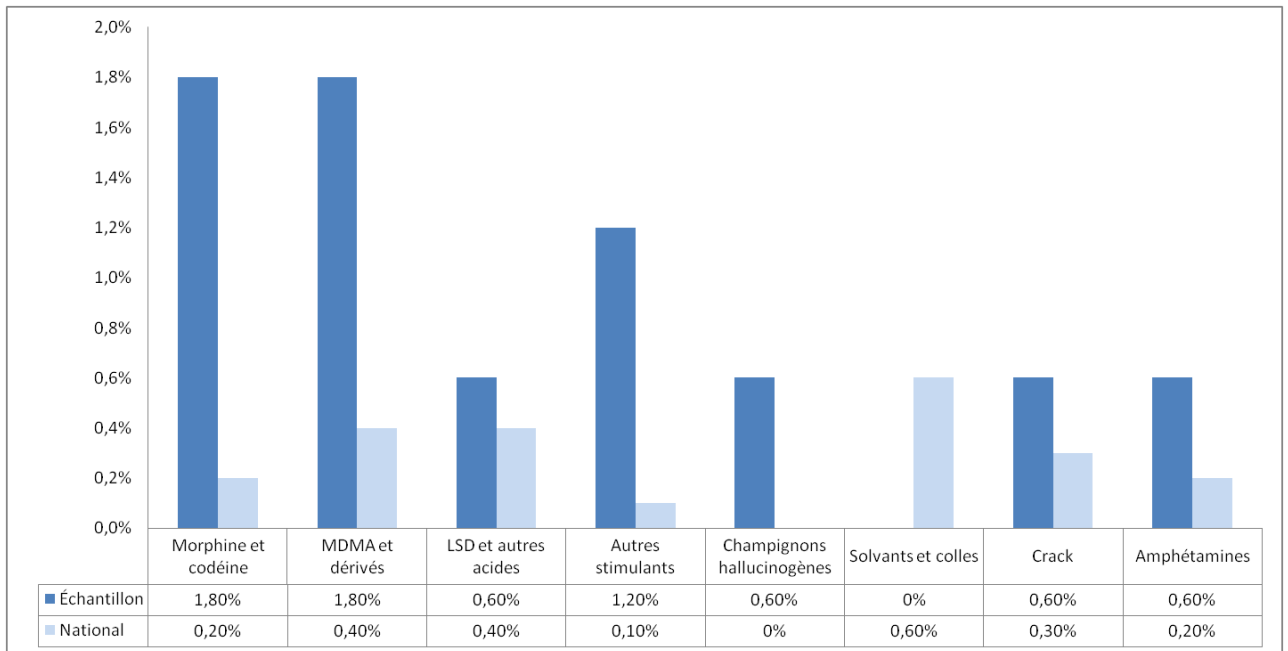


Figure 17. Comparaison des consommations de notre échantillon avec les données nationales (2012) (02)

b. L'abandon de suivi initial

L'abandon de suivi initial est décrit depuis de nombreuses années dans le cadre de revues de la littérature traitant de la prise en charge ambulatoire addictologique. Durant le premier mois, des taux excédant les 50% d'abandon de suivi ont été relevés (18). En 1975, une revue de la littérature avait relevé des taux de 52 à 75% d'abandon de suivi avant la 4^{ème} consultation dans le cadre de suivis alcoologiques ambulatoire (39). Notre étude observe une tendance similaire, en accord avec ces résultats. La baisse de l'adhésion est de 69% sur les 3 premiers mois. Rappelons que dans les CSAPA alcool en 2010, 21% des patients n'a été vu qu'une seule fois. Au sein du CSAPA alcool de Nancy en 2013, 47% des patients de la file active ne sont venus qu'une seule fois dans l'année.

◆ Solutions de rappels de rendez-vous

Les facteurs d'abandon de suivi liés au patient souvent cités dans la littérature sont le jeune âge, l'éloignement entre le lieu de résidence et le centre de soin, l'isolement social, un emploi précaire (ou le chômage), et parfois le simple oubli du rendez-vous. Dans ce cas, les rappels ont montré une efficacité. Ils peuvent se faire par courriers, par appels téléphoniques ou par le service de messagerie SMS (*Short Message Service*) (le rappel par courrier étant le moins efficace). *Jackson et al.* démontrent l'efficacité de rappels téléphoniques dans l'initiation et le maintien du suivi de patients au sein d'un centre d'alcoologie ambulatoire. Les auteurs expliquent une partie de cet effet par le rôle d'intervention brève de l'entretien téléphonique (mené dans ce cas par des soignants) (51). La solution des rappels par SMS se révèle être peu coûteuse et d'autant plus efficace que le message adressé au patient est personnalisé (37).

c. Âge

◆ Le jeune âge, facteur d'abandon de suivi et facteur de vulnérabilité

Le jeune âge est un des facteurs liés au patient le plus souvent cité comme facteur de risque de rupture de suivi en alcoologie. Les résultats de notre étude sont en accords avec ceux décrits dans littérature. *Brorson et al.* le décrivent également et soulignent qu'aucun âge seuil ne se dégage des différentes études. Ils expliquent cet effet du jeune âge par la propension des adolescents à présenter des comportements à risque et une impulsivité. Certains chercheurs mettent en lien ces troubles du comportement avec une immaturité du cortex préfrontal, le processus de maturation de cette zone s'achevant à la fin de la vingtaine. D'après cette hypothèse, les adolescents et jeunes adultes présenteraient des troubles du comportement et des fonctions exécutives similaires aux personnes ayant des atteintes de cette zone cérébrale (27).

La consommation d'alcool à cette période est un facteur de risque de dépendance à long terme en raison de la perturbation du développement normal du cerveau qu'elle entraîne (52). Les risques aigus sont présents, comme chez l'adulte, lors des ivresses et des alcoolisations

ponctuelles importantes¹⁸. Pour faire face à cet enjeu de santé publique, une des réponses des pouvoirs publics a été la mise en place en 2004 du dispositif des consultations jeunes consommateurs (CJC). Cette offre de consultation s'adresse aux jeunes usagers de substances psychoactives et à leur famille. Son rôle est d'assurer le repérage, l'évaluation et la prise en charge des patients aux premiers stades de consommation (usage nocif). La dernière évaluation du dispositif faisait état de 540 points de consultation sur le plan national. Le cannabis est le premier produit amenant à consulter dans ces centres (80%), loin devant l'alcool (14%) et le tabac (6%). Les consultants sont souvent polyconsommateurs et ils rapportent plus de consommations à risque que la population générale. 38% d'entre eux sont orientés par la justice (53).

◆ **Le changement est un long processus**

Nos résultats sont en faveur d'une augmentation de l'adhésion au suivi en fonction de l'âge. Ce facteur « âge » soulève des questions d'ordre général liées à la temporalité du changement chez les personnes souffrant de troubles de l'usage de l'alcool. L'âge moyen des consultants en CSAPA alcool en 2012 est de 43 ans et la majorité des patients est âgée de plus de 40 ans (près des 2/3 des patients). Ces patients sont nettement plus âgés que les consultants en CSAPA drogues illicites. Ils souffrent de ces troubles depuis 10 ans en moyenne avant de faire leur première démarche de soins (54). Une étude a recueilli les raisons évoquées par les patients¹⁹ de ne pas avoir bénéficié d'un traitement spécialisé au cours de l'année écoulée. La raison principale exprimée était le fait de **ne pas se sentir prêt à arrêter** (devant le coût de la prise en charge et la connotation sociale négative (étude américaine SAMHSA, 2007, citée dans (54)). Cette observation montre que les patients ont tendance à recourir aux soins à partir du moment où ils envisagent un objectif d'abstinence. Or, cet objectif est l'aboutissement d'un processus de changement qui peut prendre de nombreuses années, surtout lorsque les personnes ne sont pas accompagnées. Ceci doit conduire les soignants à proposer des objectifs de soins intermédiaires (comme la diminution de la consommation ou consommation « contrôlée ») dans le but d'amener vers les soins des patients qui ne peuvent pour le moment envisager un objectif d'abstinence.

Ce constat peut expliquer dans le même temps la mauvaise adhésion aux soins des patients les plus jeunes. N'ayant pas vécu les nombreux effets négatifs entraînés par des années de dépendance, ils se situent aux stades précoces du changement et ne sont pas prêts à changer.

d. Sexe

Les femmes et les hommes n'ont pas les mêmes comportements, usages et facteurs de risques face aux addictions (tous produits ou niveaux d'usages considérés). D'une manière générale les usages de substances psychoactives concernent plutôt les hommes, d'autant plus si les consommations sont intensives. Le sex-ratio est de 3 chez les usagers quotidiens d'alcool (55) et de 3,3 chez les consultants en CSAPA « alcool » en 2012.

¹⁸ Le fait de boire 6 verres et plus en une même occasion

¹⁹ Patients nécessitant des soins alcoologiques spécialisés.

L'existence d'un lien entre le sexe et l'adhésion aux soins en addictologie n'est pas toujours retrouvée. Ce qui est le cas dans notre étude au terme d'une analyse multivariée. De plus, lorsqu'un tel lien est mis en évidence, son effet peut être décrit comme favorable ou défavorable. *Greenfield et al.* n'observent pas d'effet du sexe sur l'adhésion aux soins ni sur les résultats du traitement (en général comparable aux hommes). Néanmoins, ils soulignent le fait que les femmes sont moins susceptibles que les hommes d'effectuer une première démarche de soins (29), ce qui suggère que l'accès au soin est un enjeu central pour les femmes (56).

Les pouvoirs publics et les associations prennent peu à peu en compte la question du genre dans la prise en charge addictologique. Des dispositifs dédiés existent déjà ou se mettent en place sur le terrain, comme par exemple des unités femmes-enfants et parents-enfants. Des actions sont menées pour favoriser l'accès aux soins et la réduction des risques. Enfin des partenariats se mettent en place entre les structures addictologiques et les secteurs non spécialisés (planning familial, urgences, médecins de ville, associations de lutte contre les violences faites aux femmes, PMI, maternités...) (57).

e. Polyconsommation et Cannabis

Nous observons dans notre étude que la proportion de fumeurs fortement dépendants et de consommateurs de médicaments psychotropes augmentent avec le score à l'AUDIT. Il y aurait peut-être une tendance identique pour le cannabis ($p=0,05$). La polyconsommation est définie comme « un usage concomitant ou répété dans le temps de (au moins) deux substances psychoactives » (58). Parmi les patients ayant des troubles de l'usage de l'alcool, 13 à 22 % d'entre eux présentent un trouble lié à une autre substance psychoactive (59)(60) (littérature anglo-saxonne). En France, la polyconsommation concerne 8,3% de la population générale. Les 20-25 ans sont les plus consommateurs de l'association tabac-cannabis, tandis qu'à partir de 35 ans, l'association alcool-tabac est majoritaire.

Stinson et al. rapportent un lien positif entre les troubles liés à l'alcool et les troubles de l'usage de substances psychoactives. Ils observent également que la proportion de personnes présentant des troubles de l'usage de l'alcool est plus élevée parmi les sujets ayant des mésusages de substances psychoactives (60). Luquiens et al. relèvent que les patients alcoolodépendants présentant des co-addictions ont des évolutions plus sévères ainsi que des comorbidités psychiatriques et somatiques plus graves que les patients dépendants uniquement à l'alcool (61).

Concernant le cannabis, des études françaises montrent que les consommateurs réguliers présentent des niveaux de consommation d'alcool supérieurs à la population générale (tant en fréquence qu'en quantité les jours de consommation) (62)(63). Degenhart et al. retrouvent un lien fort entre l'usage de cannabis et l'usage d'autres substances. Ils observent que les consommateurs réguliers ou dépendants au cannabis présentent un risque majoré de dépendance à d'autres substances psychoactives²⁰ (64). Dans notre étude, le cannabis apparaît

²⁰ Échantillon de 10000 personnes, représentatif de la population générale australienne

comme étant un facteur de risque de rupture de suivi. Mojarrad et al. décrivent également les effets délétères de la consommation de cannabis sur la prise en charge de l'alcoolodépendance et plus particulièrement sur l'abstinence. Dans leur étude, les patients dépendants à une substance psychoactive (alcool, opiacés, stimulants) qui consomment également du cannabis ont une probabilité moindre d'être abstinent à 6 mois (65).

Les dépendances associées à la dépendance à l'alcool sont fréquentes. Elles doivent être systématiquement recherchées en raison d'évolutions plus souvent péjoratives.

Dans sa recommandation sur les polyconsommations, la HAS²¹ recommande une prise en charge globale de toutes les conduites addictives. Elle recommande « le sevrage conjoint, simultané ou successif rapproché, des différentes substances psychoactives consommées en association » (66). Le regroupement progressif de structures de soins addictologiques avec la constitution des CSAPA est une des réponses proposées à cette problématique.

f. AUDIT

Notre étude n'a pas permis d'établir de lien entre le score à l'AUDIT et l'adhésion au suivi addictologique. C'est également ce qui apparaît chez (35).

Nous pouvons nous interroger ici sur l'intérêt et la précision diagnostiques du test AUDIT dans le cadre particulier des CSAPA. En effet, nous remarquons que **90%** des patients de notre échantillon atteignent le seuil de repérage²² de l'alcoolodépendance au test AUDIT, tandis qu'au terme de l'évaluation clinique, **71%** des hommes et **59%** des femmes de notre échantillon sont considérés comme alcoolodépendants. Il y aurait donc ici une surévaluation de l'alcoolodépendance qui peut être attribué au fait que l'AUDIT est un test de dépistage et non pas de diagnostic. D'autre part, ce test s'adresse à la population générale, or la population étudiée n'est pas représentative de la population générale. (La proportion de patients alcoolodépendants parmi les consultants en CSAPA alcool était de **63%** en 2013 (50). Elle se situe entre **2 et 5%** dans la population générale adulte (67) (4)). Il pourrait être intéressant de reproduire une étude sur l'adhésion au suivi en utilisant un test spécifiquement destiné à l'évaluation de la sévérité de l'alcoolodépendance.

4. Limites de l'étude et perspectives

La puissance d'une étude dépend de l'importance de son échantillon. Il serait donc intéressant d'inclure d'avantages de patients afin d'approfondir ces observations.

Dans le cadre de notre étude, nous avons évalué l'adhésion thérapeutique en prenant en compte la durée de suivi qui ne recouvre pas l'ensemble de cette notion plus complexe. Un patient peut se présenter à de nombreuses consultations sans que sa motivation évolue ou que ses niveaux de consommation se modifient. La prise en compte de la fréquence des consultations permettrait peut-être de mieux appréhender la qualité du suivi. L'OMS définit l'adhésion à une prise en charge au long cours comme le niveau d'adéquation entre les

²¹ Haute Autorité de Santé

²² Selon sa version validée en langue française (*Gache et al., 2005*) (45)

recommandations d'un professionnel de santé d'une part et les comportements du patient d'autre part. Il serait intéressant d'établir un protocole permettant d'évaluer l'adhésion à la prise en charge selon cette définition, en prévoyant par exemple la réévaluation de la motivation et des niveaux de consommation.

Le caractère rétrospectif de notre étude ne permet pas de connaître les facteurs à l'origine de l'abandon du suivi. Outre le choix du patient, cet arrêt pourrait être lié à une pathologie intercurrente, un déménagement, un décès... Dans l'étude de Coulson et al. la majorité des patients expliquent leur absence aux consultations par des raisons extrinsèques (une maladie ou des engagements professionnels, des problématiques sociales ou logistiques) (68).

Il aurait été intéressant de rechercher un effet des autres substances psychoactives (cocaïne, héroïne, crack ...) mais la taille de l'échantillon était un facteur limitant.

Des études ultérieures sont nécessaires afin de préciser ces résultats. D'autres facteurs pourraient être étudiés comme les attentes du patient, l'existence de comorbidités psychiatriques ou de troubles cognitifs (50 à 80% des patients alcoolodépendants présentent des altérations des fonctions cognitives (69)). Il serait également intéressant d'étudier les facteurs liés au programme thérapeutique suivi par le patient et aux éventuels traitements instaurés. L'effet des différents facteurs seraient étudiés à différents temps du suivi.

Il conviendrait pour cela de mettre en place une étude prospective qui permettrait une plus grande maîtrise des critères d'inclusion ainsi que du critère de jugement principal. Des informations concernant les patients perdus de vue pourraient également être récoltées.

Conclusion

L'objectif de notre étude était d'une part d'obtenir des données concernant le suivi de consultants en CSAPA alcool (durée moyenne de suivi, nombre moyen de contacts par patient, probabilité d'adhésion en fonction du temps). D'autre part, nous avons cherché l'existence d'un lien entre l'adhésion aux soins et certains facteurs sociodémographiques et addictologiques (dont le score obtenu à l'AUDIT).

Notre échantillon présente des caractéristiques sociodémographiques se rapprochant de la population nationale des consultants en CSAPA alcool. Notre étude montre l'importance de l'abandon précoce du suivi chez ces patients. La majeure partie des abandons de suivi a lieu au début de la prise en charge (principalement lors des 3 premiers mois). En outre, la durée de suivi est liée à l'âge et à la consommation de cannabis. Les patients de moins de 35 ans en demande de soins pour des troubles liés à l'usage de l'alcool représentent une population particulièrement à risque de mauvaise adhésion au suivi. Les soignants sont amenés à anticiper cette problématique en envisageant des objectifs de réduction des risques (consommation « contrôlée ») par l'intermédiaire d'interventions brèves. Les consommateurs de cannabis et les polyconsommateurs en règles générales doivent également conduire à une attention particulière de la part des soignants. Enfin, notre étude n'a pas permis d'établir un lien entre le score à l'AUDIT et l'adhésion aux soins.

La mise en place d'une étude prospective serait intéressante afin de préciser ces résultats et d'étendre l'analyse des facteurs d'adhésion au suivi. L'existence de comorbidités psychiatriques et de troubles cognitifs pourraient être prise en compte, tout comme les facteurs liés à la prise en charge : programme de soin, ateliers thérapeutiques, traitements médicamenteux...

Sur un plan pratique enfin, il serait intéressant d'étudier la faisabilité et l'efficacité de la mise en place d'un système de rappels de rendez-vous par SMS.

Bibliographie :

1. Canarelli T, Cadet-Tairou A, Palle C. Indicateurs de la morbidité et de la mortalité liées à l'alcool en France. Bull Epidémiologique Hebd. 12 sept 2006;(34-35 N° thématique - Alcool et santé en France, état des lieux):252-5.
2. L'état de santé de la population en France - Édition 2015 [Internet]. DREES; 2015 févr p. 502. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v7_05022015.pdf
3. Prescrire Rédaction. Alcoolodépendance : avant le sevrage. Deuxième partie : Amener les patients alcoolodépendants à se soigner. Rev Prescrire. nov 2010;30(325):839-8342.
4. Société française d'alcoologie. Les conduites d'alcoolisation. Lecture critique des classifications et définitions. Quels objectifs thérapeutique ? Pour quels patient ? Sur quels critères ? Texte court. Alcoologie Addictologie. 2001;23(4 Suppl.):67-75.
5. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves [Internet]. INCa (trad.) Paris; 2008 [cité 12 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>
6. Synthèse thématique : alcool [Internet]. OFDT; 2014 [cité 2 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
7. OFDT. Drogues, Chiffres clés - 5ème édition [Internet]. Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2013 juin [cité 20 juill 2013] p. 8. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dcc2013.pdf>
8. Paille F. Alcool Épidémiologie, étiologie, clinique. In: Addictologie. Elsevier Masson; 2013. p. 77-105.
9. ANAES, SFA. Conférence de consensus Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Texte long. 1999.
10. Batel P. Alcoolodépendance. In: Traité d'addictologie. Flammarion médecine-sciences; 2006. p. 329-33.
11. Dano C, Le Geay F, Brière M. Diagnostic et prise en charge des troubles de l'usage d'alcool : données récentes. L'Encéphale. juin 2014;40(3):276-85.
12. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization; 2003.
13. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. JAMA. 4 oct 2000;284(13):1689-95.
14. Mosnier-Pudar H. Pourquoi les patients ne suivent-ils pas nécessairement les conseils que nous leur donnons ? L'éducation thérapeutique est-elle une réponse au problème d'observance ? : Why patients don't follow necessarily our advices? Is therapeutic education the answer to the problem of compliance? Médecine Mal Métaboliques. févr 2012;6(1):66-71.
15. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Rolfe A. Treatment retention and 1 year outcomes for residential programmes in England. Drug Alcohol Depend. déc 1999;57(2):89-98.

16. Hubbard RL, Craddock SG, Anderson J. Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *J Subst Abuse Treat.* oct 2003;25(3):125-34.
17. Guerrero EG. Enhancing access and retention in substance abuse treatment: The role of Medicaid payment acceptance and cultural competence. *Drug Alcohol Depend.* 1 oct 2013;132(3):555-61.
18. Stark MJ. Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clin Psychol Rev.* 1992;12(1):93-116.
19. Graff FS, Morgan TJ, Epstein EE, McCrady BS, Cook SM, Jensen NK, et al. Engagement and Retention in Outpatient Alcoholism Treatment for Women. *Am J Addict Am Acad Psychiatr Alcohol Addict.* 2009;18(4):277-88.
20. Hser Y-I, Huang D, Teruya C, Anglin MD. Gender comparisons of drug abuse treatment outcomes and predictors. *Drug Alcohol Depend.* 11 déc 2003;72(3):255-64.
21. Hu T, Hunkeler EM, Weisner C, Li E, Grayson DK, Westphal J, et al. Treatment participation and outcome among problem drinkers in a managed care alcohol outpatient treatment program. *J Ment Health Adm.* 1 déc 1997;24(1):23-34.
22. Aguiar P, Neto D, Lambaz R, Chick J, Ferrinho P. Prognostic Factors During Outpatient Treatment for Alcohol Dependence: Cohort Study with 6 months of Treatment Follow-up. *Alcohol Alcohol.* 1 nov 2012;47(6):702-10.
23. Prescrire Rédaction. Alcoolodépendance : après le sevrage. Première partie : Arrêt prolongé de l'alcool : meilleure santé et bénéfices psychosociaux. *Rev Prescrire.* avr 2009;29(306):270-8.
24. Filho JMC, Baltieri DA. Psychosocial and Clinical Predictors of Retention in Outpatient Alcoholism Treatment. *Rev Bras Psiquiatr.* déc 2012;34(4):413-21.
25. Noel NE, McCrady BS, Stout RL, Fisher-Nelson H. Predictors of attrition from an outpatient alcoholism treatment program for couples. *J Stud Alcohol.* mai 1987;48(3):229-35.
26. Elbreder MF, Silva R de S e, Pillon SC, Laranjeira R. Alcohol Dependence: Analysis of Factors Associated with Retention of Patients in Outpatient Treatment. *Alcohol Alcohol.* 1 janv 2011;46(1):74-6.
27. Brorson HH, Ajo Arnevik E, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clin Psychol Rev.* déc 2013;33(8):1010-24.
28. King AC, Canada SA. Client-related predictors of early treatment drop-out in a substance abuse clinic exclusively employing individual therapy. *J Subst Abuse Treat.* avr 2004;26(3):189-95.
29. Greenfield SF, Brooks AJ, Gordon SM, Green CA, Kropp F, McHugh RK, et al. Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug Alcohol Depend.* 5 janv 2007;86(1):1-21.
30. Weisner C, Mertens J, Tam T, Moore C. Factors affecting the initiation of substance abuse treatment in managed care. *Addiction.* 1 mai 2001;96(5):705-16.

31. López-Goñi JJ, Fernández-Montalvo J, Arteaga A. Addiction treatment dropout: exploring patients' characteristics. *Am J Addict Am Acad Psychiatr Alcohol Addict.* févr 2012;21(1):78-85.
32. Vuoristo-Myllys S, Lahti J, Alho H, Julkunen J. Predictors of dropout in an outpatient treatment for problem drinkers including cognitive-behavioral therapy and the opioid antagonist naltrexone. *J Stud Alcohol Drugs.* nov 2013;74(6):894-901.
33. Beckman LJ, Bardsley PE. Individual Characteristics, Gender Differences and Drop-Out from Alcoholism Treatment. *Alcohol Alcohol.* 1 janv 1986;21(2):213-24.
34. Baltieri DA, Corrêa Filho JM. Role of Two Clusters of Male Alcoholics in Treatment Retention. *Eur Addict Res.* 2012;18(4):201-11.
35. Schroder R, Sellman D, Frampton C, Deering D. Youth retention: Factors associated with treatment drop-out from youth alcohol and other drug treatment. *Drug Alcohol Rev.* 1 nov 2009;28(6):663-8.
36. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Rev Mal Respir.* févr 2005;22(1, Part 1):31-4.
37. Milward J, Lynskey M, Strang J. Solving the problem of non-attendance in substance abuse services. *Drug Alcohol Rev.* 6 sept 2014;
38. Palle C, Rattanatray M. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, situation en 2010 et évolution entre 2005 et 2010 [Internet]. Saint-Denis: OFDT/DGS; 2013 juin p. 89. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcpt6.pdf>
39. Baekeland F, Lundwall L. Dropping out of treatment : a critical review. *Psychol Bull.* sept 1975;82(5):738-83.
40. Reynaud M. L'offre de soins en addictologie. In: *Traité d'addictologie.* Flammarion. 2006. p. 157-62.
41. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Décret no 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. mai, 2007.
42. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* sept 1992;47(9):1102-14.
43. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction.* 1 juin 1993;88(6):791-804.
44. Aubin PH-J, Gillet C, Rigaud A. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement. *Recommandation de bonne pratique. Alcoologie Addictologie.* 2015;37(1):5-84.
45. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care: Reliability and Validity of a French Version. *Alcohol Clin Exp Res.* 1 nov 2005;29(11):2001-7.

46. Beck F, Legleye S. Drogues et adolescence - Usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes ESCAPAD 2002 [Internet]. OFDT; 2003 oct [cité 1 juill 2015] p. 166. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxbjja.pdf>
47. Louis P. Quels sont les facteurs prédictifs d'arrêt de suivi en alcoologie ? Impact de l'anxiété et de la dépression. Étude pilote. Université de Lorraine. Faculté de médecine; 2015.
48. OFDT. Recueil de données RECAP 2012 [Internet]. OFDT; 2012 p. 16. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/recap2012.pdf>
49. ANPAA. Consultants des CCAA 2002 [Internet]. Paris: ANPAA; 2004 p. 42. Disponible sur: http://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=61509
50. OFDT. Recueil de données RECAP 2013 [Internet]. OFDT; 2013. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/recap2013.xls>
51. Jackson KR, Booth PG, Salmon P, McGuire J. The effects of telephone prompting on attendance for starting treatment and retention in treatment at a specialist alcohol clinic. *Br J Clin Psychol.* 1 nov 2009;48(4):437-42.
52. Naasila M. Alcool et santé : bilan et perspectives [Internet]. INSERM. 2011 [cité 19 août 2015]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alcool-et-sante-bilan-et-perspectives>
53. Obradovic I. Dix ans d'activité des « consultations jeunes consommateurs » [Internet]. OFDT; 2015 mai p. 8. Report No.: 101. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxiov4.pdf>
54. Limosin F. Mésusages d'alcool : les signaux d'alarme de l'épidémiologie. *L'Encéphale.* avr 2014;40(2):129-35.
55. OFDT. Les usages de drogues féminins - Synthèse des connaissances [Internet]. OFDT. 2015 [cité 21 août 2015]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/populations-et-contextes/les-usages-de-drogues-feminins/#epg>
56. ESCOTS S, SUDERIE G. Revue de la littérature : Femmes et addictions [Internet]. Paris: Fédération Addiction; 2013 p. 50. Disponible sur: http://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2013/02/revue_de_litterature_IAC_13fevrier2013.pdf
57. Vitte-Tancelin O, SUDERIE G, ESCOTS S, Lejeune C. Femmes et addictions - Document de repères [Internet]. Fédération Addiction; 2012. Disponible sur: http://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2013/01/femmes_et_addictions_13fevrier2013.pdf
58. Glossaire sur l'étude des drogues et des addictions : M - Q - OFDT [Internet]. [cité 30 août 2015]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/glossaire/m-q/>
59. Burns L, Teesson M. Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug Alcohol Depend.* 1 déc 2002;68(3):299-307.
60. Stinson FS, Grant BF, Dawson DA, Ruan WJ, Huang B, Saha T. Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the National

Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend.* 1 oct 2005;80(1):105-16.

61. Luquiens A, Dervaux A, Aubin HJ. Comorbidités addictologiques dans l'alcoolodépendance: aspects épidémiologiques. *Lett Psychiatre.* 2013;9(2):42-5.
62. Bello P-Y, Toufik A, Gandilhon M, Evrard I. A propos du cannabis en France en 2004. Consommateurs réguliers, usages problématiques et caractéristiques du produit [Internet]. Saint-Denis: OFDT; 2005 p. 47. Disponible sur: http://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=54587
63. Costes J-M. Cannabis, données essentielles [Internet]. Saint-Denis: OFDT; 2007 juill p. 229. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/cdecomp.pdf>
64. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. The relationship between cannabis use and other substance use in the general population. *Drug Alcohol Depend.* 1 nov 2001;64(3):319-27.
65. Mojarrad M, Samet JH, Cheng DM, Winter MR, Saitz R. Marijuana use and achievement of abstinence from alcohol and other drugs among people with substance dependence: A prospective cohort study. *Drug Alcohol Depend.* 1 sept 2014;142:91-7.
66. HAS. Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins [Internet]. HAS; 2007. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_615035/fr/polyconsommations-strategies-de-soins-recommandations-de-la-commission-d-audition
67. Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe. Potential Gains Eff Interv Alcohol Depend Tor Cent Addict Ment Health CAMH [Internet]. 2012; Disponible sur: http://www.camh.ca/en/research/news_and_publications/reports_and_books/Documents/CA MH%20Alcohol%20Report%20Europe%202012.pdf
68. Coulson C, Ng F, Geertsema M, Dodd S, Berk M. Client-reported reasons for non-engagement in drug and alcohol treatment. *Drug Alcohol Rev.* juill 2009;28(4):372-8.
69. Bernardin F, Maheut-Bosser A, Paille F. Cognitive Impairments in Alcohol-Dependent Subjects. *Front Psychiatry* [Internet]. 16 juill 2014 [cité 26 févr 2015];5. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4099962/>

ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire AUDIT utilisé dans notre centre.

QUESTIONNAIRE AUDIT						
	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	non		oui mais pas au cours de l'année écoulée		oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	non		oui mais pas au cours de l'année écoulée		oui, au cours de l'année	
TOTAL						

Annexe 2. Seuils de l'OMS concernant les consommations d'alcool

Les seuils de l'OMS sont basés sur l'unité internationale d'alcool (UIA) ou « verre standard » (contenant 10gr d'alcool pur) :

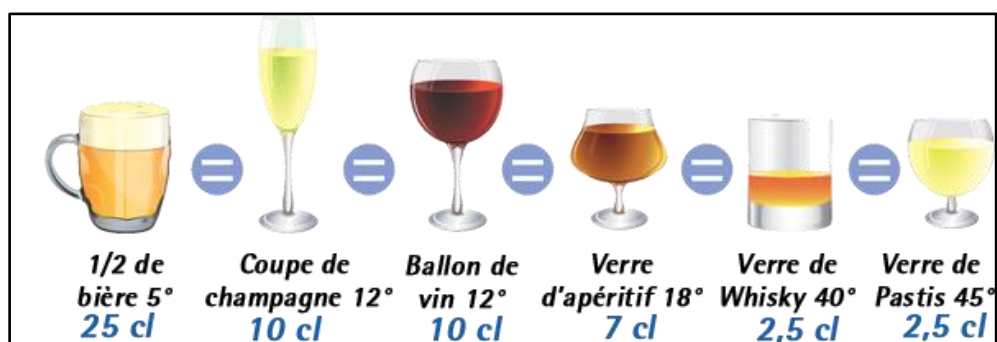
- jamais plus de **4 verres** par occasion pour l'usage ponctuel
- pas plus de **21 verres** par semaine pour l'usage régulier chez l'homme
- pas plus de **14 verres** par semaine pour l'usage régulier chez la femme.

Ces seuils n'ont pas de valeur absolue car chaque personne peut réagir différemment selon son état physique et psychologique, son sexe, sa corpulence, le contexte de consommation, etc. ces seuils représente un compromis entre la place de l'alcool dans la société et un risque considéré comme acceptable individuellement et socialement

Annexe 3. Facteurs socio-démographiques sans influence sur la probabilité de survie à un an et demi (analyse bivariée, modèle de COX).

	HR ²³	IC ²⁴ 95%		p
<u>Niveau d'étude</u>				0,9060
Sans formation-collège	0,81	0,47	1,41	
BAC	0,96	0,56	1,64	
BEP-CAP	0,94	0,63	1,42	
Études supérieures	1			
<u>Entourage : seul</u>				0,6929
Oui	1,07	0,76	1,51	
Non	1			
<u>Origine de la prise en charge</u>				0,1006
Personnel ET proches	1,89	0,86	4,15	
Médicale	2,21	1,00	4,91	
Obligation de soins	1			
Personnelle ET médicale	1,24	0,49	3,11	

Annexe 4. Verres standards (10 grammes d'alcool pur). Équivalences.



²³ Hazard Ratio

²⁴ Intervalle de confiance

Annexe 5. Facteurs addictologiques sans influence sur la probabilité de survie à un an et demi (analyse bivariée, modèle de COX).

	HR	IC 95%		p
Antécédents familiaux d'alcoolisation				0,5742
aucun	1,21	0,67	2,20	
oui au premier degré	1,32	0,79	2,22	
oui au second degré	1			
Nombre de verres consommés par jour (auto-questionnaire)	1,01	0,97	1,04	0,6995
Nombre de verres de boissons alcoolisées par jour (Q2 Audit)				0,3437
1 ou 2	1			
3 ou 4	0,54	0,22	1,34	
5 ou 6	0,84	0,37	1,91	
7 ou 8	0,67	0,28	1,57	
10 ou plus	0,93	0,42	2,05	
Fumeur actuel				0,4728
Oui	1,19	0,74	1,89	
Non	1			
Test de Fagerström	1,02	0,95	1,09	0,6252
Test de Fagerström (en classes)				0,1413
Non dépendant	1			
Faiblement dépendant	2,10	1,10	4,01	
Moyennement dépendant	1,38	0,78	2,45	
Fortement dépendant	1,25	0,71	2,19	
Médicaments psychotropes				0,4124
non consommateur	1,40	0,50	3,91	
consommateur actuel	1,10	0,40	3,00	
consommateur antérieur, abstinence >= 1 mois	1			
Stade de Prochaska				0,3189
Pré-intention	0,93	0,53	1,65	
Intention	1,40	0,87	2,26	
Préparation	0,85	0,51	1,41	
Action	1			

Annexe 6. Tableau comparatif des 4 classes du score à l'AUDIT en fonction des autres facteurs étudiés dans l'analyse de l'adhésion au suivi.

	<20 N=42 (24,9%)			[20-25[N=28 (16,6%)			[25-30] N=49 (29,0%)			>30 N=50 (29,6%)			p**
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	
Sexe													0,1013
F	12	28,6		5	17,9		21	42,9		13	26,0		
M	30	71,4		23	82,1		28	57,1		37	74,0		
age à la 1ère consultation	42	47,5	12,0	28	41,4	10,6	49	40,1	11,5	50	40,9	9,8	0,0078
Age													0,1615
< 35 ans	9	21,4		9	32,1		20	40,8		12	24,0		
>= 35 ans	33	78,6		19	67,9		29	59,2		38	76,0		
Niveau d'étude													0,3528
Sans formation-collège	8	19,0		5	17,9		6	12,5		6	12,5		
BEP-CAP	12	28,6		14	50,0		17	35,4		24	50,0		
BAC	6	14,3		5	17,9		9	18,8		4	8,3		
Etudes supérieures	16	38,1		4	14,3		16	33,3		14	29,2		
Manquant	0			0			1			2			
Entourage : seul													0,4961
Non	28	66,7		14	50,0		29	59,2		27	54,0		
Oui	14	33,3		14	50,0		20	40,8		23	46,0		
Origine de la prise en charge													0,1793
Perso/Proches	20	48,8		10	37,0		23	46,9		25	50,0		
Perso ET médicale	4	9,8		2	7,4		5	10,2		9	18,0		
Médicale	11	26,8		13	48,1		18	36,7		16	32,0		
Obligation de soins	6	14,6		2	7,4		3	6,1		0	0,0		
Manquant	1			1			0			0			
ATCD de PEC addictologique													0,5204
jamais, pas de prise en charge	29	72,5		15	60,0		31	63,3		27	56,3		
prise en charge actuelle (au cours des 6 derniers mois)	8	20,0		6	24,0		9	18,4		9	18,8		
prise en charge antérieure (suivi antérieur aux 6 mois précédents)	3	7,5		4	16,0		9	18,4		12	25,0		
Manquant	2			3			0			2			
ATCD familiaux d'alcoolisation													0,0379
aucun	8	28,6		3	15,0		11	30,6		11	29,7		
oui au premier degré	13	46,4		14	70,0		11	30,6		22	59,5		
oui au second degré	7	25,0		3	15,0		14	38,9		4	10,8		
Manquant	14			8			13			13			

	<20 N=42 (24,9%)			[20-25[N=28 (16,6%)			[25-30] N=49 (29,0%)			>30 N=50 (29,6%)			p**
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	
Audit autoQ /verre/j	23	2,4	2,2	18	4,9	2,8	31	8,8	6,7	26	12,3	7,6	<0,0001
Nb de verres de boissons alcoolisées/jour (Q2 Audit)													<0,0001
1 ou 2	8	20,5		0	0,0		0	0,0		0	0,0		
3 ou 4	13	33,3		5	18,5		5	10,2		1	2,1		
5 ou 6	11	28,2		10	37,0		15	30,6		2	4,2		
7 ou 8	5	12,8		6	22,2		11	22,4		10	20,8		
10 ou plus	2	5,1		6	22,2		18	36,7		35	72,9		
Manquant	3			1			0			2			
Fumeur actuel													0,0947
Non	12	28,6		3	11,1		5	10,2		8	16,0		
Oui	30	71,4		24	88,9		44	89,8		42	84,0		
Manquant	0			1			0			0			
Test de Fagerström	29	4,1	2,6	23	4,9	2,6	44	5,7	2,6	42	6,4	2,4	0,0029
Test de Fagerström													0,0431
Non dépendant	9	31,0		6	26,1		7	15,9		3	7,1		
Faiblement dépendant	6	20,7		2	8,7		7	15,9		6	14,3		
Moyennement dépendant	11	37,9		9	39,1		11	25,0		13	31,0		
Fortement dépendant	3	10,3		6	26,1		19	43,2		20	47,6		
Manquant	13			5			5			8			
Consommateur de cannabis actuel													0,0500
Non	38	90,5		25	89,3		38	77,6		35	70,0		
Oui	4	9,5		3	10,7		11	22,4		15	30,0		
med psychotrope 2													0,0036
non consommateur	19	46,3		12	48,0		14	29,2		5	10,6		
consommateur actuel	22	53,7		13	52,0		32	66,7		39	83,0		
consommateur antérieur, abstinence >= 1 mois	0	0,0		0	0,0		2	4,2		3	6,4		
Manquant	1			3			1			3			
Stade de Prochaska													0,1244
Pré-intention	9	22,5		6	26,1		2	5,3		6	14,6		
Intention	4	10,0		3	13,0		11	28,9		13	31,7		
Préparation	7	17,5		4	17,4		10	26,3		9	22,0		
Action	20	50,0		10	43,5		15	39,5		13	31,7		
Manquant	2			5			11			9			
nbconsult	42	10,0	18,9	28	4,4	4,1	49	11,5	20,9	50	7,4	10,6	0,1644
Nb de consultations													0,3084
<=2	16	38,1		15	53,6		11	22,4		18	36,0		
De 3 à 4	9	21,4		4	14,3		12	24,5		11	22,0		
De 5 à 8	5	11,9		4	14,3		14	28,6		9	18,0		
>8	12	28,6		5	17,9		12	24,5		12	24,0		
delai	42	120,4	156,6	28	60,1	92,9	49	109,1	133,4	50	85,9	123,6	0,1088

* écart-type

** Test du Chi-2 pour variables qualitatives, test issu d'une analyse de variance ou test de Kruskal-Wallis pour les variables quantitatives

Annexe 7. Étude de la relation entre l'âge et la consommation de cannabis. Recherche de l'existence d'une interaction avec la probabilité d'être perdu de vue. Détails des tests.

Statistiques pour la table de age2c1 par canaactuel

Statistique	DDL	Wald	Pr > Khi-2
age2c1	1	2.4869	0.1148
canaactuel	1	0.1657	0.6840
age2c1*canaactuel	1	0.9636	0.3263

Statistique	DDL	Prob
Khi-2	1	9.4661
0.0021		
Test du rapport de vraisemblance	1	
8.8362		0.0030
Khi-2 continuité ajustée	1	
8.2032		0.0042
Khi-2 de Mantel-Haenszel	1	
9.4101		0.0022
Coefficient Phi		-
0.2367		
Coefficient de contingence		
0.2303		
V de Cramer		0.2367

Effet	DDL	Wald	Pr > Khi-2
age2c1	1	2.4869	0.1148
canaactuel	1	0.1657	0.6840
age2c1*canaactuel	1	0.9636	0.3263

Annexe 8. Les études épidémiologiques décrivent une relation entre l'âge et la consommation de cannabis. La proportion de consommateurs baisse avec l'âge dès la deuxième partie de la vingtaine (Figure 18).

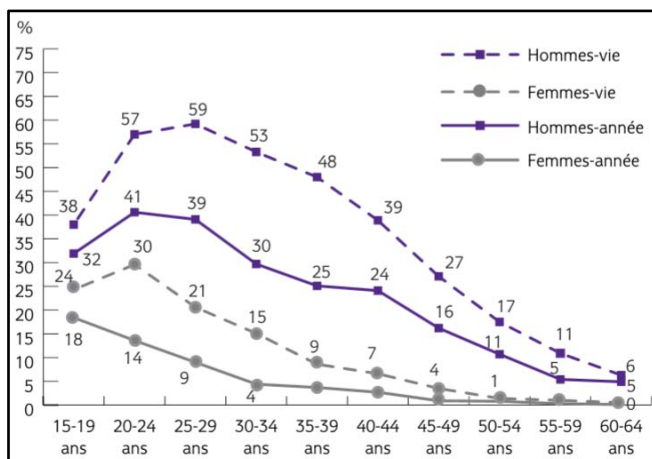


Figure 18. Usages de cannabis au cours de la vie et de l'année, par sexe et par âge en 2005 (en %). Extrait de : Cannabis, données essentielles, OFDT 2007 (63)

VU

NANCY, le 10 juillet 2015

Le Président de Thèse

NANCY, le 16 juillet 2015

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation, Vice Doyen

Professeur R. SCHWAN

Professeur M. DEBOUVERIE

AUTORISE A SOUTENIR ET A IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 21 juillet 2015

Le Président de l'Université de Lorraine

Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

L'objectif principal de cette étude rétrospective est de rechercher l'existence de liens entre l'adhésion aux soins de consultants en CSAPA alcool et certains facteurs addictologiques (dont le score à l'AUDIT) et sociodémographiques. Cette étude doit également fournir des données concernant le suivi au sein de ces structures.

L'échantillon comporte 169 patients, consultant pour la première fois au CSAPA alcool de Nancy, entre le 10 avril et le 27 décembre 2012. L'analyse statistique comporte une analyse descriptive (données sociodémographiques et addictologiques), la réalisation de courbes de survie (méthode de Kaplan-Meier) et leur comparaison (test de Log-Rank). La probabilité d'être perdu de vue à 1 an et demi a été réalisée à partir d'une analyse bivariée et multivariée (modèle de COX).

Notre échantillon présente des caractéristiques proches de celles des consultants en CSAPA alcool à l'échelle nationale. Les ruptures de suivi ont lieu principalement lors des 3 premiers mois de la prise en charge. Les facteurs de risque d'abandon de traitement sont le jeune âge (moins de 35 ans) et le fait d'être consommateur actif de cannabis. Aucun lien entre le score à l'AUDIT et l'adhésion aux soins n'a été mis en évidence.

Les interventions brèves et les stratégies de réduction des risques sont à privilégier chez les jeunes patients. De plus, l'existence d'une polyconsommation doit être repérée et prise en charge, particulièrement celle de cannabis.

Des travaux ultérieurs permettront d'étudier les effets d'autres facteurs liés au patient comme les comorbidités psychiatriques ou les troubles cognitifs. Ces travaux permettraient d'analyser les effets de facteurs liés à la prise en charge (traitements et programme de soin). Pour finir, la faisabilité d'un système de rappel de rendez-vous par SMS mériterait d'être étudiée.

TITRE EN ANGLAIS

Analysis of factors associated with retention of patients in an outpatient alcoholism treatment service.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2015

MOTS CLÉS

Addictologie – Alcoolodépendance – Adhésion thérapeutique – CSAPA – AUDIT – Polyconsommation – Abandon de traitement

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
