



**HAL**  
open science

# Étude des départs prématurés de patients admis en addictologie

Vincent Wagner, Didier Acier

► **To cite this version:**

Vincent Wagner, Didier Acier. Étude des départs prématurés de patients admis en addictologie. *Alcoologie et addictologie*, 2017, 39 (4), pp.340-349. hal-01674336

**HAL Id: hal-01674336**

**<https://hal.science/hal-01674336>**

Submitted on 2 Jan 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.

Ce document est la version « preprint » de l'article publié dans la revue *Alcoologie et Addictologie* : Wagner, V., et Acier, D. (2017). Étude des départs prématurés de patients admis en addictologie. *Alcoologie et Addictologie*, 39(4), 340-349.

<http://www.alcoologie-et-addictologie.fr/index.php/aa/article/view/698>

## **Étude des départs prématurés de patients admis en addictologie**

Vincent Wagner\* et Didier Acier\*\*

\* Doctorant en psychologie, Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire, Faculté de Psychologie, Université de Nantes, Chemin de la Censive-du-Tertre, BP 81227, 44315 Nantes Cedex 3, France

vincent.wagner@univ-nantes.fr

\*\* Professeur de psychologie clinique, Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire, Faculté de Psychologie, Université de Nantes, Chemin de la Censive-du-Tertre, BP 81227, 44315 Nantes Cedex 3, France

didier.acier@univ-nantes.fr

Auteur de correspondance : Vincent Wagner

Déclaration des conflits d'intérêts :

Les auteurs de cet article déclarent l'absence de tout conflit d'intérêt

## **Résumé**

### **Contexte**

Les troubles de l'usage de substances psychoactives sont une problématique d'actualité en France. Toutefois, peu d'utilisateurs problématiques sont effectivement en soin. La question de l'adhérence au traitement pose également problème. L'objectif principal de cette étude est ainsi de relever les éléments pouvant entraîner un abandon du soin en addictologie.

### **Méthodes**

Cette étude a été réalisée au sein d'un centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie de l'Ouest de la France. L'échantillon comprend 426 patients ayant quitté le centre entre janvier 2014 et décembre 2015. Les dossiers de soin et les transmissions d'équipe ont été explorées afin de relever les éventuels éléments explicatifs des arrêts du soin.

### **Résultats**

On constate que différentes variables sociodémographiques, relatives à leur parcours en soin ou encore à leur consommation, sont significativement associées avec une fin volontaire du soin. Le discours rapporté des patients suggère la présence d'éléments relatifs au soin ou externe à ce dernier qui les poussent à interrompre leur soin.

### **Discussion**

Ces données représentent une aide pour les soignants, mettant en lumière certains potentiels facteurs de risque et protecteurs de l'arrêt du soin. Compte tenu de ces résultats, des suggestions pour faire évoluer la prise en charge sont proposées.

**Mots-clés :** abandon du soin, adhérence au traitement, addictologie, hospitalisation complète, hôpital de jour

## **Introduction**

### *La consommation de substances psychoactives en France*

Les classifications internationales en santé mentale reconnaissent actuellement l'existence de troubles de l'usage concernant un ensemble de substances psychoactives (1). De plus, un récent rapport de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies illustre la situation en France (2) : en 2014, 10% des individus âgés de 18 à 75 ans consommaient quotidiennement de l'alcool. Au sujet d'autres substances, 42% des 18 à 64 ans ont par exemple expérimenté le cannabis, 5,6% la cocaïne, et 1,5% les opiacés. Ces données apparaissent préoccupantes compte tenu des répercussions néfastes associées à un usage problématique. C'est en effet 3,4 millions de personnes qui seraient concernées par un tel usage à risque d'alcool, ou encore 280 000 par celui des opiacés.

Toujours selon l'OFDT, environ 133 000 individus ont été pris en charge au sein des divers centres de soins spécialisés en addictologie pour une consommation problématique d'alcool. Ces centres ont, à titre d'illustration, également reçu 54 000 patients pour les opiacés et 38 000 pour le cannabis. Bien que ces chiffres ne prennent en compte que les structures spécialisées, on constatera une grande différence entre le nombre estimé de consommateurs problématiques, toutes substances confondues, et ceux finalement reçus en soin. Ce constat est déjà bien présent dans la littérature scientifique (3,4). Perron et ses collaborateurs estimaient qu'environ 12,4% des consommateurs problématiques, dans un échantillon de plus de 43 000 individus, avaient effectivement recours à un traitement (5). Il est par ailleurs établi que l'adhérence au traitement et le fait de suivre un soin jusqu'à son terme améliore significativement la santé et le bien-être (6,7).

### *L'accès au soin*

De nombreuses recherches se sont intéressées à cette faible utilisation des services. Divers modèles théoriques ont ainsi émergé (pour une revue, voir celle proposée par Clarke

(8). Levesque et ses différents collaborateurs ont plus globalement réalisé une revue de littérature sur le concept de l'accès au traitement (9). Selon ces auteurs, cet accès serait tout autant influencé par des caractéristiques individuelles, environnementales (e.g., contexte familial et social) qu'institutionnelles. Wang et al. estiment quant à eux qu'il y a en moyenne une dizaine d'années entre l'émergence d'un trouble et l'entrée en soin (10). Il est ainsi probable qu'un ensemble de facteurs soit en mesure de retarder cette initiation du soin chez les personnes présentant des troubles de l'usage des substances psychoactives.

D'après la définition d'Allen, le terme de barrière au traitement désigne un ensemble d'éléments externes ou internes à l'individu, qui entravent, restreignent, ou font obstacle au processus de soin (11). Plus précisément, les barrières internes peuvent être caractérisées comme étant des phénomènes subjectifs, tels que des croyances ou des perceptions. Les barrières externes renvoient quant à elles au système de santé, aux caractéristiques du soin et à un ensemble de facteurs socio-culturels et environnementaux. Saunders et ses collaborateurs proposent les termes respectifs de « barrières relatives à la personne » et de « barrières relatives au traitement » (3). Enfin, les barrières au traitement peuvent intervenir tout autant au moment de l'accès initial au soin que sur l'adhérence au traitement.

#### *L'adhérence au traitement et les départs prématurés*

Si l'entrée en soin n'est pas systématique chez les consommateurs problématiques de substances, il n'est pas non plus rare d'observer un départ prématuré, c'est-à-dire un abandon du soin avant sa fin initialement prévue. De précédents résultats de la littérature indiquent qu'entre environ 17% et 57% des patients présentant de telles problématiques quittent prématurément le soin, qu'il s'agisse d'un suivi ambulatoire ou d'une hospitalisation (12,13). Des recherches se sont déjà attachées à étudier les facteurs explicatifs de ces départs (14). Un plus jeune âge est par exemple souvent mis en avant (7,14–16).

D'autres facteurs restent régulièrement discutés : les déficits cognitifs, la présence de comorbidités psychiatriques, le statut marital, professionnel ou encore une faible alliance thérapeutique ou motivation au soin (14,16–18). D'autres résultats concernent plus directement la substance et sa consommation. Dans certaines études, les consommateurs problématiques d'alcool sont plus à risque d'interrompre prématurément leur soin, tandis que dans d'autres, c'est la consommation d'opiacés ou encore la polyconsommation qui est pointée (14,17).

### *Objectif de la recherche*

Bien que les recherches s'intéressent depuis de nombreuses années à ces abandons du soin en addictologie et aux facteurs pouvant les expliquer, force est de constater que les données se contredisent régulièrement. Par exemple, certaines études indiquent que les hommes sont plus à risque d'interrompre leur soin, tandis que pour d'autres, ce sont les femmes, ou bien encore, qu'il n'y a aucun effet du genre. De plus, cette thématique reste relativement peu explorée dans la littérature scientifique francophone. L'objectif principal de cette étude est alors de relever, en France, les éléments pouvant être liés à un arrêt volontaire des soins dans un établissement de soins recevant des patients présentant des problématiques addictives. En plus des facteurs susceptibles d'avoir un impact sur l'adhérence au traitement, il sera particulièrement pertinent de s'intéresser plus spécifiquement au point de vue subjectif des patients pour connaître avec plus de précision ce qui, selon eux, a pu influencer leur sortie du soin.

## **Méthodes**

### *Cadre de l'étude*

Cette étude a été réalisée au sein d'un centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (cSSRA) situé dans l'Ouest de la France. Ce centre accueille des patients adultes, hommes et femmes, présentant des conduites addictives en lien ou non avec des

substances. L'offre de soin se divise entre contrats d'hospitalisation complète (HC) d'une durée classique de trois mois (65 places), contrats d'hospitalisation à temps partiel (HTP, 13 places) et consultations externes. A leur arrivée au centre, les patients élaborent leur contrat de soin (i.e., objectifs et durée) avec l'équipe pluridisciplinaire.

En ce qui concerne les fins de contrat, on peut distinguer trois catégories : (i) les fins de contrat normales (FC) lorsque le patient va jusqu'au bout du contrat défini, (ii) les arrêts de contrat par le patient (ACP) lorsque le patient décide de mettre un terme à son contrat de soin, et (iii) les arrêts de contrat par l'établissement (ACE) lorsque c'est l'établissement qui prend cette décision (e.g., non-respect du cadre de l'établissement ou de la proposition du soin, comportement violent, etc.).

### *Participants*

L'échantillon de cette étude comprend 426 patients ayant quitté le cSSRA entre janvier 2014 et décembre 2015. Au cours de l'année 2014, seuls les patients avec ACP ont été intégrés dans l'étude ( $n = 88$ ). Pour répondre à certaines interrogations de l'équipe soignante, l'intégralité des patients (i.e., FC, ACP et ACE) sortis du cSSRA en 2015 a ensuite été intégrée dans l'échantillon ( $n = 338$ ). L'échantillon final comprend 83,1% d'hommes ( $n = 354$ ). Les patients sont en moyenne âgés de 45,52 ans ( $ET = 10,41$ ), le plus jeune ayant 22 ans et le plus âgé, 69 ans. L'intégralité des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon est disponible dans le Tableau I.

(Insérer le Tableau I ici)

Un total de 489 contrats de soin a été comptabilisé. Certains patients ont ainsi établi plusieurs contrats au cours de cette période ( $M = 1,15$  ;  $ET = 0,40$ ). On constate que 156 contrats de soin sont allés jusqu'à leur terme (FC), 189 ont fait l'objet d'un ACP et 70 d'un ACE. Onze patients ont eu un parcours plus hétérogène (i.e., plusieurs contrats associant simultanément FC, ACP et ACE). Compte tenu de leur faible nombre, ils ont été retirés des

analyses ultérieures. Enfin, la durée des contrats allant à leur terme est, logiquement, significativement plus importante que celle des ceux s'interrompant prématurément (i.e., ACP ou ACE, aucune différence notable entre ces deux modalités) : 99,11 jours (46,98) versus 52,06 jours (42,23) et 51,91 jours (38,66),  $F(2, 412) = 56,97, p < 0,001, \omega = 0,46$ .

### *Matériel*

Avec l'accord de l'équipe du centre, nous avons accédé aux dossiers de soin informatisés des patients. Ils comprennent les bilans, synthèses et observations réalisées par l'équipe au sujet du patient, du début jusqu'à la fin de son contrat. Divers éléments ont ainsi été accessibles : situation sociodémographique, nature des conduites addictives, trajectoire dans le soin, etc. En plus de ces informations, nous avons également pu consulter les transmissions d'équipe. Il s'agit de toute information concernant le patient en soin qu'un professionnel souhaite communiquer aux autres membres de l'équipe.

### *Stratégie d'analyses*

Au niveau du dossier patient, nous nous sommes centrés sur toute variable pouvant avoir un impact sur la sortie du soin, en nous inspirant de la littérature et des suggestions de l'équipe soignante. Cela regroupe des variables sociodémographiques (e.g., âge, genre, situation maritale, situation professionnelle, etc.), relatives au contrat de soin (e.g., nature du contrat, mois d'entrée, etc.), aux conduites addictives (e.g., nature, stade de motivation, etc.), ou encore d'autres plus diverses (e.g., présence de troubles cognitifs, nombre d'évènements rapportés au cours du soin, etc.). Chaque variable a été cotée au sein d'une base de données externe. Concernant les transmissions d'équipe, nous nous sommes focalisés sur les transmissions rapportant les propos des patients relatifs à leur désir de quitter le soin. Chaque référence nominative à un patient ou à un professionnel a été rendue anonyme dans la base de données.

Les analyses statistiques ont comparé les patients, classés en fonction de la nature de leur fin de contrat (i.e., FC, ACP ou ACE), sur l'ensemble des variables relevées. Les comparaisons de groupe ont été réalisées à l'aide de tests par ANOVA à un facteur (avec tests post-hoc lorsque cela a été nécessaire) et de  $\chi^2$ . En ce qui concerne le contenu des transmissions d'équipe, une analyse thématique de contenu a été entreprise. Toutefois, en raison des contraintes d'espace, le présent article ne comportera qu'une synthèse de ces derniers résultats.

## Résultats

### *Comparaison des trois sous-groupes de patients*

Les résultats relatifs aux variables sociodémographiques sont visibles dans le Tableau II. On remarque tout d'abord que les individus faisant un ACE sont sensiblement plus jeunes ( $M = 41,26$  ans ;  $ET = 9,97$ ) que les individus faisant un ACP ( $45,27$  ;  $10,97$ ) ou une FC ( $47,76$  ;  $9,43$ ),  $F(2, 412) = 9,84$ ,  $p < 0,001$ ,  $\omega = 0,20$ . La situation maritale est quant à elle significativement associée à la nature de la fin de contrat [ $\chi^2(6) = 16,56$ ,  $p < 0,05$ ]. On observe ainsi que davantage d'individus célibataires ou en couple font un ACP (respectivement 47,2% et 43,8%) versus une FC ou un ACE. De plus, bien que cela ne concerne que dix patients, 70% des individus veufs font un ACP. Aucune autre variable sociodémographique n'est associée avec la nature de la fin de contrat (i.e., le genre, le fait d'avoir des enfants, la situation professionnelle).

(Insérer le Tableau II ici)

En ce qui concerne le contrat de soin (cf. Tableau III), on constate tout d'abord que la proportion des individus en hospitalisation à temps partiel et faisant un ACP est sensiblement plus élevée (66,7%) que ceux connaissant une autre fin de contrat ( $\chi^2(4) = 17,28$ ,  $p < 0,01$ ). Autre résultat notable, les primo-entrants en addictologie sont plus à risque de faire un ACP (46,6%,  $\chi^2(2) = 7,054$ ,  $p < 0,05$ ) alors que cela ne concerne que 31,8% de ceux qui ont déjà eu

une telle expérience. Au niveau des stades de motivation, on relèvera une plus haute proportion d'individus en pré-contemplation faisant un ACP (43,5%, versus 33,9%, 33,3% et 36,4% pour ceux en contemplation, préparation et action) ( $\chi^2(6) = 12,71, p < 0,05$ ). Enfin, au cours du soin, on constate que les patients faisant un ACP ne se distinguent pas des patients avec FC en ce qui concerne le nombre d'évènements en lien avec une alcoolisation. Seuls les patients avec ACE ont davantage d'évènements rapportés en lien avec une alcoolisation [ $F(2, 394) = 79,37, p < 0,001, \omega = 0,53$ ] ou un rappel au cadre [ $F(2, 394) = 6,63, p < 0,01, \omega = 0,17$ ] durant leur soin.

(Insérer le Tableau III ici).

Enfin, lorsque l'on s'intéresse aux relations existant entre la nature de la fin de contrat, les problématiques addictives et d'autres troubles, on remarque que plusieurs associations significatives émergent. Tout d'abord, une plus grande proportion de non-consommateurs de tabac fait un ACP (i.e., 60,0%), alors que cela ne concerne que 41,4% des consommateurs [ $\chi^2(2) = 9,475, p < 0,01$ ]. On constate également que les consommateurs de cannabis sont moins enclins à faire une FC (28,2%) qu'un ACP (40,3%) ou un ACE (31,5%),  $\chi^2(2) = 27,77, p < 0,001$ . L'usage détourné de médicaments, bien qu'il s'agisse d'une problématique assez rare dans cet échantillon (28 patients), est significativement associé à la nature de la fin de contrat [ $\chi^2(2) = 13,25, p < 0,01$ ]. Les données indiquent qu'à peine 7,1% des individus présentant cette problématique font une FC, versus 60,7% d'ACP et 32,1% d'ACE. On observe finalement deux autres relations significatives, l'une impliquant la prescription de neuroleptiques ( $\chi^2(2) = 6,48, p < 0,05$ ), l'autre la prescription de médicaments d'aide au sevrage ( $\chi^2(2) = 30,57, p < 0,001$ ). Les patients avec neuroleptiques présentent une plus faible proportion de FC (32,2% versus 42,3% pour ceux sans prescription) et une plus forte proportion d'ACE (22,4% versus 13,8%). La proportion d'ACP semble stable (45,5% versus 43,8%). Enfin, la proportion des patients bénéficiant de médicaments d'aide au sevrage et

faisant un ACP est sensiblement moins importante (35,5%) que celle de ceux n'utilisant pas ces médicaments (65,3%). Par extension, le taux des FC varie en conséquence, tandis que celui des ACE reste stable autour de 20%. Le détail complet de ces données figure dans le Tableau IV.

(Insérer le Tableau IV ici)

#### *Exploration des transmissions d'équipe*

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

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

systématiquement dans l'opposition avec l'équipe soignante que des individus en difficulté dans leurs relations sociales.

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

## **Discussion**

### *Interprétation des résultats*

Cette étude visait à mieux connaître les facteurs pouvant expliquer les abandons du soin des patients admis au sein d'un cSSRA en France. L'exploration des dossiers des patients a mis en lumière le rôle de certaines variables. Un véritable profil, au sens statistique du terme, semble émerger. Ainsi, dans notre échantillon, les veufs, puis les célibataires et les patients en couple arrêtent proportionnellement davantage leur soin. On retrouve ici l'impact de la relation de couple. A fortiori, un faible soutien ou une pression trop importante peut avoir un rôle négatif sur l'adhérence au soin. D'autres recherches ont déjà pu montrer que le rôle de la famille proche pouvait être particulièrement nuancé (19,20). Bien que nos résultats ne montrent pas de relations significatives concernant le type de motivation au soin, on peut

supposer qu'un équilibre en termes de motivation interne et externe au traitement reste à trouver (21–23).

En ce qui concerne la motivation au changement, on remarque que les individus en pré-contemplation font davantage d'arrêts volontaires du soin. Ce résultat n'est pas nécessairement surprenant, dans la mesure où le premier stade du modèle de Prochaska et al. décrit un moment où aucune intention de changer n'est présente (24). D'après la définition des auteurs, on y retrouve des individus peu conscients des enjeux de leur consommation, ou démobilisés suite à une précédente tentative de changement. On constate d'ailleurs que les patients pour lesquels c'est le premier soin en addictologie abandonnent davantage. D'après la littérature, le processus de soin est une expérience itérative (20,25). Ainsi, l'accès et l'adhérence au soin seront notablement influencés par les expériences antérieures de soin, qu'elles soient positives ou négatives. Proposer un soin qui correspond au mieux aux besoins et aux attentes des patients aura donc non seulement un impact immédiat, mais également sur les éventuelles futures expériences de soin.

D'autres variables restent aussi en jeu. En premier lieu, le fait que l'hospitalisation à temps partiel implique proportionnellement davantage d'arrêts spontanés du soin est un résultat récemment présenté dans une étude nationale aux USA (26). Cette modalité laisse peut-être les patients plus vulnérables aux sollicitations et pressions de leur environnement de vie habituel. En ce qui concerne les conduites addictives, les seules relations significatives se rapportent aux consommations de tabac, de cannabis et à l'usage détourné de médicaments. Près de 60% des non-consommateurs de tabac arrêtent ainsi prématurément leur soin. Le tabac sert éventuellement à gérer les envies encore intenses de consommer, principalement l'alcool. Il peut également permettre une meilleure intégration avec les autres patients fumeurs du centre. La consommation de cannabis et celle impliquant l'usage détourné de médicaments apparaissent être des facteurs de risque d'arrêt du soin, peut-être sous la forme

d'une mise à distance de la nécessité de changer ou de l'automédication d'une autre problématique. En effet, la littérature pointe la forte prévalence des comorbidités psychiatriques, et notamment des troubles anxieux, dans la population des consommateurs de substance en soin. Ces comorbidités sont négativement associées avec l'adhérence au traitement (27,28). D'autres études pointent la faible régulation émotionnelle de tels patients et encouragent un travail centré sur la gestion des émotions (29). Enfin, si nous ne disposions d'aucun outil de diagnostic systématique des comorbidités psychiatriques, indirectement, l'association significative concernant la prescription de neuroleptiques laisse penser que certains profils psychopathologiques plus lourds seraient davantage enclins à quitter prématurément le soin. A l'inverse, les patients sans prescription de médicaments d'aide au sevrage font davantage d'arrêts du soin. Cette prescription peut éventuellement les aider à atténuer leurs envies de consommer, notamment de l'alcool, laissant plus d'espace pour le soin.

Toutefois, même un individu ne présentant aucune de ces caractéristiques peut interrompre son soin. Ces premières données représentent malgré tout une aide significative pour les soignants, dans la mesure où cela met en évidence certains potentiels facteurs de risque et protecteurs de l'abandon du soin. Cette étude montre aussi l'absence de relations significatives concernant certains facteurs envisagés par l'équipe soignante : mois d'entrée et de sortie dans le soin, où les vacances d'été et de fin d'année serait plus propice aux arrêts de contrat par les patients ; le score au MOCA ; la situation professionnelle ; ou encore la consommation de cocaïne. Ces résultats non significatifs montrent toutefois les représentations des soignants à l'égard des patients qui mettent fin à leur contrat de soin.

Pour aller plus loin et mieux saisir le sens clinique de ces premiers résultats, l'étude des transmissions d'équipe a permis de laisser une place pour le discours rapporté du patient. Notre analyse a révélé deux axes relatifs aux éléments pouvant impacter le désir de rester en

soin. Les patients, déjà tiraillés par diverses préoccupations internes, sont dans le même temps assaillis par des exigences externes qui les éloignent du soin. Une précédente étude de Laudet et collaborateurs s'est focalisée sur les principales raisons qui poussent les patients à quitter le soin (30). Elle évoque des motifs relativement similaires à ceux relevés dans notre étude : insatisfaction concernant les modalités de soin proposées, l'établissement, l'équipe soignante ; des difficultés personnelles, familiales, etc.

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

### *Limites*

Cette étude comporte des limites. Tout d'abord, les dossiers de patients et les transmissions d'équipe proviennent d'un contenu déclaratif. Ces documents contiennent ce que le patient souhaite dire. Qui plus est, en fonction du professionnel qui rencontre le patient, certaines thématiques peuvent ne pas être explorées de la même manière. De plus, chaque professionnel avait sa propre façon de saisir ces informations sur le logiciel informatique commun à l'établissement. Enfin, une autre limite serait le fait que l'échantillon n'intègre pas, en raison des impératifs de l'étude en milieu clinique, de patients avec FC ou ACE en 2014. Nous ne disposons pas non plus d'indices standardisés concernant la sévérité des consommations.

### *Conclusion*

Nous estimons que cette étude répond à une véritable demande clinique, au départ formulée par l'équipe du centre de soins, mais qui concerne plus globalement le soin en addictologie tel qu'il est envisagé en France. Elle propose un certain nombre d'éléments permettant de mieux comprendre ce qui amène les patients à interrompre leur soin, et par extension, de voir ce qui pourrait favoriser la continuité de ce dernier. Elle contribue éventuellement à la déconstruction de représentations qui peuvent exister au sujet de cette population de patients. Il sera toutefois intéressant d'explorer davantage ce phénomène en intégrant des outils validés (e.g., diagnostic des troubles psychopathologiques, sévérité des conduites addictives, niveau d'alliance thérapeutique, etc.). Interroger des patients après leur abandon du soin serait aussi pertinent, mais plus complexe à réaliser.

Ces résultats peuvent contribuer à faire évoluer la prise en charge. Une proposition d'hospitalisation séquentielle (i.e., une semaine d'hospitalisation complète tous les trimestres) et de consultations externes renforcées existe déjà et pourrait être approfondie pour mieux répondre aux spécificités de certains patients. Force est ici de constater qu'il est indispensable de prendre en compte l'individu dans son ensemble, en lui proposant une prise en charge pluridisciplinaire qui va pouvoir le soutenir dès le début de son soin (31). Il faut sans doute pour cela encore davantage définir ses attentes à l'égard du soin. Enfin, les démarches externes visant la réinsertion dans une vie « saine et positive », par la régularisation de la situation administrative, professionnelle, etc., ne sont pas à négliger et doivent être réalisées en collaboration avec des professionnels extérieurs.

## **Références**

1. American Psychiatric Association, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull M-C. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5ème édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2015.

2. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Drogues, chiffres clés. 2015 p. 1-9.
3. Saunders SM, Zygowicz KM, D'Angelo BR. Person-related and treatment-related barriers to alcohol treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2006 ; 30(3) : 261-70.
4. Xu J, Rapp RC, Wang J, Carlson RG. The multidimensional structure of external barriers to substance abuse treatment and its invariance across gender, ethnicity, and age. *Substance Abuse*. 2008 ; 29(1) :43-54.
5. Perron BE, Mowbray OP, Glass JE, Delva J, Vaughn MG, Howard M. Differences in service utilization and barriers among Blacks, Hispanics, and Whites with drug use disorders. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2009 ; 4(1) : 3.
6. Gossop M, Stewart D, Browne N, Marsden J. Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction*. 2002 ; 97(10) : 1259-67.
7. Perkins KS, Tharp BE, Ramsey AT, Patterson Silver Wolf Adelv Unegv D. Mapping the evidence to improve retention rates in addiction services. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*. 2016 ; 16(3) : 233-51.
8. Clarke D. Intrinsic and extrinsic barriers to health care: Implications for problem gambling. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2007 ; 5(4) : 279-91.
9. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*. 2013 ; 12(1) : 18.
10. Wang PS, Berglund PA, Olfson M, Kessler RC. Delays in initial treatment contact after first onset of a mental disorder. *Health Services Research*. 2004 ; 39(2) : 393-416.

11. Allen K. Development of an instrument to identify barriers to treatment for addicted women, from their perspective. *International Journal of the Addictions*. 1994 ; 29(4) : 429-44.
12. Deane F, Wootton D, Hsu C-L, Kelly P. Predicting dropout in the first 3 months of 12-step residential drug and alcohol treatment in an Australian sample. *Faculty of Health and Behavioural Sciences - Papers (Archive)*. 2012 ; 216-25.
13. McHugh RK, Murray HW, Hearon BA, Pratt EM, Pollack MH, Safren SA, et al. Predictors of dropout from psychosocial treatment in opioid-dependent outpatients: Predictors of treatment dropout. *The American Journal on Addictions*. 2013 ; 22(1) : 18-22.
14. Brorson HH, Ajo Arnevik E, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*. 2013 ; 33(8) : 1010-24.
15. Stevens L, Betanzos-Espinosa P, Crunelle CL, Vergara-Moragues E, Roeyers H, Lozano O, et al. Disadvantageous decision-making as a predictor of drop-out among cocaine-dependent individuals in long-term residential treatment. *Frontiers in Psychiatry*. 2013 ; 4 : 149.
16. Vafaeinasab MR, Farahzadi MH, Razaghi OM, Fallahzadeh RA, Lotfi MH, Akhondzadeh S. Investigation of affecting factors on persistence in the treatment of patients under methadone maintenance therapy in addiction therapy centers, Yazd-Iran. *Health*. 2015 ; 07(05) : 606-16.
17. López-Goñi JJ, Fernández-Montalvo J, Arteaga A. Addiction treatment dropout: Exploring patients' characteristics: Treatment dropout in addictions. *The American Journal on Addictions*. 2012 ; 21(1) : 78-85.

18. Smith D, Harvey P, Battersby M, Pols R, Oakes J, Baigent M. Treatment outcomes and predictors of drop out for problem gamblers in South Australia: A cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010 ; 44(10) : 911-20.
19. Goodman I, Peterson-Badali M, Henderson J. Understanding motivation for substance use treatment: The role of social pressure during the transition to adulthood. *Addictive Behaviors*. 2011 ; 36(6) : 660-8.
20. Wagner V, Bertrand K, Flores-Aranda J, Acier D, Brunelle N, Landry M, et al. Initiation of addiction treatment and access to services: Young adults' accounts of their help-seeking experiences. *Qualitative Health Research*. sous presse.
21. DiClemente CC, Schlundt D, Gemmell L. Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*. 2004 ; 13(2) : 103-19.
22. Ryan RM, Plant RW, O'Malley S. Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*. 1995 ; 20(3) : 279-97.
23. Wild TC, Cunningham JA, Ryan RM. Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors*. 2006 ; 31(10) : 1858-72.
24. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 1992 ; 47(9) : 1102-14.
25. Naughton F, Alexandrou E, Dryden S, Bath J, Giles M. Understanding treatment delay among problem drinkers: What inhibits and facilitates help-seeking? *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2013 ; 20(4) : 297-303.

26. Stahler GJ, Mennis J, DuCette JP. Residential and outpatient treatment completion for substance use disorders in the U.S.: Moderation analysis by demographics and drug of choice. *Addictive Behaviors*. 2016 ; 58 : 129-35.
27. Elmquist J, Shorey RC, Anderson SE, Stuart GL. The relationship between generalized anxiety symptoms and treatment dropout among women in residential treatment for substance use disorders. *Substance Use & Misuse*. 2016 ; 51(7) : 835-9.
28. Zandberg LJ, Rosenfield D, Alpert E, McLean CP, Foa EB. Predictors of dropout in concurrent treatment of posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Rate of improvement matters. *Behaviour Research and Therapy*. 2016 ; 80 : 1-9.
29. Hopwood CJ, Schade N, Matusiewicz A, Daughters SB, Lejuez CW. Emotion regulation promotes persistence in a residential substance abuse treatment. *Substance Use & Misuse*. 2015 ; 50(2) : 251-6.
30. Laudet AB, Stanick V, Sands B. What could the program have done differently? A qualitative examination of reasons for leaving outpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2009 ; 37(2) : 182-90.
31. Walker R. Retention in treatment—indicator or illusion: An essay. *Substance Use & Misuse*. 2009 ; 44(1) : 18-27.

### **Déclaration de conflit d'intérêt**

Les auteurs déclarent l'absence de tout conflit d'intérêt.

### **Contribution des auteurs**

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

Tableau I

*Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon*

Variabes	<i>n</i>	%
Genre		
Homme	354	83,1
Femme	72	16,9
Situation maritale		
Célibataire	163	38,5
En concubinage, marié(e)	123	29,1
Séparé(e), divorcé(e)	127	30,0
Veuf(ve)	10	2,4
Enfants		
Oui	267	69,4
Non	118	30,6
Situation professionnelle		
Avec un emploi	27	7,2
En arrêt de travail	105	28,1
Demandeur d'emploi, au chômage	176	47,1
En invalidité	40	10,7
Retraité(e)	26	7,0
	<i>M</i>	<i>ET</i>
Age	45,52	10,41

*Note.* *N* = 426. Des données manquantes peuvent être présentes.

Tableau II

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

	Typologie des fins de contrat						$\chi^2$
	Fin normale de Contrat ( $N_1 = 156$ )		Arrêt Contrat Patient ( $N_2 = 189$ )		Arrêt Contrat Etablissement ( $N_3 = 70$ )		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Genre							ns
Masculin	129	37,4	156	45,2	60	17,4	
Féminin	27	38,6	33	47,1	10	14,3	
Situation maritale							*
Célibataire	49	30,8	75	47,2	35	22,0	
En concubinage, marié(e)	45	37,2	53	43,8	23	19,0	
Séparé(e), divorcé(e)	59	48,4	52	42,6	11	9,0	
Veuf(ve)	3	30,0	7	70,0	0	0,0	
Enfants							ns
Non	44	38,3	42	36,5	29	25,2	
Oui	109	42,1	110	42,5	40	15,4	
Situation professionnelle							ns
En arrêt de travail	50	49,0	31	30,4	21	20,6	
Demandeur d'emploi, au chômage	65	38,0	68	39,8	38	22,2	
En invalidité	20	51,3	16	41,0	3	7,7	
Retraité(e)	8	30,8	14	53,8	4	15,4	
Avec un emploi	12	48,0	10	40,0	3	12,0	
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>F</i>
Age	47,76	9,43	45,27	10,97	41,26	9,97	***

Note.  $N = 415$ . Comparaison des groupes à l'aide du test  $\chi^2$  ou ANOVA à un facteur. Le nombre de données manquantes varie entre les analyses.

\*\*\*  $p < 0,001$ . \*\*  $p < 0,01$ . \*  $p < 0,05$ . ns pour  $p > 0,05$ .

Tableau III

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

	Typologie des fins de contrat						$\chi^2$
	Fin normale de Contrat ( $N_1 = 156$ )		Arrêt Contrat Patient ( $N_2 = 189$ )		Arrêt Contrat Établissement ( $N_3 = 70$ )		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Nature du contrat							**
Hospitalisation complète	116	38,7	127	42,3	57	19,0	
Hospitalisation à temps partiel	17	24,6	46	66,7	6	8,7	
Mixte	23	50,0	16	34,8	7	15,2	
Saison d'entrée							ns
Hiver	42	40,0	49	46,7	14	13,3	
Printemps	37	35,9	46	44,7	20	19,4	
Été	40	39,2	42	41,2	20	19,6	
Automne	37	35,2	52	49,5	16	15,2	
Saison de sortie							ns
Hiver	43	42,2	46	45,1	13	12,7	
Printemps	36	35,6	43	42,6	22	21,8	
Été	40	36,4	52	47,3	18	16,4	
Automne	37	36,3	48	47,1	17	16,7	
Premier soin en addictologie							*
Non	52	47,3	35	31,8	23	20,9	
Oui	103	36,9	130	46,6	46	16,5	
Motivation au soin par volonté personnelle							ns
Oui	70	47,3	51	34,5	27	18,2	
Non	84	37,7	99	44,4	40	17,9	
Motivation au soin pour l'entourage							ns
Oui	79	43,9	69	38,3	32	17,8	
Non	75	39,3	81	42,4	35	18,3	
Motivation au soin pour le travail							ns
Oui	43	43,4	36	36,4	20	20,2	
Non	111	40,8	114	41,9	47	17,3	
Motivation au soin pour raisons judiciaires							ns
Oui	15	48,4	8	25,8	8	25,8	
Non	140	41,1	142	41,6	59	17,3	
Motivation au soin pour la santé							ns
Oui	68	42,2	64	39,8	29	18,0	
Non	86	41,0	86	41,0	38	18,1	
Stade de motivation							*
Pré-contemplation	9	39,1	10	43,5	4	17,4	
Contemplation	72	40,0	61	33,9	47	26,1	
Préparation	64	53,3	40	33,3	16	13,3	
Action	7	63,6	4	36,4	0	0,0	
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>F</i>
Nombre d'évènements Alcoolisation	0,75	1,20	0,99	1,29	3,23	2,06	***
Nombre d'évènements Rappel au cadre	0,69	1,51	0,51	1,24	1,28	1,89	**
Nombre d'évènements Consommation de cannabis	0,17	0,78	0,24	0,89	0,42	0,93	ns
Nombre d'évènements Consommation d'autres produits	0,00	0,00	0,03	0,24	0,06	0,23	ns
Nombre d'évènements Conduites addictives	0,12	0,99	0,05	0,21	0,03	0,17	ns

Note.  $N = 415$ . Comparaison des groupes à l'aide du test  $\chi^2$  ou ANOVA à un facteur. Le nombre de données manquantes varie entre les analyses.

\*\*\*  $p < 0,001$ . \*\*  $p < 0,01$ . \*  $p < 0,05$ . ns pour  $p > 0,05$ .

Tableau IV

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

	Typologie des fins de contrat						$\chi^2$
	Fin normale de Contrat ( $N_1 = 156$ )		Arrêt Contrat Patient ( $N_2 = 189$ )		Arrêt Contrat Etablissement ( $N_3 = 70$ )		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Consommation d'alcool							ns
Oui	152	37,6	184	45,5	68	16,8	
Non	3	60,0	1	20,0	1	20,0	
Consommation de tabac							**
Oui	131	40,4	134	41,4	59	18,2	
Non	24	28,2	51	60,0	10	11,8	
Consommation de cannabis							***
Oui	35	28,2	50	40,3	39	31,5	
Non	120	42,1	135	47,4	30	10,5	
Consommation de cocaïne							ns
Oui	3	18,8	8	50,0	5	31,3	
Non	152	38,7	177	45,0	64	16,3	
Consommation d'héroïne							ns
Oui	2	28,6	2	28,6	3	42,9	
Non	153	38,1	183	45,5	66	16,4	
Consommation détournée de médicaments							**
Oui	2	7,1	17	60,7	9	32,1	
Non	153	40,2	168	44,1	60	15,7	
Jeux de hasard et d'argent							ns
Oui	13	35,1	18	48,6	6	16,2	
Non	142	38,2	167	44,9	63	16,9	
Achats compulsifs							ns
Oui	4	50,0	4	50,0	0	0,0	
Non	151	37,7	181	45,1	69	17,2	
Sport intensif							ns
Oui	6	66,7	3	33,3	0	0,0	
Non	149	37,3	182	45,5	69	17,3	
Prescription d'anxiolytiques							ns
Oui	132	39,3	142	42,3	62	18,5	
Non	24	35,8	37	55,2	6	9,0	
Prescription d'hypnotiques							ns
Oui	46	35,4	62	47,7	22	16,9	
Non	110	40,3	117	42,9	46	16,8	
Prescription d'antidépresseurs							ns
Oui	88	41,9	82	39,0	40	19,0	
Non	68	35,2	97	50,3	28	14,5	
Prescription de normothymiques							ns
Oui	8	36,4	11	50,0	3	13,6	
Non	148	38,8	168	44,1	65	17,1	
Prescription de neuroleptiques							*
Oui	46	32,2	65	45,5	32	22,4	
Non	110	42,3	114	43,8	36	13,8	
Prescription de médicaments d'aide au sevrage							***
Oui	126	44,7	100	35,5	56	19,9	
Non	30	24,8	79	65,3	12	20,4	
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>F</i>
Score au MOCA	24,92	5,25	24,84	3,90	25,10	2,90	ns

Note.  $N = 415$ . Comparaison des groupes à l'aide du test  $\chi^2$  ou ANOVA à un facteur. Le nombre de données manquantes varie entre les analyses.

\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ . \*\*\*  $p < 0,001$ . ns pour  $p > 0,05$ .