

**Université de Poitiers**  
**Faculté de Médecine et de Pharmacie**

ANNEE 2017

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**(décret du 16 Janvier 2004)**

**MÉMOIRE**  
**Du DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISEES**  
**DE PSYCHIATRIE**  
**(décret du 10 Septembre 1990)**

**présentée et soutenue publiquement le Vendredi 6 Octobre 2017**

à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers

Par Céline JANSSEN DRAPRI née le 27/03/1987

**Intérêt de la théorie du comportement planifié dans la prédiction de**  
**l'adhésion thérapeutique chez les patients présentant un trouble de**  
**l'usage d'alcool**

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

**Membres :**

Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Monsieur le Professeur Roger GIL

**Directeur de Thèse :** Madame le Docteur Ghina HARIKA GERMANEAU

**Université de Poitiers**  
**Faculté de Médecine et de Pharmacie**

ANNEE 2017

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**(décret du 16 Janvier 2004)**

**MÉMOIRE**  
**Du DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES**  
**DE PSYCHIATRIE**  
**(décret du 10 Septembre 1990)**

**présentée et soutenue publiquement le Vendredi 6 Octobre 2017**

à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers

Par Céline JANSSEN DRAPRI née le 27/03/1987

**Intérêt de la théorie du comportement planifié dans la prédiction de**  
**l'adhésion thérapeutique chez les patients présentant un trouble de**  
**l'usage d'alcool**

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

**Membres :**

Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Monsieur le Professeur Roger GIL

**Directeur de Thèse :** Madame le Docteur Ghina HARIKA GERMANEAU



Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (surnombre jusqu'en 08/2018)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (surnombre jusqu'en 08/2017)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en détachement)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (surnombre jusqu'en 01/2017)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (surnombre jusqu'en 08/2018)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (surnombre jusqu'en 08/2018)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

**Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement au 01/12)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

**Professeur des universités de médecine générale**

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

**Maître de conférences des universités de médecine générale**

- BOUSSAGEON Rémy

**Professeur associé des disciplines médicales**

- ROULLET Bernard, radiothérapie

**Professeurs associés de médecine générale**

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

**Maitres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

**Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

**Professeurs émérites**

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

**Professeurs et Maitres de Conférences honoraires**

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## **REMERCIEMENTS**

### **A Madame le Docteur HARIKA GERMANEAU,**

Pour m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Merci encore pour tes précieux conseils, ton écoute et ta disponibilité.

### **A Monsieur le Professeur JAAFARI,**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Sincères remerciements pour toutes ces années de formation. Veuillez trouver ici, en retour, l'expression de ma sincère reconnaissance.

### **A Monsieur le Professeur GICQUEL,**

Vous me faites l'honneur de votre participation à ce jury. Veuillez accepter l'expression de mes sincères remerciements.

### **A Monsieur le Professeur GIL,**

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury et de vous intéresser à mon travail. Veuillez accepter l'expression de mon profond respect.

### **A tous mes Maîtres de stages,**

Pour les connaissances que vous m'avez apportées. Merci de m'avoir transmis cette passion pour la médecine.

### **A ma famille,**

**A mes parents,** qui m'ont laissé le libre choix de mon avenir et qui m'ont toujours soutenue. Merci pour votre présence et la confiance que vous m'avez accordée.

**A mon grand frère,** pour tes pensées lointaines.

**A mon mari Benoît,** pour ton amour et ton optimisme au quotidien.

**A ma fille Cléa,** pour le bonheur immense que tu m'apportes depuis ta naissance.

**A mes amis,** pour votre présence à mes côtés

# TABLE DES MATIÈRES

INDEX DES FIGURES.....	7
INDEX DES TABLEAUX.....	7
TABLES DES ANNEXES.....	7
ABRÉVIATIONS.....	8
I. INTRODUCTION.....	9
II. GÉNÉRALITÉS.....	10
A. TROUBLES ADDICTIFS.....	10
B. ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE.....	15
1. Généralités.....	15
2. Déterminants de l'adhésion thérapeutique.....	16
a. Le patient et son entourage :.....	16
b. La pathologie :.....	17
c. La relation médecin-patient :.....	17
d. Le traitement :.....	18
3. Adhésion thérapeutique et addictions.....	18
a. Lien entre l'adhésion thérapeutique et l'efficacité des traitements spécifiques des troubles addictifs :.....	19
b. Lien entre les consommations d'alcool et l'observance thérapeutique dans les pathologies somatiques chroniques : exemple du VIH.....	19
C. LA THÉORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIÉ.....	21
1. Cadre théorique.....	21
a. Théorie de l'Action Raisonnée.....	21
b. Théorie du Comportement Planifié.....	22
2. Utilisations pratiques de la théorie du comportement planifié.....	26
a. Dans les maladies somatiques chroniques.....	26
b. En psychiatrie.....	28
c. En addictologie.....	28
III. MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	30
A. Protocole de l'étude.....	30
1. Description de l'étude.....	30
2. Critères d'inclusion et d'exclusion :.....	30
3. Objectifs.....	31
a. Objectif principal :.....	31
b. Objectifs secondaires :.....	31
B. Mesures.....	31
1. Critères DSM V des troubles de l'usage d'alcool.....	31
2. Questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).....	32
3. Échelle de dépression MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale).....	32
4. Questionnaire Théorie du Comportement Planifié.....	33
5. Questionnaire Insight HAIS (Hanil Alcohol Insight Scale).....	34
6. Questionnaire Alliance Thérapeutique.....	34
7. Questionnaire Stades de changement URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale).....	35
8. Mesure de l'Adhésion Thérapeutique.....	36
9. Analyse statistique.....	37
IV. RÉSULTATS.....	38
V. DISCUSSION.....	41
A. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE.....	41
B. PERSPECTIVES.....	43
VI. CONCLUSION.....	44
BIBLIOGRAPHIE.....	45
ANNEXES.....	56
RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS.....	78
SERMENT.....	79

## **INDEX DES FIGURES**

**FIGURE 1 : Le modèle Bio Psycho Social**

**FIGURE 2 : Illustration des variables de la théorie du comportement planifié**

## **INDEX DES TABLEAUX**

**TABLEAU 1 : Comparaison des variables qualitatives**

**TABLEAU 2 : Comparaison des variables quantitatives**

**TABLEAU 3 : Moyennes et écart-types des variables de la théorie du comportement planifié dans les 2 groupes de patients.**

**TABLEAU 4 : Corrélations entre les variables de la théorie du comportement planifié, les stades de changement, l'alliance thérapeutique, l'insight et l'adhésion thérapeutique**

## **TABLES DES ANNEXES**

**ANNEXE 1 : Questionnaires patients**

**ANNEXE 2 : MADRS**

**ANNEXE 3 : Critères DSM-5 : trouble de l'usage de substance.**

**ANNEXE 4 : Questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Test)**

**ANNEXE 5 : Questionnaire théorie du comportement planifié**

**ANNEXE 6 : Questionnaire alliance thérapeutique**

**ANNEXE 7 : Questionnaire HAIS (Hanil Alcohol Insight Scale) (Insight)**

**ANNEXE 8 : Echelle URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale) (adaptation Française)**

**ANNEXE 9 : Formulaire de non opposition**

## **ABRÉVIATIONS**

**HTA** : HyperTension Artérielle

**SFA** : Société Française d'Alcoologie

**TAR** : Théorie de l'Action Raisonnée

**TCC** : Thérapie Cognitive et Comportementale

**TCP** : Théorie du Comportement Planifié

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

# I. INTRODUCTION

Le terme « addiction » est apparu dans le domaine médical dans les années 1990. On utilise actuellement celui de « troubles d'utilisation de substances » en référence au DSM V.

Ce trouble est aujourd'hui considéré comme une affection chronique et représente donc un enjeu majeur de santé publique. La prise en charge de la problématique addictive est multifactorielle. En effet, la dimension médicale et pharmacologique est étroitement liée à la dimension psychosociale. Même si la prise en charge est adéquate, la problématique de l'adhésion thérapeutique occupe une place centrale dans la prise en charge des conduites addictives car elle constitue un déterminant fondamental de l'efficacité des traitements.

Dans la littérature, on retrouve que plus de 80 % des patients souffrants d'affections chroniques ne prennent pas correctement leur traitement et près de 50 % sont inobservants (1). Les conséquences de cette mauvaise adhésion thérapeutique sont lourdes car on sait qu'elle augmente significativement la mortalité des patients atteints d'affections chroniques (2).

La Théorie du Comportement Planifié (TCP) est un modèle de psychologie sociale et cognitive, qui a été utilisé dans de nombreux domaines, notamment afin de prédire l'adhésion thérapeutique dans les maladies chroniques et dans les addictions (3).

Ce modèle a également permis de développer des interventions spécifiques dans le but d'améliorer l'adhésion du patient (4).

L'objectif principal de notre étude est de confirmer l'utilité de la TCP dans la prédiction de l'adhésion thérapeutique dans le trouble de l'usage d'alcool. Cette étude a également comme intérêt d'appuyer la nécessité de développer des interventions basées sur ce modèle afin d'accroître l'adhésion thérapeutique dans le domaine des addictions.

## II. GÉNÉRALITÉS

### A. TROUBLES ADDICTIFS

Le terme d'addiction trouve ses origines dans le droit romain. Le mot « *addictus* » désigne celui qui, du fait de ses dettes, est condamné à être esclave de ses créanciers. Il s'agissait d'une véritable contrainte par corps exercée par l'autorité judiciaire sur un individu pour l'astreindre à s'acquitter de sa dette (5). Le terme d'addiction est apparu pour la première fois dans le champ de la médecine et notamment de la psychiatrie dans les pays anglo-saxons au début des années 1990 (6).

La Société Française d'Alcoologie (SFA) a défini plusieurs catégories d'utilisation de toxiques :

- le non usage
- l'usage non pathologique
- le mésusage regroupant :
  - l'usage à risque dans lequel il n'existe pas encore de conséquences manifestes de l'usage
  - l'usage nocif et l'usage avec dépendance qui correspondent aux formes symptomatiques de l'usage se traduisant par des conséquences visibles sur le plan médical, psychologique, social et parfois judiciaire.

Selon les critères de l'OMS, l'usage à risque équivaut à une consommation de plus de 21 verres par semaine pour les hommes et à plus de 14 verres par semaine pour les femmes ou à plus que 4 verres par occasion de boire chez les hommes et à plus de 3 verres par occasion de boire chez les femmes (7). Un verre standard est défini par une quantité d'alcool pur de 10 g correspondant approximativement à 25 cl de bière à 5°, à 10 cl de vin à 12° ou à 3 cl d'alcool à 40°.

Sur le plan épidémiologique, l'alcool est la substance la plus consommée en France, avec **44,4 millions d'expérimentateurs, et 8,8 millions d'usagers réguliers** (7). La consommation d'alcool en France demeure importante mais baisse lentement depuis quarante ans. En 1970, en France, les personnes âgées de 15 ans et plus buvaient en moyenne près de 22 litres/an d'alcool (soit 48 g d'alcool pur par jour), ce qui représentait le niveau le plus élevé au monde (8). En 2011, la consommation moyenne s'établit à 12 litres d'alcool pur par an et par habitant âgé de 15 ans et plus. En 2014, parmi les 18-75 ans, près de 9 personnes sur 10 (87 %)

déclarent avoir bu de l'alcool au moins une fois dans l'année, alors que 13 % n'en ont pas du tout consommé. Sur l'ensemble de la population de cette tranche d'âge, 38 % déclarent boire de l'alcool moins d'une fois par semaine, 39 % au moins une fois par semaine (mais pas quotidiennement), et 10 % des personnes interrogées déclarent consommer quotidiennement de l'alcool. Bien que la consommation quotidienne d'alcool baisse lentement depuis une quarantaine d'années, les comportements d'alcoolisation ponctuelle importante se sont intensifiés depuis 2005 chez les adolescents et les jeunes adultes (9). En France, l'alcool est considéré comme la **troisième cause de mortalité** après les maladies cardiovasculaires et les cancers. Il s'agit cependant de la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac. Il a été estimé en 2009 que l'alcool est responsable d'environ **49 000 décès par an**, tous âges confondus, dont environ un tiers par cancer, un quart par maladie cardiovasculaire, 17 % par accident ou suicide, 16 % par maladie digestive et 11 % par d'autres causes. Si l'on additionne l'alcool et le tabac, deux produits souvent associés, ce sont encore près de 100000 décès évitables par an qu'il faut considérer (8). Les données de morbidité dans l'ensemble de la population pour les maladies liées à l'alcool sont assez rares en France. Dans l'enquête sur la santé mentale en population générale réalisée en France au début des années 2000 sur un échantillon de 36 000 personnes, le **diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool concernait 4,3% de la population française** âgée de 18 ans et plus (7,3 % des hommes et 1,5 % des femmes) (7).

D'un point de vue diagnostique, le DSM-V combine les anciens diagnostics d'abus et de dépendance à une substance du DSM-IV en un seul nouveau diagnostic de trouble de l'utilisation ou de l'usage de substances. Selon le DSM V, l'addiction à une substance est un mode d'utilisation inadapté de cette substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois (7):

- 1 - La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu
- 2 - Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance
- 3 - Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, l'utiliser ou récupérer de ses effets
- 4 - Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance
- 5 - L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations

majeures, au travail, à l'école ou à la maison

6 - Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance

7 - Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance

8 - Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux

9 - L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance

10 - Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

- besoin de quantités plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
- effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance

11 - Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- syndrome de sevrage caractérisé à la substance
- la substance est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Ce trouble de l'usage de substance est qualifié de faible (2 à 3 critères), modéré (4 à 6 critères) ou sévère (7 à 11 critères).

D'un point de vue étiologique, l'addiction résulte de l'interaction entre un individu, un produit ou un comportement et un environnement. Cette multitude de facteurs de risques constitue le **modèle bio-psycho-social**, introduit par Engel en 1980 (10), résumé dans la figure 1.

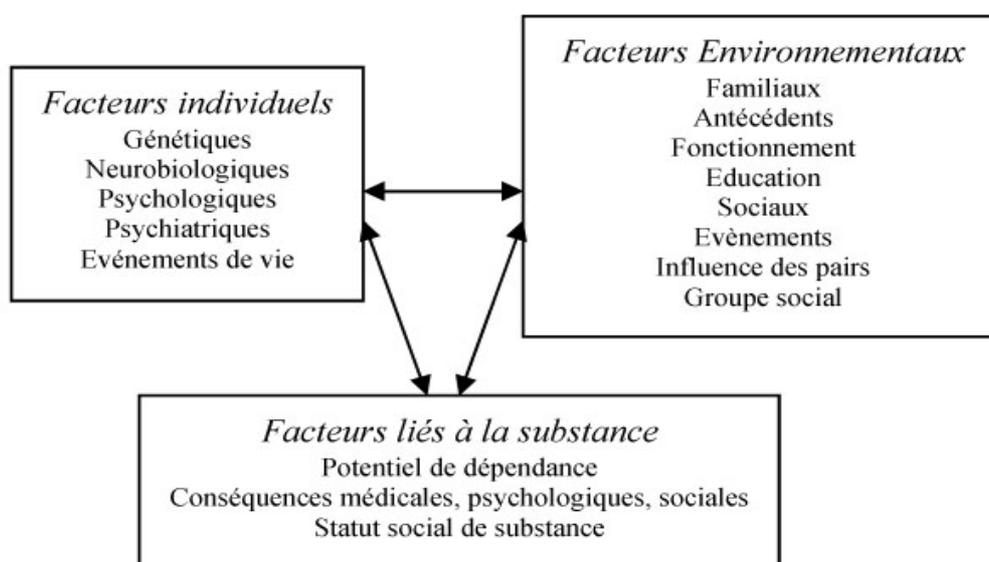


FIGURE 1 : Modèle BioPsychoSocial dans les addictions

Concernant les *facteurs liés à la substance*, on peut citer le pouvoir addictif différenciant d'une substance à l'autre et déterminant des niveaux de dépendance plus ou moins élevés. D'autre part, l'effet recherché de la consommation d'une substance psychoactive (euphorie, sédation, anxiolyse, désinhibition) peut influencer l'utilisation d'un produit par rapport à un autre. Par ailleurs, le statut social du produit et notamment son caractère licite ou illicite peut également avoir un impact sur les consommations de toxiques (6).

Concernant les *facteurs individuels*, ont été identifiés :

- des facteurs neurobiologiques qui sont largement impliqués dans le développement des addictions. C'est le circuit de la récompense ou circuit dopaminergique mésocorticolimbique qui est impliqué dans l'apparition d'un comportement addictif (9). Ce circuit est constitué de l'aire tegmentale ventrale dont les neurones dopaminergiques se projettent au niveau du noyau accumbens et du cortex préfrontal. Ce système est régulé par plusieurs structures, en effet l'aire tegmentale ventrale et le noyau accumbens reçoivent des innervations glutamatergiques inhibitrices du cortex préfrontal mais également du thalamus et de l'hypothalamus ainsi que de l'amygdale et de l'hippocampe.

- des facteurs génétiques qui peuvent également être impliqués dans l'apparition d'une conduite addictive. En effet, l'héritabilité génétique, qui évalue la part des facteurs génétiques dans la variation de l'expression d'un caractère phénotypique, est estimée à 0,34 pour la dépendance à l'héroïne, à 0,55 pour la dépendance à l'alcool, à 0,52 pour la dépendance à la marijuana et à 0,61 pour la dépendance au tabac. Ces chiffres sont globalement comparables à ceux retrouvés dans diverses pathologies chroniques puisque, l'héritabilité génétique est estimée entre 0,25 à 0,5 dans l'Hypertension artérielle, à 0,8 dans le Diabète et entre 0,36 à 0,7 dans l'Asthme (11). Plusieurs études sur les jumeaux ont été publiées dans le domaine de la dépendance aux substances. Globalement elle rapportent des taux de dépendance nettement plus élevés chez les jumeaux de personnes dépendantes à une substance que chez les autres frères et sœurs. On retrouve également des taux de dépendance plus élevés chez les jumeaux monozygotes de personnes dépendantes à une substance que chez les dizygotes (12). Les fils de pères dépendants de l'alcool héritent d'une plus grande tolérance aux effets de l'alcool (13).

- des facteurs psychologiques qui peuvent également être cités comme favorisant la survenue d'addictions. En effet, les troubles du comportement précoces, comme le Trouble Déficit de l'Attention Hyperactivité, sont fortement corrélés à un abus voire au développement d'une dépendance à un produit (14). D'autre part, les troubles de la personnalité antisociale ou borderline sont des facteurs facilitant l'installation de conduites addictives (15). En effet, un niveau élevé de recherche de nouveauté, un faible évitement du danger, et des réactions

émotionnelles excessives peuvent favoriser les consommations de toxiques. Par ailleurs, la présence d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux est également un facteur de risque de développer une addiction (16).

Concernant les *facteurs environnementaux*, il a été mis en évidence que le fonctionnement familial, notamment le style d'éducation parental ainsi que la relation aux pairs jouent un rôle majeur dans le développement des addictions. D'autre part, les événements de vie négatifs comme le deuil, les séparations et les violences sont des facteurs de vulnérabilité de développer une addiction (14).

Sur le plan thérapeutique, les objectifs concernant les troubles de l'usage de substances et notamment d'alcool connaissent un changement depuis quelques années. En effet, l'objectif actuel de la prise en charge de ce trouble est l'amélioration de la qualité de vie du patient. La prise en charge doit être multidisciplinaire visant à améliorer la santé physique et psychique mais également la vie sociale, professionnelle, familiale et judiciaire. En raison de la forte prévalence du trouble de l'usage d'alcool, de ses conséquences somatiques et psychiatriques néfastes, la réduction de la consommation en dessous de seuils à risque représente aujourd'hui un nouvel objectif thérapeutique chez certains patients plutôt que la recherche d'une abstinence totale. Les recommandations du NICE s'intègrent dans cette nouvelle démarche thérapeutique (7). L'abstinence est l'objectif de consommation le plus adapté pour la plupart des personnes souffrant d'une dépendance à l'alcool, et pour celles ayant un mésusage de l'alcool associé à une comorbidité physique ou psychiatrique significative. Pour ces sujets qui ne souhaitent pas s'engager vers l'abstinence, les recommandations préconisent un programme orienté vers la réduction des dommages. Pour les sujets ayant une consommation nocive ou une dépendance peu sévère, sans comorbidité significative, et si le soutien social est adéquat, les recommandations préconisent d'envisager l'objectif de réduction de la consommation, à moins qu'ils ne préfèrent l'abstinence. La prise en charge thérapeutique du trouble de l'utilisation d'alcool regroupe des interventions psycho thérapeutiques, psychoéducatives, psychosociales et pharmacologiques.

**Au total, les troubles de l'usage d'alcool constituent une pathologie fréquente et invalidante, dont l'étiologie est multifactorielle. La morbi-mortalité importante résultant de cette consommation d'alcool en fait un problème majeur de santé publique. La prise en charge est primordiale et pluridisciplinaire. Cependant quelques soient les techniques de prise en charge employées, un facteur déterminant de sa réussite et de son efficacité est l'adhésion du patient.**

## B. ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE

### 1. Généralités

La problématique de l'observance thérapeutique est ancienne puisque l'on suppose qu'elle est quasi contemporaine de l'exercice de la médecine.

Le terme anglo-saxon de « compliance » est apparu dans la littérature dans les années 1970 définissant « le degré de respect ou d'écart entre les prescriptions et les pratiques du patient en terme de santé » (17).

D'après la définition de Haynes en 1979, l'« observance thérapeutique » désigne « l'importance avec laquelle les comportements d'un individu coïncident avec les recommandation médicales » (18).

Les termes de compliance et d'observance ont longtemps sous entendu une certaine passivité du patient qui se soumet à la décision médicale et donc à un certain déséquilibre de la relation médecin-patient. C'est dans ce contexte que le terme d'« adhésion thérapeutique » est apparu, directement traduit du mot anglais « adherence », sous tendu par une acceptation de la maladie par le patient ainsi que par une implication active dans les soins.

D'autre part, l'adhésion thérapeutique ne concerne pas uniquement la prise médicamenteuse mais peut faire référence par exemple au respect du suivi et des règles hygiéno-diététiques. Différents profils de mauvaise adhésion thérapeutique ont été décrits comme une irrégularité dans les horaires de prises de traitement, des oublis ponctuels, des interruptions sur des périodes plus ou moins longues ou un arrêt complet du traitement ou du suivi.

Les taux d'adhésion thérapeutique sont variables en fonction des pathologies. Un patient est considéré comme observant lorsqu'il prend plus de 75 à 80 % des médicaments prescrits (19) à l'exception des médicaments antirétroviraux du VIH pour lesquels ce seuil est fixé à 95 % (20). Une méta-analyse récente montre qu'environ seulement 60 % des patients souffrant d'une pathologie chronique suivent les prescriptions médicales (21). Les taux d'observance les plus élevés sont retrouvé chez les patients transplantés cardiaques (75 à 80% à 1 an), contre 48 % à 1 an chez les patients transplantés rénaux (pour les traitements immunosuppresseurs). On retrouve des taux d'observance thérapeutique moyens dans les maladies cardiovasculaires où il est estimé à 54% à 1 an (pour aspirine, antihypertenseurs et statines), contre 31 à 87% dans le diabète, et 40% à 72% dans l'Hypertension (22). Concernant les autres pathologies chroniques, le taux d'observance thérapeutique est évalué à 72% dans l'épilepsie, à 67% dans la Polyarthrite Rhumatoïde, de 60 à 70% dans les maladies

inflammatoires chroniques de l'intestin, de 54% à 88% dans le VIH, de 52 à 57% dans les Cancers et de 30 à 40% dans l'Asthme de l'adulte (22). Les taux d'observance thérapeutique dans les troubles psychiatriques sont assez faibles, avec des taux de non-observance allant de 10% à 76% pour les médicaments antipsychotiques et de 10% à 50% pour les antidépresseurs (23). Plus de 50 % des patients schizophrènes ne prennent pas régulièrement leur traitement (24). A 18 mois, 74 % ont cessé la prise de leur médicament antipsychotique (17). **Dans les troubles de l'usage de substances, l'inobservance thérapeutique atteint souvent les 40 %** (25).

Les conséquences les plus graves de la non adhésion thérapeutique sont évidemment médicales et économiques. Ce défaut d'adhésion thérapeutique globale augmente la mortalité et serait responsable de 125000 décès prématurés par an aux États-Unis avec un coût dû aux ré-hospitalisations estimées à 100 milliards de dollars par an (26). En France, on estime que le défaut d'adhésion thérapeutique coûte 2 milliards d'euros par an et engendre 1 000 000 journées d'hospitalisation et 8000 décès (22). Une méta-analyse de 21 études observationnelles ayant inclus 46847 patients a testé l'influence de l'adhésion au traitement sur la mortalité. En comparaison à une mauvaise adhésion, une bonne adhésion thérapeutique est associée à une mortalité réduite pratiquement de moitié (27). Une bonne adhésion thérapeutique est associée à une réduction significative des rechutes et des complications (28) ainsi que des hospitalisations dans les maladies chroniques (29).

## 2. Déterminants de l'adhésion thérapeutique

Les facteurs influençant l'adhésion thérapeutique peuvent être regroupés en 4 catégories, qu'ils soient liés au patient et à son entourage, à la pathologie, au système de soins, ou au traitement (30).

### a. Le patient et son entourage :

Aucun profil psychologique n'a été identifié comme facteur de bonne ou de mauvaise adhésion thérapeutique. Il n'a pas été démontré de lien entre l'adhésion thérapeutique et des variables telles que l'âge, le sexe, le statut marital et le statut socio-professionnel (31). Cependant l'isolement social ainsi que le faible soutien social du patient apparaissent comme des facteurs prédictifs d'une mauvaise adhésion thérapeutique (32). Parmi les croyances que développent les patients concernant la menace que représente la maladie, le sentiment d'auto-

efficacité développée par Bandura semble être en lien étroit avec l'adhésion thérapeutique (33).

Cependant, l'insight ou la « conscience des troubles » est un autre concept fondamental. Pour que l'adhésion thérapeutique soit correcte, cela nécessite une conscience et une acceptation de la maladie par le patient ainsi qu'une compréhension de l'intérêt des traitements. Le défaut d'insight est identifié comme un des facteurs prédictifs les plus importants dans la non adhésion thérapeutique (34).

#### b. La pathologie :

Les comorbidités psychiatriques ou addictives ainsi que les conséquences de certaines pathologies comme les troubles cognitifs sont susceptibles d'interférer sur les capacités d'adaptation du patient sur le plan émotionnel et comportemental et donc de modifier l'adhésion thérapeutique (35). La courte durée de la maladie est quant à elle un facteur de bonne adhésion thérapeutique. Cependant, la sévérité ainsi que le pronostic de la maladie joue un rôle beaucoup moins franc sur l'observance thérapeutique (36).

#### C. La relation médecin-patient :

Le concept d'« alliance thérapeutique » est fondamental dans l'obtention d'une adhésion thérapeutique de qualité. L'alliance thérapeutique se définit par l'établissement d'un accord entre le patient et le professionnel de santé, sur des décisions thérapeutiques qui concernent le patient (37). L'adhésion thérapeutique envisagée sous l'angle d'une alliance thérapeutique peut se synthétiser sous la forme d'un rapport entre ce que le patient fait et ce que le patient et le médecin ont décidé après négociation. Ce terme est couramment utilisé dans le suivi des patients atteints de pathologies psychiatriques, alors qu'il est encore peu employé dans le domaine des pathologies somatiques chroniques. Effectivement, la qualité de la relation médecin-patient ainsi que de l'information transmise au patient est primordiale dans l'obtention de bonne adhésion thérapeutique. Une bonne compréhension de la maladie et des traitements est le plus souvent positivement liée à une bonne adhésion thérapeutique (38). Dans une étude menée en 1976 (39), 70 % des patients qui avaient compris les recommandations médicales étaient considérés comme ayant une bonne adhésion thérapeutique. Lorsque les informations transmises au patient étaient considérées comme claires par des juges extérieurs, environ 60 % de ces informations étaient comprises par les patients, conduisant à un taux d'adhésion d'au moins 50 %. En revanche, lorsque ces

informations étaient jugées confuses par ces mêmes juges, le niveau de compréhension passait à 40 % et le taux d'adhésion à 30 %.

Parmi les facteurs dépendant de la relation thérapeutique, l'attitude du médecin en matière de communication, le type de relation entre le médecin et son patient et les habitudes de prescription sont des points essentiels en matière d'observance thérapeutique (34).

#### d. Le traitement :

Plusieurs facteurs liés au traitement ont un impact sur l'adhésion thérapeutique.

La faible efficacité perçue, le long délais d'action ainsi qu'une durée prolongée du traitement sont des facteurs de mauvaise adhésion thérapeutique (40) (41).

L'implication des effets secondaires est également souvent citée mais elle reste controversée. En effet, plusieurs auteurs n'ont pas trouvé de lien entre les effets secondaires et l'observance thérapeutique (34). Dans l'étude d'Adams et al. (42), les effets bénéfiques ressentis du traitement, dans une population de patient psychotiques, ont une influence plus importante sur l'adhésion thérapeutique que les effets secondaires.

### 3. Adhésion thérapeutique et addictions

Dans la littérature, il est retrouvé un taux important de non observance dans les pathologies addictives, et ces taux sont comparables aux pathologies somatiques comme l'HyperTension Artérielle (HTA) et l'asthme (11). Une étude récente sur la prise en charge des troubles addictifs aux États-Unis, révèle que seulement 38 % des patients bénéficient d'une prise en charge spécialisée et 28 % reçoivent un traitement adapté (43).

Par ailleurs, il apparaît également que l'efficacité des traitement pharmacologiques des troubles de l'usage de substances et notamment d'alcool est controversée. Cependant plusieurs données suggèrent que le manque d'observance au Naltrexone ou à l'Acomprostate pourrait expliquer cette controverse concernant l'efficacité de ces traitements (44). La mauvaise observance constitue donc un biais dans l'analyse de l'efficacité des traitements dans la pratique clinique quotidienne mais également dans celle des données issues des études cliniques.

### a. Lien entre l'adhésion thérapeutique et l'efficacité des traitements spécifiques des troubles de l'usage d'alcool :

Les données de la littérature montrent que l'adhésion thérapeutique est une problématique majeure chez les patients ayant un trouble de l'usage d'alcool, avec souvent un arrêt précoce ou une prise aléatoire du traitement. En effet, l'observance thérapeutique est souvent optimale les 12-16 premières semaines de traitement et diminue ensuite.

Plusieurs revues de la littérature ont analysé les données des essais cliniques, concernant le Naltrexone et l'Acomprosate afin de corréler l'efficacité de ces traitements à l'observance mais les résultats restent contradictoires. Des revues comme celle de Koeter en 2010 (45) montrent toutefois un lien intéressant entre observance précoce et meilleurs résultats d'abstinence et de réduction de la consommation. Les patients ayant arrêté prématurément la prise de traitement rechutent plus vite et reprennent des consommations importantes plus rapidement. L'observance précoce ainsi que la motivation à devenir totalement abstinents étaient les meilleurs facteurs prédictifs de l'abstinence. L'observance précoce est également prédictive d'une meilleure observance tardive. Les patients traités par Acamprosate ont également moins tendance à interrompre prématurément le traitement que les patients recevant un Placebo.

Par ailleurs, aucune donnée comparant l'observance et l'efficacité du traitement n'est disponible pour le Namfene et le Baclofene.

### b. Lien entre les consommations d'alcool et l'observance thérapeutique dans les pathologies somatiques chroniques : exemple du VIH.

L'abus de substances comme l'alcool ou le cannabis sont des facteurs prédictifs d'une mauvaise adhésion thérapeutique (46) et donc d'une efficacité limitée des traitements dans les maladies chroniques. Il existe peu d'hypothèses explicatives à cette association, mis à part l'impact cognitif de l'alcool entraînant des oublis de prise médicamenteuse ou une non prise programmée afin d'éviter une interaction alcool-médicament.

Dans la littérature, plusieurs études se sont intéressées aux liens entre prise d'alcool et mauvaise adhésion thérapeutique dans les pathologies somatiques. L'observance des traitements antirétroviraux dans le VIH est la plus documentée (47). Selon une revue de la littérature, la consommation d'alcool a un impact négatif significatif sur l'observance du traitement antirétroviral (48). Ce lien est plus robuste dans le cadre de consommation à risque

mais il est retrouvé quelque soit le type de consommation. Des études similaires ont également été menées dans d'autres pathologies comme le diabète et l'HTA avec des résultats similaires. Une étude sur les déterminants psychosociaux de la pratique de l'autosurveillance glycémique dans le diabète de type 2 a montré que les troubles de l'usage d'alcool et le tabagisme étaient souvent associés à une absence de mesure quotidienne de la glycémie, absence qui était aussi souvent observée chez les patients ayant un faible niveau socio-économique et un niveau de scolarité faible (49).

De plus, ce lien est établi dans les maladies psychiatriques comme la schizophrénie où l'usage de substances, essentiellement le cannabis, a été mis en cause dans plusieurs études comme un facteur d'inobservance du traitement antipsychotique (50).

**Au total, l'adhésion thérapeutique est un concept complexe, dynamique et multifactoriel ayant des enjeux de santé publique majeurs. Dans le domaine des addictions et notamment dans le trouble de l'usage d'alcool, il a été identifié comme un déterminant de l'efficacité des traitements et donc de la réduction des consommations d'alcool. Cependant, l'adhésion thérapeutique est difficile à évaluer en pratique courante. La théorie du comportement planifié que nous allons développer maintenant, est utilisée dans la compréhension et la prédiction de nombreux comportements et notamment de l'adhésion thérapeutique dans les affections chroniques.**

## C. LA THÉORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIÉ

### 1. Cadre théorique

#### a. Théorie de l'Action Raisonnée

La Théorie de l'Action Raisonnée (TAR) a été développée par Fishbein et Ajzen en 1981 (51) afin de mieux comprendre les facteurs psycho sociaux influençant les comportements humains. Cette théorie vise à prédire des comportements volitifs c'est-à-dire sous le contrôle volontaire, par l'analyse de trois facteurs : l'intention, l'attitude et la norme subjective.

**L'intention** est l'expression de la motivation de l'individu à exécuter ou non le comportement en question. C'est en fait la représentation cognitive de la disposition d'une personne à accomplir ou non une action. L'intention est déterminée par les attitudes et les normes subjectives. C'est le facteur central de la théorie car l'antécédent immédiat du comportement et le meilleur facteur prédictif de celui-ci.

**L'attitude** est le jugement de la personne envers le comportement selon qu'elle soit favorable ou non à l'exécution de celui-ci. L'attitude dépend des croyances comportementales du sujet et de l'importance qu'il attribue à ses croyances. Chaque croyance comportementale relie le comportement à certains attributs comme par exemple les capacités à s'engager dans le comportement ainsi que les conséquences de celui-ci. Les attributs liés au comportement sont évalués positivement ou négativement par le sujet qui va acquérir une attitude positive ou négative à l'égard du comportement. Nous formulons des attitudes favorables pour les comportements aux conséquences que nous pensons désirables. Inversement, nous adoptons une attitude défavorable pour les comportements aux conséquences que nous jugeons indésirables. De cette façon, nous apprenons à favoriser ou à limiter les comportements en fonction des nos appréciations subjectives de leurs conséquences potentielles.

**La norme subjective** est définie par la perception qu'à un individu concernant l'approbation ou non des personnes socialement importantes pour lui d'exécuter ou non un comportement. La norme subjective dépend quant à elle des croyances normatives du sujet et de sa motivation à se conformer au groupe de référence. Ce groupe de référence comprend, en règle générale les ascendants, les descendants, la fratrie et les amis de la personne concernée. Ces croyances sont alimentées par l'idée que les personnes importantes pour le sujet approuvent ou désapprouvent la réalisation du comportement en question par la personne concernée.

Dans la TAR, l'attitude et la norme subjective sont donc deux déterminants importants de l'intention. Pour certaines intentions, les considérations d'attitude peuvent être plus importantes que les considérations normatives, tandis que pour d'autres intentions, les considérations normatives peuvent prédominer. Par ailleurs, les poids relatifs des considérations d'attitude et normatives peuvent varier d'une personne à l'autre.

Ce modèle qu'est la TAR possède un certain nombre de limites car elle ne peut être appliquée que pour les comportements exclusivement dépendants de la volonté du sujet. Cependant, du fait de leur complexité, la plupart des comportements humains ne répondent pas à cette exigence et ne sont donc que partiellement sous le contrôle de l'individu. Ces comportements dépendent donc d'autres facteurs indépendants de l'intention d'exécuter un comportement. Ces facteurs peuvent être extrinsèques mais également intrinsèques et propres à chaque individu, nous y reviendrons ultérieurement.

### b. Théorie du Comportement Planifié (TCP)

La TCP est un modèle de psychologie sociale et cognitive, développée par Icek Ajzen en 1991 (52). La TCP fournit un cadre conceptuel utile pour faire face à la complexité des comportements humains. Elle incorpore en effet certains concepts centraux dans les sciences sociales, utiles dans la prédiction et la compréhension de ces comportements. La TCP est en fait une extension à la TAR, nécessaire du fait de la limite du modèle d'origine dans la prédiction des comportements humains partiellement volontaires. Icek Ajzen a donc ajouté au modèle de la TAR, une variable supplémentaire :

**Le contrôle comportemental perçu** se définit par la perception qu'à le sujet concernant la facilité ou la difficulté à adopter un comportement donné. La perception du contrôle sur le comportement dépend de facteurs internes et propres à l'individu. Cependant des facteurs externes déterminent le contrôle réel de l'individu sur le comportement. Pour Ajzen, le comportement d'un individu est non seulement prédit par l'intention de l'exécuter mais également par la perception du contrôle comportemental qu'il a sur celui-ci. L'adoption d'un comportement dépend donc à la fois de sa motivation (intention) et de la capacité du sujet à exécuter ce comportement (contrôle comportemental). Selon la TCP, le contrôle comportemental perçu, conjointement à l'intention comportementale peut donc être directement utilisé pour prédire le comportement. Le contrôle comportemental perçu peut même accroître l'Intention. Comme nous venons de le voir, l'intention d'adopter un comportement peut prédire de manière satisfaisante celui-ci seulement si sa réalisation est strictement volontaire, c'est-à-dire si le sujet possède un contrôle total sur l'action et peut

décider ou non d'accomplir celle-ci. Si la situation permet un contrôle complet sur la performance comportementale, seules les intentions suffisent donc à prédire le comportement. D'autre part, l'attitude et la norme subjective peut également influencer le contrôle comportemental perçu. En règle générale, plus l'attitude et la norme subjective sont favorables, plus le contrôle perçu est grand, plus l'intention de la personne d'exécuter le comportement en question est forte et plus la probabilité de l'exécuter est importante (53).

De plus, le contrôle comportemental perçu dépend, comme les autres facteurs, de croyances de contrôle, à savoir l'estimation par le sujet, de la probabilité qu'un facteur qui facilite ou limite l'adoption du comportement soit présent ou non. Il est important de souligner que le contrôle comportemental perçu fait référence à un contexte comportemental précis spécifique et non à une prédisposition générale. Il peut donc varier selon les situations rencontrées.

Par ailleurs, le concept de perception du contrôle sur le comportement se rapproche du concept d'auto efficacité décrit par Bandura en 1986 (54) qui représente la confiance des individus en leur capacité à réaliser une action. L'auto efficacité peut donc influencer le choix du comportement, sa préparation, l'effort dispensé lors de la réalisation de celui-ci ainsi que les réactions émotionnelles liées au comportement. Une relation étroite a été mise en évidence entre ce concept d'auto-efficacité et la diminution des consommations dans les troubles liés à l'usage de substances (55).

Comme nous l'avons vu précédemment, dans la plupart des comportements humains, un certain nombre de facteurs influencent la relation intention-comportement. Des facteurs extrinsèques et indépendants de l'individu peuvent influencer le contrôle réel que l'individu a sur la réalisation du comportement en question. Des facteurs intrinsèques et propres à chaque individu peuvent également influencer sur la perception du contrôle que l'individu a concernant la réalisation de ce comportement (56).

Parmi les facteurs extrinsèques, nous pouvons citer

- le facteur temps : Effectivement, on observe une modification des croyances au cours du temps et donc de l'intention. Les croyances comportementales et normatives de la personne sont sujettes à des changements à mesure que les événements se déroulent et se succèdent et que de nouvelles informations sont disponibles. Des changements d'évaluation du comportement peuvent survenir au cours du temps et provoquer des changements d'attitudes et donc modifier l'intention du sujet. Par exemple, si les attitudes atteignent le point où les inconvénients perçus du comportement l'emportent sur ses avantages, l'individu est susceptible d'inverser son intention et de s'abstenir d'effectuer le comportement. Par ailleurs, une personne qui, un jour donné, n'a pas le temps d'effectuer un comportement, pourra, à un

autre moment, décider de le réaliser sans que ses intentions soient modifiées. Le comportement sera seulement retardé. Plus l'intervalle de temps est long, plus grande est la probabilité que des événements imprévus produisent des changements dans les intentions. Dans la pratique courante, il est difficile de mesurer l'intention en étroite proximité temporelle avec comportement. Conformément à cet argument, des intervalles plus courts entre l'évaluation des intentions et l'observation du comportement (5 semaines ou moins) sont associés à des corrélations plus importantes (56).

- le rôle du comportement passé : Dans la TCP, le comportement passé a une importance fondamentale car il a un impact sur le comportement ultérieur. Le défaut d'exécuter un comportement peut se produire parce que l'exécution antérieure du même comportement a échoué. Un bon exemple est fourni par de nombreux fumeurs qui changent leurs intentions car ils ont déjà essayé d'arrêter de fumer mais repris leur consommation ensuite. Ajzen pense que les effets résiduels du comportement passé sur le comportement ultérieur émergent essentiellement lorsque les individus ont des attitudes et des intentions relativement faibles. Par ailleurs, le comportement passé aurait une influence non négligeable dans la prédiction des intentions (57). Le comportement passé pourrait également avoir des conséquences sur le contrôle comportemental perçu.

- l'imprévisibilité de certains comportements : Dans certains contextes, le comportement échappe complètement au contrôle volontaire, il est alors spontané. La TCP reconnaît que la plupart des comportements dans la vie quotidienne sont quasi automatiques et réalisés sans réel effort cognitif. Les attitudes, les normes subjectives, les perceptions de contrôle ainsi que les intentions relatives à ces types de comportements sont supposés guider le comportement implicitement sans effort cognitif et souvent de manière inconsciente. Un examen approfondi, notamment des conséquences probables du comportement, des attentes normatives d'autres personnes importantes et des obstacles qui peuvent être rencontrés est réservé aux décisions importantes et réfléchies (58).

Parmi les facteurs intrinsèques, nous pouvons citer :

- les traits de personnalité : La personnalité des individus peuvent influencer leurs croyances. Plusieurs études ont démontré l'influence de 5 traits de personnalité sur les différents déterminants de la TCP, à savoir l'ouverture d'esprit, la conscience du monde et d'autrui, l'extraversion, l'amabilité et le neuroticisme (59), (60), (61), (62). Cependant, la puissance de ces études reste faible.

- les variables socio-démographiques : Certaines variables démographiques tels que l'âge, le sexe, le niveau d'étude et le niveau socio-économique peuvent indirectement influencer les

intentions et donc les comportements. C'est principalement, l'exposition aux sources d'informations comme les médias qui influencent notamment les croyances et donc les intentions (63).

- les compétences et les aptitudes des individus : La réalisation d'un comportement est une fonction non seulement de la motivation, mais aussi des compétences et des aptitudes requises à l'exécution du comportement, propres à chaque individu. Ces facteurs influencent le contrôle comportemental perçu. Une personne qui a l'intention d'effectuer un comportement, peut, en essayant de l'adopter, découvrir qu'il lui manque des connaissances ou des compétences pour le réaliser. Cependant, avec l'expérience, nous avons tendance à acquérir une certaine appréciation de nos capacités à adopter un comportement donné.

- les émotions et les compulsions : Dans la TCP, les émotions peuvent influencer le comportement de plusieurs manière différentes. Premièrement, les émotions ressenties peuvent influencer les croyances comportementales, normatives et de contrôle et donc indirectement l'intention. Deuxièmement, il est souvent suggéré que l'affect peut influencer le comportement d'une manière plus directe. Des auteurs ont soutenu que l'affect anticipé peut influencer les intentions et le comportement indépendamment des autres facteurs prédictifs de la TCP (64). Troisièmement, comme nous l'avons vu plus haut, certains types de comportement sont réalisés indépendamment de notre contrôle volontaire. Les états émotionnels des individus peuvent influencer le contrôle qu'une personne a sur l'adoption d'un comportement. Dans le cas d'expériences émotionnelles intenses, le contrôle sur les intentions semble être particulièrement difficile. Une personne débordée par des émotions positives ou négatives aura peu de contrôle sur le comportement qu'elle va effectuer.

Les bases de la TCP sont résumées dans la figure 2.

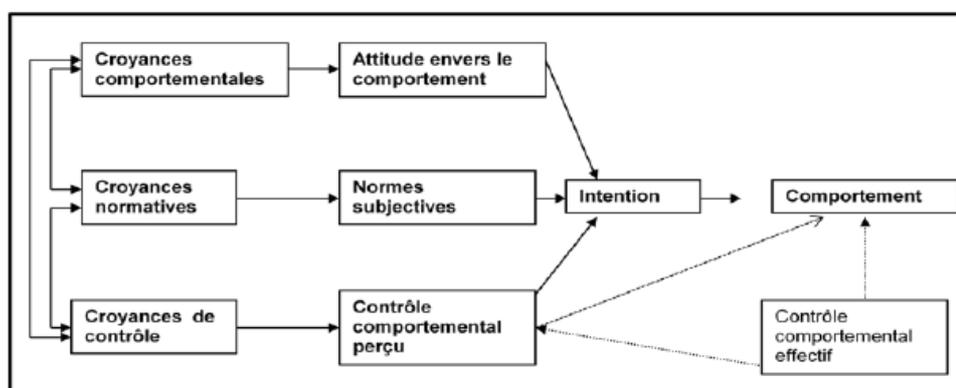


Figure 2 : Illustration des variables de la théorie du comportement planifié

**Au total, les déterminants de la théorie du comportement planifié que sont les attitudes, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu influencent, par le biais de l'intention, l'exécution d'un comportement. D'autres facteurs intrinsèques, propres à chaque individu et extrinsèques, indépendants de l'intention du sujet, influencent également la réalisation du comportement.**

## 2. Utilisations pratiques de la théorie du comportement planifié

La TCP a largement montré son intérêt dans de nombreux domaines de la santé afin de prédire et d'expliquer un certain nombre de comportements. Dans la littérature Française et internationale, les déterminants de la TCP se sont révélés être des facteurs prédictifs de l'intention et du comportement expliquant 40 à 49 % de la variance de l'intention et 26 à 36 % de la variance du comportement (65), (66), (67), (68), (25), (3), (69).

Les comportements étudiés sont extrêmement variés et peuvent aussi bien concerner des comportement généraux de santé publique mais aussi des comportement d'adhésion thérapeutique dans les maladies chroniques. C'est ce que nous allons développer ci dessous.

### a. Dans les maladies somatiques chroniques

Dans une méta-analyse de 2015 comprenant 27 études, Rich et Al ont étudiés l'intérêt de la TCP dans la prédiction de l'observance thérapeutique dans les maladies chroniques (3). Il s'agit, dans ce domaine, de la première étude distinguant le comportement d'adhésion thérapeutique des autres comportements liés à la santé, et cela d'autant plus dans les maladies chroniques. Parmi les études concernées, 6 portaient sur le diabète, 4 sur les pathologies cardiaques, 3 sur l'HTA, 2 sur le VIH, 2 sur la maladie cœliaque, 2 sur les maladies psychiatriques, 2 sur le cancer du sein, 2 sur les transplantations d'organes, une sur l'épilepsie, une sur le lymphome, une sur l'obésité et une sur l'insomnie. Dans cette étude, les variables de la TCP prédisent 32,92% de la variance des intentions et 9,18 % de la variance de l'observance. Le contrôle comportemental perçu est le facteur prédictif le plus puissant des intentions ( $r : 0,51$ ), suivi par les attitudes ( $r : 0,41$ ) et les normes subjectives ( $r : 0,32$ ). Le contrôle comportemental perçu est également un facteur prédictif direct de l'observance mais avec une corrélation assez faible ( $r : 0,24$ ).

En 2007, Chisholm et Al, ont utilisé la TCP dans la prédiction de l'observance thérapeutique du traitement immunosuppresseur chez des patients transplantés rénaux (70). Les variables de

la TCP que sont l'attitude ( $r : 0,32$ ), le contrôle comportemental perçu, ( $r : 0,37$ ), mais pas la norme subjective, ( $r : -0,001$ ) expliquent 41% de la variance de l'intention d'avoir une bonne observance. Les analyses des sous-échantillons expliquent 33% de la variance de l'observance, l'intention et le comportement passé étant les principaux facteurs prédictifs.

En 2011, une étude a étudié la TCP comme facteur prédictif de l'observance thérapeutique chez 157 patients transplantés (71). La prévalence de la non adhésion était estimée à 51 %. Cette étude a mis en évidence que les variables de la TCP expliquent 41 % de la variance de l'intention d'avoir une bonne observance. Le contrôle comportemental perçu ( $r : 0,534$ ) et la norme subjective ( $r : 0,217$ ) prédisent l'intention, mais pas l'attitude ( $r : 0,014$ ). L'ajout du comportement passé permet d'expliquer 45 % de la variance de l'intention.

En 2010, White et Al, ont utilisé la TCP afin de prédire l'adhésion thérapeutique à un régime pauvre en graisses chez 184 patients atteints de maladies cardiovasculaires et de diabète de type 2 (72). Les résultats montrent que les variables de la TCP expliquent 29% de la variance des intentions. L'attitude et la norme subjective apparaissent comme des facteurs prédictifs significatifs de l'intention, mais pas le contrôle comportemental perçu. L'ajout du comportement passé augmente de façon significative la quantité de variance expliquée de l'intention à 31 %. Les variables de la théorie, ainsi que l'intention et le comportement passé, expliquent 25% de la variance de l'adhésion thérapeutique.

En 2014, Ho et Lee ont publié un article sur la prédiction de l'adhésion thérapeutique chez 604 patients souffrant d'HTA à l'aide de la TCP (73). Les résultats montrent que l'intention est corrélée positivement et significativement à l'attitude ( $r : 0,23$ ), à la norme subjective ( $r : 0,27$ ) et au contrôle comportemental perçu ( $r : 0,53$ ). L'adhésion thérapeutique est positivement et significativement corrélée à l'intention ( $r : 0,49$ ).

En 2016, Lin, Updegraff et Pakpour ont publié une étude sur l'utilisation de la TCP dans l'observance thérapeutique chez 567 patients épileptiques (74). L'attitude, la norme subjective et contrôle comportemental perçu permettent de prédire significativement l'intention de bien observer le traitement et prédisent 69,4 % de la variance de l'intention. L'effet de la norme subjective sur l'intention était non significative. Les variables de la TCP expliquent 50 % de la variance de l'observance.

## b. En psychiatrie

En 1998, Conner, Black et Stratton ont utilisé la TCP afin de prédire l'observance thérapeutique dans une population de 61 patients bénéficiant de soins psychiatriques (75). Les composantes de la TCP expliquent 65 % de la variance de l'intention. L'attitude est le meilleur facteur prédictif de l'intention ( $r : 0,42$ ), suivi du contrôle comportemental perçu ( $r : 0,37$ ) puis de la norme subjective ( $r : 0,29$ ). Le contrôle comportemental perçu et l'intention prédisent de manière significative l'observance du traitement et expliquent 38 % de sa variance.

## C. En addictologie

Premièrement, la TCP a été utilisée afin de prédire des comportements de consommation de toxiques. La plupart des études concerne les consommations d'alcool à risque chez les étudiants et montrent que ce sont les attitudes et les normes subjectives qui prédisent le mieux ces types de comportements (76).

Deuxièmement, la TCP a également été utilisée pour prédire des comportements de sevrage et d'abstinence. La plupart des études concernent le sevrage tabagique et montrent que c'est le contrôle comportemental perçu qui est le meilleur facteur prédictif de l'intention de se sevrer (77) (78) (79).

Troisièmement, la TCP a, comme dans les autres pathologies chroniques, été utilisée dans la prédiction de l'adhésion thérapeutique.

En 2003, Pettinati et Al ont mené une étude en double aveugle, Naltrexone versus placebo, chez 152 patients ayant un trouble de l'usage d'alcool, évaluant leur participation à des séances de recherche en pharmacothérapie (80). Les patients étaient considérés comme observants s'il avaient participé à au moins 80 % des sessions hebdomadaires sur les 8 semaines d'observation. Les résultats montrent que l'adhésion thérapeutique est prédite par des attitudes favorables envers le traitement et par le soutien social.

En 2008, Bertard, Gagné et Godin ont cherché à identifier les facteurs psycho-sociaux prédictifs de l'intention de toujours utiliser des seringues neuves chez 97 personnes utilisant des drogues injectables (81). Leurs résultats montrent que les variables de la TCP ainsi que le comportement passé permettent d'expliquer 70 % de la variance de l'intention d'utiliser une seringue neuve au cours des prochains jours. Les attitudes ont la relation la plus forte avec les intentions ( $r : 0,21$ ), suivies du contrôle comportemental perçu ( $r : 0,20$ ) et des normes subjectives ( $r : 0,12$ ). Plus précisément, les personnes utilisant des drogues injectables,

pensant que l'utilisation de seringues neuves les protègent du VIH ont d'avantage l'intention d'adopter ce type de comportement. Cela est le cas également quand ces personnes pensent que leurs proches approuvent une telle conduite ou qu'elles se croient en capacité d'avoir toujours à disposition une seringue neuve.

**Au total, la théorie du comportement planifié constitue un outil intéressant dans la prédiction des comportements humains. Cette approche psycho comportementale a montré son intérêt et son efficacité dans la prédiction de l'adhésion thérapeutique notamment dans de nombreuses maladies somatiques chroniques mais également dans le domaine de la psychiatrie et de l'addictologie.**

**Dans les troubles de l'usage d'alcool, il semblerait d'une part, que toutes les variables de la TCP soient utiles dans la prédiction de l'adhésion thérapeutique. En d'autres termes, les personnes ayant une attitude favorable envers leur traitement, qui par ailleurs pensent que leurs proches sont favorables à la prise d'un tel traitement et qui en plus se sentent en capacité de le prendre de manière adéquate ont d'avantage l'intention d'adhérer au traitement.**

**D'autre part, en ce qui concerne les comportements de consommation de toxiques, il semblerait que ce soit d'avantage les attitudes et les normes subjectives qui prédisent le mieux l'intention et donc la consommation mais peu le contrôle comportemental perçu. Ce constat soulève l'hypothèse qu'il existe vraisemblablement un manque de contrôle sur les comportements à risque pour la santé et que les comportements de consommation de toxiques ne sont que partiellement sous le contrôle de l'individu.**

**Cependant, en ce qui concerne les conduites d'abstinence, il semblerait au contraire que le contrôle comportemental perçu soit le principal facteur prédictif des intentions. Ce constat confirme donc que les comportements de sevrage et d'abstinence sont des comportements en grande partie sous le contrôle de la volonté.**

**Le but de notre étude est donc de confirmer l'intérêt de l'utilisation de la TCP dans la prédiction de l'adhésion thérapeutique chez les patients ayant un trouble de l'usage d'alcool. Ce travail pourrait permettre ensuite de justifier le développement d'interventions basées sur cette théorie prometteuse afin d'améliorer l'adhésion thérapeutique des patients ayant un tel trouble.**

# III. MATÉRIELS ET MÉTHODES

## A. Protocole de l'étude

### 1. Description de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective. Les patients ont été recrutés à l'hôpital de jour d'alcoologie intersectoriel de l'unité Cézanne du Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers où ils étaient pris en charge. Cet hôpital de jour se compose de plusieurs activités thérapeutiques notamment d'expression (écriture, photo langage, groupe de parole, stimulation de la mémoire), de séances de relaxation et de culinothérapie ainsi que d'activités physiques comme de la randonnée. L'équipe soignante est composée d'une équipe médicale et infirmière qui accueille une vingtaine de patients. Les données ont été recueillies entre Juillet 2016 et Mai 2017. Les patients ont reçus une information claire et ont donné leur consentement écrit (annexe 9).

Le protocole d'étude a été approuvé par le comité d'éthique du Centre Hospitalier Henri Laborit en Mars 2017.

### 2. Critères d'inclusion et d'exclusion :

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Patients âgés de 18 à 70 ans
- Patients ayant un trouble de l'usage d'alcool selon le DSM V
- Patients ayant une bonne compréhension de la langue Française

Les patients présentant une pathologie psychiatrique (schizophrénie ou trouble bipolaire), des troubles cognitifs importants ou bénéficiant de soins sans consentement n'ont pas été inclus.

### 3. Objectifs

#### a. Objectif principal :

L'objectif principal de l'étude est de tester si les variables de la TCP sont des facteurs prédictifs de l'adhésion thérapeutique dans les troubles de l'usage d'alcool.

#### b. Objectifs secondaires :

Les objectifs secondaires de l'étude sont d'évaluer l'impact de l'alliance thérapeutique, de l'insight, et des stades de changement sur l'adhésion thérapeutique et sur les variables de la TCP.

## B. Mesures

Des données sociodémographiques telles que le sexe, l'âge, le niveau d'étude, le statut professionnel et familial, les antécédents psychiatriques et addictologiques ainsi que le parcours personnel du patient avec l'alcool ont été recueillies (annexe 1). Plusieurs questionnaires que nous allons détailler ci dessous ont également été utilisés.

### 1. Critères DSM V des troubles de l'usage d'alcool

Ce questionnaire se compose de 11 items reprenant les critères d'addiction à une substance selon le DSM V. Les questions se rapportent à l'utilisation d'une seule et même substance sur une période de 12 mois (annexe 3). Le score total est obtenu par la somme des points obtenus à chaque item. Un score de gravité est ensuite calculé :

- score < 2 : absence d'addiction
- score de 2 à 3 : addiction légère
- score de 4 à 5 : addiction modérée
- score > 5 : addiction sévère

## 2. Questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

L'AUDIT est un questionnaire mis au point par l'OMS pour dépister les trois modalités d'usage de l'alcool : consommation à risque, nocive et alcoolo-dépendance. Il s'agit d'un outil de première ligne qui explore les douze derniers mois. Le questionnaire comporte dix questions. Pour chaque question, plusieurs réponses sont proposées et à chaque réponse correspond une notation de 0 à 4 (annexe 4). Le total est la somme des notes obtenues à chaque question. Avec un score total de 5 ou plus, la sensibilité varie de 73 à 96% et la spécificité de 88 à 96% pour le repérage de consommations à risque et nocives (82). Les valeurs-seuils de la version française ne sont pas définies de façon univoque. Cependant, on retient qu'un score supérieur ou égal à 6 pour les femmes, et 7 pour les hommes, correspond à une consommation à risque. Un score supérieur ou égal à 13 correspond à une alcoolo-dépendance probable. Outre le repérage du type de consommation d'alcool, l'AUDIT explore également d'éventuels épisodes de consommation massive. La traduction française est de Gache et al. (83).

## 3. Échelle de dépression MADRS (Montgomery-Åsberg

Depression Rating Scale).

Ce questionnaire évalue la sévérité des symptômes dépressifs chez des patients souffrant de troubles de l'humeur. Il a été conçu en 1979 par Stuart Montgomery et Marie Asberg comme un complément à l'échelle de dépression de Hamilton (84). Il a ensuite été traduit en français par Bobon en 1980 (85). L'échelle comporte 10 items cotés de 0 à 6 (annexe 2). Les résultats sont obtenus en calculant le nombre total de points obtenus à chaque item :

- de 0 à 6 points : le patient est considéré comme indemne de toute dépression
- de 7 à 19 points : le patient est considéré comme étant en dépression légère
- de 20 à 34 points : le patient est considéré comme étant en dépression moyenne
- > 34 points : le patient est considéré comme étant en dépression sévère.

#### 4. Questionnaire théorie du comportement planifié

Un questionnaire comprenant 23 items mesurant les attitudes, les normes subjectives, le contrôle comportemental perçu, les intentions et le comportement passé a été utilisé (annexe 5). Ce modèle a été validé dans une étude française afin de prédire l'observance médicamenteuse des traitements immunosuppresseurs chez des patients transplantés (71).

Les attitudes à l'égard du comportement qui se réfèrent à l'appréciation favorable ou défavorable concernant l'adhésion thérapeutique ont été mesurées par 12 items avec une échelle Lickert à cinq points ("fortement en désaccord", "en désaccord", "neutre", "en accord" et "fortement d'accord"). Le score total était compris entre 0 (attitude très négative) et 48 (attitude très favorable).

Les normes subjectives qui se réfèrent à la pression sociale perçue par les proches du patient concernant l'adhésion thérapeutique ont été mesurées par 5 items avec une échelle Lickert à cinq points. Le score total était compris entre 0 (faibles normes subjectives) et 20 (fortes normes subjectives).

Le contrôle comportemental perçu défini par la croyance de l'individu dans l'idée qu'il sera facile ou non d'avoir une bonne adhésion thérapeutique a été mesuré par 3 items avec une échelle Lickert à cinq points. Le score total était compris entre 0 (faible contrôle comportemental perçu) et 12 (fort contrôle comportemental perçu).

Les intentions de réaliser le comportement ont été mesurées par 1 item avec une échelle Lickert à cinq points. Le score total était compris entre 0 (intentions faibles) et 4 (intentions fortes).

Le comportement passé a été mesuré par 2 items avec une échelle Lickert à cinq points. Le score total était compris entre 0 et 8.

Concernant les troubles de l'usage de substances, Zemore et Ajzen ont testé l'application d'une version plus courte à 9 items chez des patients présentant une problématique addictive afin de tester l'adhésion à un programme de soins (25). Selon ces auteurs, la TCP est un instrument valide et utile chez ces patients. Pour les besoins de l'étude, nous avons adapté la formulation des items à l'adhésion thérapeutique défini par la participation aux ateliers thérapeutiques.

## 5. Questionnaire insight HAIS (Hanil Alcohol Insight Scale)

L'échelle HAIS de Kim et al. est un auto-questionnaire à 20 items évaluant l'acceptation ou le rejet par le sujet de ses difficultés avec l'alcool. Le questionnaire est composé d'énoncés suggérant soit un bon insight soit un faible insight de la problématique addictive actuelle. En fonction des réponses du patient (« D'accord », « Incertain », « Pas d'accord »), on obtient par item, un score respectivement de 2 à 0 ou de 0 à -2 (annexe 7). Le score total est donc compris entre -20 et 20. Les énoncés se répartissent en cinq catégories : reconnaissance d'un problème avec l'alcool, acceptation de la notion de perte de contrôle sur la consommation d'alcool, ou d'une alcoolo-dépendance, intentionnalité d'aller vers l'abstinence et reconnaissance de la nécessité d'un traitement. Des notes seuils sont suggérées : -20 à 3 = « insight faible » ; 4 à 15 = « insight correct » ; 16 et plus = « Bon insight ». L'article princeps rapporte, avec ces critères, une sensibilité comprise entre 76,9 et 100,0 % et une spécificité de 83,3 à 94,9 %. Une consistance interne élevée a été observée avec un coefficient alpha de Cronbach compris entre 0,82 et 0,89 (86).

## 6. Questionnaire alliance thérapeutique

Le questionnaire « Alliance Thérapeutique » mesure l'alliance qui s'établit avec le patient lors d'une consultation standard de routine, en dehors du cadre d'une prise en charge psychothérapeutique structurée. Il a été construit dans cet objectif, après une revue extensive de la littérature, portant sur l'alliance et les instruments la mesurant comme le Helping Alliance Questionnaire de Luborsky (87). C'est un questionnaire comprenant 11 items, chaque item étant évalué par une réponse en 4 points (de 1 à 4), donnant un score maximal d'alliance thérapeutique de 44 points (annexe 6). La version originale a été étudiée chez 92 sujets souffrant de schizophrénie. Une consistance interne très élevée a été observée avec un coefficient  $\alpha$  de Cronbach de 0,91. Elle a également été utilisée chez 142 patients souffrant de troubles dépressifs. Une consistance interne très élevée a également été observée avec un coefficient  $\alpha$  de Cronbach de 0,92 (88).

## 7. Questionnaire stades de changement URICA (University of

### Rhode Island Change Assessment Scale)

En 1982, Prochaska et DiClemente ont décrit plusieurs stades par lesquels toute personne transite lors d'un processus de changement. Ce modèle est largement utilisé dans le domaine des addictions et suppose que les personnes ayant un trouble de l'usage de substances passent par une série d'étapes de motivation avant d'arrêter de consommer le produit. Le modèle théorique de Prochaska et DiClemente distingue donc 5 stades (89) :

- la pré-intention (ou *précontemplation*) est le stade de changement le plus précoce. Les personnes ne reconnaissent pas encore qu'elles ont un problème d'addiction et se montrent défensives et résistantes au changement. A ce stade, elles n'ont donc pas le désir de changer leur comportement dans les six prochains mois.

- l'intention (ou *contemplation*) : Les personnes reconnaissent qu'elles ont un problème et commencent à envisager un changement au cours des 6 mois à venir. Pourtant elles ne sont pas encore dans une véritable démarche de changement et peuvent rester à ce stade pendant plusieurs mois voire plusieurs années.

- la phase de préparation qui combine des critères intentionnels et des comportementaux effectifs. À ce stade, les personnes ont l'intention de changer leur comportement dans les 30 prochains jours et ont déjà réalisé une tentative de changement au cours de l'année passée.

Les personnes sont prêtes à passer à l'action et effectuent de petits changements de comportements, comme par exemple une baisse de la consommation d'un produit spécifique.

- l'action est le stade dans lequel les personnes modifient activement leur comportement, leurs expériences, ou leur environnement pour surmonter leurs problèmes addictifs. La modification du comportement problématique est associée à des efforts manifestes. Pour les comportements addictifs, ceci implique l'arrêt du comportement problématique, donc l'abstinence. On considère que le sujet est au stade de l'action tant que l'abstinence est inférieure à 6 mois.

- le stade de maintien (ou *maintenance*) commence six mois après l'arrêt du comportement à risque. Durant le stade du maintien, la personne fait des efforts pour consolider les changements réalisés durant le stade de l'action et elle doit lutter pour éviter la rechute.

Les auteurs ont tendance à considérer le stade de maintien comme un stade actif et non comme un stade passif au cours duquel on considère que le changement est achevé.

- Prochaska et DiClemente ont ensuite ajouté à leur nomenclature un stade d'achèvement (ou *termination*). Ce stade serait atteint lorsque les personnes ont accompli un changement de

comportement durable et n'ont plus besoin de faire d'effort pour prévenir la rechute. À ce stade, le changement de comportement serait définitif et tout risque de rechute serait écarté. Ce stade est défini par un sentiment d'efficacité personnelle maximale. En pratique, ce stade reste seulement un objectif idéal à atteindre mais est rarement atteint notamment dans les troubles addictifs.

Il existe plusieurs instruments d'évaluation des stades de changement, le plus utilisé étant l'échelle URICA pour *University of Rhode Island Change Assessment*. L'URICA a été développé par McConaughy et al., en 1983, à partir du modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (90). Ce questionnaire vise à connaître la motivation d'un sujet au changement en vertu de l'approche motivationnelle prônée par ces deux auteurs. Il contient 32 items à coter sur une échelle de 1 à 5, de « fortement en désaccord » à « fortement en accord », 3 signifiant « neutre ou indécis ». Les 32 items se regroupent pour former quatre sous-échelles distinctes correspondant aux principaux stades de changement, à savoir la « pré contemplation », la « contemplation », l'« action » et le « maintien » (annexe 8). L'URICA est considérée comme l'une des échelles les plus utilisées pour mesurer les stades de changement et vise donc à situer le sujet dans ce processus de changement. DiClemente et Hughes (1990) ont utilisé une version plus brève (7 items par échelle) dans leur étude sur des patients suivis en ambulatoires pour un trouble de l'usage d'alcool et ont obtenu des coefficients alpha de Cronbach de 0,69 à 0,82 (91). Willoughby et Edens (1996) ont rapporté des coefficients alpha compris entre 0,70 et 0,83 (92). Des études plus récentes ont confirmées la fiabilité et la validité de l'URICA avec des coefficients alpha entre 0,76 et 0,89 (93) (94) (95). Il n'existe pas de validation française de l'URICA mais nous avons traduit la version Américaine en Français pour les besoins de l'étude.

## 8. Mesure de l'adhésion thérapeutique

La mesure de l'adhésion thérapeutique a été réalisée après consultation du dossier médical informatisé des patients, où les infirmiers notaient toutes leurs participations aux ateliers thérapeutiques ainsi que leurs absences. Concernant les niveaux d'adhésion thérapeutique, nous avons utilisé le seuil de 80% utilisé dans la plupart des études publiées à ce jour (1). Les patients venant à au moins 80% des ateliers étaient considérés comme ayant une bonne adhésion thérapeutique. Les autres étaient considérés comme ayant une mauvaise adhésion thérapeutique.

## 9. Analyse statistique

L'analyse des données est basée sur plusieurs méthodes :

- Une analyse descriptive à deux variables : qualitative et quantitative. Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des effectifs et des pourcentages. Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts types.
- Une analyse bi variée comparative basée sur le test de Student pour la comparaison des variables quantitatives et le test de Khi2 pour la comparaison des variables qualitatives.
- Une analyse par corrélation basée sur le test de Pearson

Les logiciels utilisés pour l'analyse des données étaient JASP et Excel.

Le seuil de significativité statistique a été fixé à 5%.

Dans la littérature, la corrélation entre les différentes variables de la TCP est mesurée par des coefficients de corrélation, souvent représentés par la lettre « r ». Ils sont compris entre -1 et 1, que la corrélation soit positive ou négative. À partir de ces coefficients de corrélation, le pourcentage de variance expliqué d'une variable par une autre est obtenu en multipliant le coefficient de corrélation par 100. Dans les principaux travaux de recherche clinique basés sur la TCP, les coefficients de corrélation entre les différentes variables atteignent rarement plus de 0,8. En d'autres termes, les attitudes, les normes subjectives, le contrôle comportemental perçu et l'intention, n'expliquent en général, pas plus de 80 % de la variance du comportement. Ce que nous pouvons raisonnablement attendre en terme de corrélations entre les constructions de la théorie sont des coefficients d'environ 0,60 (63).

## IV. RÉSULTATS

19 patients ont été inclus dans notre étude entre Juillet 2016 et Mai 2017. Cependant, 3 d'entre eux ont été perdus de vue. Les résultats concernent donc 16 patients au total. Nous avons réparti notre population en 2 groupes :

- un groupe de 5 patients ayant une bonne adhésion thérapeutique (participation  $\geq 80\%$ )
- et un groupe de 11 patients ayant une mauvaise adhésion thérapeutique (participation  $< 80\%$ ).

Les variables cliniques et sociodémographiques sont détaillées dans les tableaux 1 et 2. Les deux groupes de patients étaient comparables puisque nous n'avons trouvé aucune différence significative concernant les différentes variables sociodémographiques.

		<b>Total % (n)</b>	<b>Non Adhérents 68,75 % (n=11) % (n)</b>	<b>Adhérents 31,25 % (n=5) % (n)</b>	<b>p</b>
Sexe	Hommes	68,75 (11)	50 (8)	18,75 (3)	0,61
	Femmes	31,25 (5)	18,75 (3)	12,25 (2)	
Niveau d'étude	Pas de diplôme	6,25 (1)	6,25 (1)	0	0,12
	Niveau CAP ou BEP	68,75 (11)	37,5 (6)	31,25 (5)	
	Bac et plus	25 (4)	25 (4)	0	
Statut professionnel	Perte d'emploi en lien avec OH	56,25 (9)	43,75 (7)	12,25 (2)	0,41
	Perte d'emploi sans lien avec OH	37,5 (6)	18,75 (3)	18,75 (3)	
	En activité	6,25 (1)	6,25 (1)	0	
Statut familial	Célibataire ou séparé sans enfant	18,75 (3)	18,75 (3)	0	0,45
	Séparé avec enfant	50 (8)	31,25 (5)	18,75 (3)	
	En couple sans enfant	6,25 (1)	6,25 (1)	0	
	En couple avec enfant	25 (4)	12,25 (2)	12,25 (2)	
Atcd	OUI	93,75 (15)	62,5 (10)	31,25 (5)	0,49
Hospitalisation OH	NON	6,25 (1)	6,25 (1)	0	
Antécédents familiaux OH	OUI	68,75 (11)	43,75 (7)	25 (4)	0,51
	NON	31,25 (5)	25 (4)	6,25 (1)	
Traitement addictolytique	OUI	6,25 (1)	6,25 (1)	0	0,49
	NON	93,75 (15)	62,5 (10)	31,25 (5)	
Sevrage à l'évaluation	OUI	62,5 (10)	37,5 (6)	25 (4)	0,33
	NON	37,5 (6)	31,25 (5)	6,25 (1)	
Rechute éthylique à la fin de l'étude	OUI	56,25 (9)	31,25 (5)	25 (4)	0,2
	NON	43,75 (7)	37,5 (6)	6,25 (1)	

TABLEAU 1 : Comparaison des variables qualitatives

	<b>Total (n=16)</b> <b>Moyennes (écart-types)</b>	<b>Non Adhérents (n=11)</b> <b>Moyennes (écart-types)</b>	<b>Adhérents (n=5)</b> <b>Moyennes (écart-types)</b>	<b>p</b>
Age	51,9 (6)	51,64 (8)	52,4 (1,5)	0,29
Age de survenue du trouble OH	32,1 (9,4)	32,9 (9,2)	30,2 (9,8)	0,36
MADRS	11,6 (5,2)	11,2 (6,2)	12,6 (4,5)	0,11
DSM V	6,8 (1,6)	6,5 (1,7)	6,4 (1,7)	0,62
AUDIT	18,4 (10)	17,5 (10,4)	20,6 (8,9)	0,54
Alliance thérapeutique	38,5 (4,4)	39 (5,3)	37,4 (2,3)	0,53
Insight	11,8 (2,6)	12 (2,8)	11,2 (2,2)	0,79
URICA	11,39 (1,6)	11 (1,8)	12,3 (1)	<b>0,03</b>

TABLEAU 2 : Comparaison des variables quantitatives

Concernant notre objectif principal, nous n'avons pas mis en évidence de corrélation statistiquement significative entre les variables de la TCP et l'adhésion thérapeutique (tableau 3). Dans notre étude, les variables de la TCP que sont les attitudes ( $p=0,29$ ), les normes subjectives ( $p=0,47$ ), le contrôle comportemental perçu ( $p=0,5$ ), les intentions et le comportement passé ( $p=0,19$ ) ne différaient pas entre les deux groupes de patients (tableau 4). Concernant nos objectifs secondaires, nous allons détailler quelques résultats ci dessous.

Nous n'avons pas trouvé de corrélation statistiquement significative entre les stades de changement et les variables de la TCP (tableau 3). Cependant, nous avons retrouvé une corrélation positive et statistiquement significative entre les attitudes et l'alliance thérapeutique ( $r=0,62$  ;  $p=0,01$ ) ainsi qu'entre les normes subjectives et l'alliance thérapeutique ( $r=0,71$  ;  $p=0,002$ ) (tableau 3).

Par ailleurs nous avons retrouvé un score URICA plus élevé dans le groupe de patients ayant une bonne adhésion (moyenne = 12,3) que dans le groupe de patients ayant une mauvaise adhésion thérapeutique (moyenne = 11) ( $p=0,03$ ) (tableau 2).

Cependant, les scores d'alliance thérapeutique ( $p=0,53$ ) et d'insight ( $p=0,79$ ) ne différaient pas entre les deux groupes de patients. (tableau 2).

Correlations										
		Adhésion3m ois Adhésion 3 mois	TCPI TCP I	TCPA TCP A	TCPNS TCP NS	TCPCCP TCP CCP	TCPCP TCP CP	INSIGHT	ALLIANCE	URICAScore URICA Score
Adhésion3m ois Adhésion 3 mois	Pearson Correlation	1	. <sup>a</sup>	-,291	-,179	,161	-,203	-,113	-,245	-,272
	Sig. (2-tailed)		.	,274	,506	,552	,450	,678	,361	,308
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16
TCPI TCP I	Pearson Correlation	. <sup>a</sup>	1	.	.	.	.	.	.	.
	Sig. (2-tailed)	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16
TCPA TCP A	Pearson Correlation	-,291	. <sup>a</sup>	1	,429	,190	,469	,201	,617	,443
	Sig. (2-tailed)	,274	.	.	,097	,481	,067	,456	,011	,086
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16
TCPNS TCP NS	Pearson Correlation	-,179	. <sup>a</sup>	,429	1	-,503	,316	,149	,712**	,142
	Sig. (2-tailed)	,506	.	,097	.	,047	,234	,581	,002	,601
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16
TCPCCP TCP CCP	Pearson Correlation	,161	. <sup>a</sup>	,190	-,503	1	-,013	-,092	-,134	-,181
	Sig. (2-tailed)	,552	.	,481	,047	.	,963	,735	,621	,502
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16
TCPCP TCP CP	Pearson Correlation	-,203	. <sup>a</sup>	,469	,316	-,013	1	,045	,341	,018
	Sig. (2-tailed)	,450	.	,067	,234	,963	.	,870	,196	,947
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16
INSIGHT	Pearson Correlation	-,113	. <sup>a</sup>	,201	,149	-,092	,045	1	,330	,238
	Sig. (2-tailed)	,678	.	,456	,581	,735	,870	.	,212	,375
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16
ALLIANCE	Pearson Correlation	-,245	. <sup>a</sup>	,617	,712**	-,134	,341	,330	1	-,006
	Sig. (2-tailed)	,361	.	,011	,002	,621	,196	,212	.	,981
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16
URICAScore URICA Score	Pearson Correlation	-,272	. <sup>a</sup>	,443	,142	-,181	,018	,238	-,006	1
	Sig. (2-tailed)	,308	.	,086	,601	,502	,947	,375	,981	.
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).  
\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).  
a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

**TABLEAU 3** : Corrélations entre les variables de la théorie du comportement planifié, les stades de changement, l'alliance thérapeutique, l'insight et l'adhésion thérapeutique

	Non Adhérents (n=11)	Adhérents (n=5)	p
Attitudes [0-48]	44,1(3,5)	45,6 (1,7)	0,29
Normes Subjectives [0-20]	14,6 (3,9)	15 (2)	0,47
Contrôle Comportemental Perçu [0-12]	10,6 (1,4)	10,4 (0,9)	0,5
Intentions [0-4]	4 (0)	4 (0)	
Comportement passé [0-8]	5,2 (1,3)	5,2 (1)	0,19

**TABLEAU 4** : Moyennes et écart-types des variables de la théorie du comportement planifié dans les 2 groupes de patients.

D'autre part, nous avons trouvé que seulement 31,25 % des patients de notre étude avaient une bonne adhésion thérapeutique. En d'autres termes, environ 68% des patients participaient à moins de 80% des activités thérapeutiques.

Par ailleurs, nous avons trouvé un taux de rechute à la fin de l'étude, soit 3 mois après l'inclusion, de 56,25 % (n=9).

## V. DISCUSSION

### A. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Bien que l'utilisation de la TCP soit répandue, nous n'avons trouvé dans la littérature, qu'une seule étude utilisant cette théorie dans la prédiction de l'adhésion thérapeutique dans le domaine des addictions. Les résultats de notre étude peuvent donc être comparés à ceux de Zemore et Azjen dans leur étude publiée en 2014 (25). Les auteurs ont étudié, comme nous, les liens entre les variables de la TCP, les stades de changement et l'adhésion thérapeutique chez 200 patients ayant un trouble de l'usage de substances participant à un programme ambulatoire basé sur des interventions groupales. Dans leur étude, les variables de la TCP étaient mesurées par un questionnaire comprenant 9 items. Les stades de changements étaient quant à eux évalués par les échelles URICA et TREAT. L'adhésion thérapeutique a été recueillie à l'occasion d'entretiens avec les patients et après consultation de leur dossier.

Contrairement à notre hypothèse de départ, nous n'avons pas retrouvé de corrélation statistiquement significative entre les variables de la TCP et l'adhésion thérapeutique. Zemore et Azjen ont montré que les attitudes ( $r : 0,55$ ) ( $p < 0,001$ ) et le contrôle comportemental perçu ( $r : 0,32$ ) ( $p < 0,001$ ) étaient significativement et positivement corrélés aux intentions, ce qui n'était pas le cas des normes subjectives. Il ont également mis en évidence une corrélation positive et statistiquement significative entre l'intention et l'adhésion thérapeutique ( $r : 0,32$ ) ( $p < 0,05$ ) (25). Les auteurs ont donc montré que des attitudes plus favorables et un contrôle comportemental perçu plus important étaient corrélés à une intention plus forte d'adhérer au programme de soins et donc à une meilleure adhésion thérapeutique.

Concernant nos objectifs secondaires, nous n'avons pas trouvé de corrélation statistiquement significative entre les stades de changement et les variables de la TCP. Les résultats de l'étude de Zemore et Azjen montrent que les variables de la TCP étaient positivement et significativement corrélées aux échelles URICA et TREAT. En effet, les auteurs ont mis en évidence des corrélations positives et significatives entre l'URICA et les normes subjectives ( $r : 0,57$ ) ( $p < 0,001$ ), entre l'URICA et les attitudes ( $r : 0,49$ ) ( $p < 0,001$ ) et entre l'URICA et le contrôle comportemental perçu ( $r : 0,32$ ) ( $p < 0,001$ ) (25). En d'autres termes, les patients ayant l'approbation de leurs proches, des attitudes favorables, un fort sentiment d'autocontrôle ainsi qu'une forte intention d'adhérer au programme avaient tendance à être à des stades plus avancés dans le processus de changement concernant leur addiction.

D'autre part, nous avons retrouvé une corrélation positive et statistiquement significative

entre les attitudes et l'alliance thérapeutique ( $r=0,62$  ;  $p=0,01$ ) ainsi qu'entre les normes subjectives et l'alliance thérapeutique ( $r=0,71$  ;  $p=0,002$ ). En effet, des attitudes plus favorables ainsi qu'une meilleure approbation des proches constituaient, dans notre étude, des facteurs prédictifs d'une meilleure alliance thérapeutique avec les soignants. Ce lien n'avait pas été testé dans l'étude de Zemore et Azjen.

Par ailleurs, nous avons mis en évidence un score URICA plus élevé dans le groupe de patients ayant une bonne adhésion thérapeutique que dans l'autre groupe ( $p=0,03$ ). En d'autres termes, les patients de notre étude qui étaient à un stade avancé du processus de changement concernant leur addiction avaient tendance à avoir une meilleure adhésion thérapeutique. Zemore et Azjen n'ont pas mis en évidence cet élément.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer les différences entre nos résultats et ceux de Zemore et Azjen. La première et la plus évidente est le faible effectif de notre groupe de patients et donc une moindre puissance statistique de notre travail. L'autre hypothèse pouvant également être soulevée est l'impossibilité de corrélérer les intentions aux autres variables dans notre population du fait du score identique des intentions chez les 16 patients. Ceci peut être expliqué par le fait que les intentions n'étaient mesurées que par un item du questionnaire.

De plus, notre étude révèle qu'environ 68 % des patients ont une faible adhésion thérapeutique c'est-à-dire qu'ils viennent à moins de 80 % des activités thérapeutiques prescrites. Le taux moyen de bonne adhésion thérapeutique est donc d'environ 70%. Il y a peu d'études disponibles évaluant l'adhésion thérapeutique dans les addictions. Cependant, nos résultats sont globalement comparables à ceux retrouvés dans la littérature où le taux de non adhésion thérapeutique dans les troubles de l'usage de substances est estimé entre 40 (96) et 50 % (1). Dans notre étude, l'adhésion thérapeutique était directement mesurée par les soignants et non rapportée par les patients, comme dans la plupart des études. Ceci a permis d'avoir des résultats fiables sans surestimation de l'adhésion thérapeutique.

## B. PERSPECTIVES

Bien que la puissance de notre étude soit faible en raison d'un effectif réduit, notre travail a permis de tester un concept intéressant, facilement reproductible et prometteur qu'est l'utilisation de la TCP dans la prédiction de l'adhésion thérapeutique chez les patients ayant un trouble de l'usage d'alcool. Cependant d'autres études, avec des effectifs plus importants nécessitent d'être menées.

Par ailleurs, l'utilisation de la TCP dans le développement d'interventions visant à l'améliorer l'adhésion thérapeutique est encore peu répandue. Nous n'avons trouvé qu'une seule étude qui a testé une intervention basée sur la TCP dans le but d'améliorer l'adhésion thérapeutique des patients ayant des troubles de l'usage de substances (97). Les résultats montrent que les patients recevant cette intervention, avaient des attitudes plus favorables à l'égard du traitement, un contrôle comportemental perçu supérieur, et une intention plus forte de bien observer le traitement par rapport au groupe témoin.

En psychiatrie, une étude a également montré l'intérêt de ce type d'interventions dans l'amélioration de l'observance thérapeutique chez des patients schizophrènes (24). Une méta-analyse plus récente montre des résultats similaires (4).

## VI. CONCLUSION

Les addictions représentent une problématique majeure de santé publique dans notre société. La principale limite de l'efficacité des traitements et des interventions dans les troubles de l'usage d'alcool est la faible adhésion thérapeutique.

De nombreuses études ont montré l'intérêt de la TCP, cependant les données de la littérature concernant l'utilisation de cette théorie dans la prédiction de l'adhésion thérapeutique dans le domaine des addictions est pauvre. C'est dans ce contexte que nous avons mené cette étude.

Notre hypothèse principale était que, chez les patients ayant un trouble de l'usage d'alcool, les variables de la TCP que sont les attitudes, les normes subjectives, le contrôle comportemental perçu ainsi que les intentions, permettaient de prédire l'adhésion thérapeutique. Du fait d'un effectif trop restreint et d'une puissance insuffisante, nous ne sommes pas parvenu à confirmer notre hypothèse de départ. Cependant, nous avons montré que des attitudes plus favorables et des normes subjectives plus importantes étaient corrélées à une meilleure alliance thérapeutique avec les soignants. Par ailleurs, nous avons également mis en évidence que les patients ayant une bonne adhésion thérapeutique avaient tendance à être à des stades de changement plus avancés concernant leur addiction que les patients ayant une faible adhésion thérapeutique. Nos résultats préliminaires constituent une base intéressante pour le développement d'autres études avec des effectifs plus importants. Le but serait de développer, in fine, des interventions basées sur la TCP, visant à améliorer l'adhésion thérapeutique dans les troubles de l'usage de substances.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Burkhart PV, Sabaté E. Adherence to long-term therapies : evidence for action. World Health Organization. 2003 ; 35(3):207.
2. Kohler, J. C., Baghdadi-Sabeti, G. The world medicines situation 2011. Geneva : World Health Organization.
3. Rich A, Brandes K, Mullan B, Hagger MS. Theory of planned behavior and adherence in chronic illness: a meta-analysis. Journal of Behavioral Medicines août 2015 ; 38(4):673-688.
4. Steinmetz H, Knapstein M, Ajzen I, Schmidt P, Kabst R. How Effective are Behavior Change Interventions Based on the Theory of Planned Behavior?: A Three-Level Meta-Analysis. Zeitschrift Für Psychologie. 2016 ; 224(3):216-233.
5. Jacquet M-M, Rigaud A. Émergence de la notion d'addiction dans l'histoire de la psychanalyse. Anorexie, addictions et fragilités narcissiques. Presses Universitaires de France 2001.
6. Goodman A. Addiction : definition and implications. British Journal of Addiction. Novembre 1990 ; 85(11):1403-1408.
7. Société Française d'Alcoologie. Site Internet : <https://sfalcoologie.asso.fr>
8. Lejoyeux M. Addictologie. 9782294716188. Elsevier Masson – ABREGES
9. Traité d'addictologie (2<sup>e</sup> Édition) REYNAUD Michel, KARILA Laurent, AUBIN Henri-Jean, BENYAMINA Amine. Librairie Lavoisier.
10. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. The American Journal of Psychiatry. Mai 1980 ; 137(5):535-544.

11. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*. Octobre 2000 ; 284(13):1689-1695.
12. Gorwood P. Apport de la génétique dans le concept de terrain à risque pour l'alcoolodépendance. *Journal de la Société de Biologie*. 2000 ; 194(1):43-49.
13. Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Anderson KG, Brown SA, Kuperman S, et al. Evaluation of a level of response to alcohol-based structural equation model in adolescents. *J Stud Alcohol*. Mars 2005 ; 66(2):174-184.
14. Reynaud M. Usages nocifs de substances psychoactives : Identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir. *La Documentation Française*. Mars 2002.
15. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *The Lancet*. Juillet 2004 ; 364(9432):453-461.
16. Gilder DA, Wall TL, Ehlers CL. Comorbidity of select anxiety and affective disorders with alcohol dependence in southwest California Indians. *Alcohol Clin Exp Res*. Décembre 2004 ; 28(12):1805-1813.
17. Baudrant-Boga M, Lehmann A, Allenet B. Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. Janvier 2012 ; 70(1):15-25.
18. Haynes RB. Determinants of compliance : the disease and the mechanisms of treatment. In Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL : *Compliance in Health Care*. John Hopkins University Press, Baltimore.
19. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*. Août 2005 ; 353(5):487-497.

20. Bangsberg DR, Hecht FM, Charlebois ED, Zolopa AR, Holodniy M, Sheiner L, et al. Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population. *AIDS* Mars 2000 ; 14(4):357-366.
21. Cantrell CR, Priest JL, Cook CL, Fincham J, Burch SP. Adherence to Treatment Guidelines and Therapeutic Regimens: A US Claims-Based Benchmark of a Commercial Population. *Population Health Management*. Févr 2011 ; 14(1):33-41.
22. Fondation Concorde. L'observance des traitements : Un défi aux politiques de santé. Site internet <http://fondationconcorde.com/?p=633>.
23. Weiss RD. Adherence to pharmacotherapy in patients with alcohol and opioid dependence. *Society for the Study of Addiction*. Novembre 2004 ; 99(11):1382-1392.
24. Kopelowicz A, Zarate R, Wallace CJ, Liberman RP, Lopez SR, Mintz J. Using the theory of planned behavior to improve treatment adherence in Mexican Americans with schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Octobre 2015 ; 83(5):985-993.
25. Zetser SE, Ajzen I. Predicting Substance Abuse Treatment Completion using a New Scale Based on the Theory of Planned Behavior. *J Subst Abuse Treat*. Février 2014 ; 46(2).
26. Johnson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality. A cost-of-illness model. *Arch Intern Med*. Octobre 1995 ; 155(18):1949-1956.
27. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ*. Juillet 2006 ; 333(7557):15.
28. Michael J. Rosenberg MD, Michael S. Waugh MA. The Economics of Compliance in Managed Healthcare Settings. *Am J Manag Care*. Février 1996 ; 2:176-180.
29. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care*. Juin 2005 ; 43(6):521-530.

30. Tarquinio C, Tarquinio M-P. L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques. *Pratiques Psychologiques*. Mars 2007 ; 13(1):1-19.
31. Midence K, Myers L. *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. CRC Press ; Avril 1998. 566 p.
32. Meichenbaum D, Turk DC. *Facilitating Treatment Adherence*. Boston : Springer Nature US ; 1987.
33. DiClemente CC, Fairhurst SK, Piotrowski NA. Self-Efficacy and Addictive Behaviors. In: Maddux JE, éditeur. *Self-Efficacy, Adaptation, and Adjustment*. Springer. 1995. p109-141.
34. Day JC, Bentall RP, Roberts C, Randall F, Rogers A, Cattell D, et al. Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Arch Gen Psychiatry*. Juillet 2005 ; 62(7):717-724.
35. Banta JE, Haskard KB, Haviland MG, Williams SL, Werner LS, Anderson DL, et al. Mental health, binge drinking, and antihypertension medication adherence. *American Journal of Health Behavior*. Avril 2009 ; 33(2):158-171.
36. Scheen A, Giet D. Non-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions. *Revue Médicale de Liège*. 2010 ; 65(5-6).
37. Aronson JK. Compliance, concordance, adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*. Avril 2007 ; 63(4):383-384.
38. Burgoon JK, Pfau M, Parrott R, Birk T, Coker R, Burgoon M. Relational communication, satisfaction, compliance-gaining strategies, and compliance in communication between physicians and patients. *Communication Monographs*. Septembre 1987;54(3) : 307-324.
39. Svarstad BL. Physician-patient communication and patient conformity with medical advice. *POPLINE.org*. 1976.

40. Ingersoll KS, Cohen J. The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature. *Journal of Behavioral Medicine*. Juin 2008;31(3):213-224.
41. Rettenbacher MA, Hofer A, Eder U, Hummer M, Kemmler G, Weiss EM, et al. Compliance in schizophrenia: psychopathology, side effects, and patients' attitudes toward the illness and medication. *J Clin Psychiatry*. Septembre 2004;65(9):1211-8.
42. Adams SG, Howe JT. Predicting medication compliance in a psychotic population. *J Nerv Ment Dis*. Septembre 1993;181(9):558-560.
43. Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. Juin 2005 ; 62(6):629-640.
44. Pettinati HM, Volpicelli JR, Kranzler HR, Luck G, Rukstalis MR, Cnaan A. Sertraline Treatment for Alcohol Dependence: Interactive Effects of Medication and Alcoholic Subtype. *Alcohol Clinical and Experimental Research*. Juillet 2000 ; 24(7):1041-9.
45. Koeter MWJ, van den Brink W, Lehert P. Effect of early and late compliance on the effectiveness of acamprosate in the treatment of alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Octobre 2010 ; 39(3):218-226.
46. Compton MT, Esterberg ML. Treatment delay in first-episode nonaffective psychosis: a pilot study with African American family members and the theory of planned behavior. *Comprehensive Psychiatry*. Juillet 2005 ; 46(4):291-5.
47. Kalichman SC, Amaral CM, White D, Swetsze C, Pope H, Kalichman MO, et al. Prevalence and Clinical Implications of Interactive Toxicity Beliefs Regarding Mixing Alcohol and Antiretroviral Therapies among People Living with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care STDs*. Juin 2009 ; 23(6):449-54.
48. Hendershot CS, Stoner SA, Pantalone DW, Simoni JM. Alcohol use and antiretroviral adherence: Review and meta-analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1999. Octobre 2009 ; 52(2):180.

49. Karter, Ferrara, Darbinian, Ackerson, Selby. Language and financial barriers in a managed care population with d i a b e t e s. *Self-Monitoring of Blood Glucose*. 2000.
50. Miller R, Ream G, McCormack J, Gunduz-Bruce H, Sevy S, Robinson D. A prospective study of cannabis use as a risk factor for non-adherence and treatment dropout in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*. Septembre 2009 ; 113(2-3):138-44.
51. Fishbein M, Ajzen I. *Attitudes and Voting Behaviour. An Application of the Theory of Reasoned Action*. Progress in Applied Social Psychology 1, John Wiley & Sons, Chichester. 1981. p 253-313.
52. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. Décembre 1991 ; 50(2):179-211.
53. Ajzen I, Madden TJ. Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Jouranal of Experimental Social Psychology*. Septembre 1986 ; 22(5): 453-474.
54. Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall series in social learning theory. 1986.
55. Kadden RM, Litt MD. The Role of Self-Efficacy in the Treatment of Substance Use Disorders. *Addict Behav*. Décembre 2011 ; 36(12):1120-6.
56. Ajzen I. From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. *Action Control*. Kuhl PDJ, Beckmann DJ. Springer Series in Social Psychology ; 1985. p 11-39.
57. Ajzen I. Residual Effects of Past on Later Behavior: Habituation and Reasoned Action Perspectives. *Personality ans Social Psycholy Review*. Mai 2002 ; 6(2):107-22.
58. Ajzen I, Sheikh S. Action versus inaction: anticipated affect in the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*. Janvier 2013;43(1):155-162.

59. Sheeran P, Norman P, Orbell S. Evidence that intentions based on attitudes better predict behaviour than intentions based on subjective norms. *European Journal of Social Psychology*. Mars 1999 ; 29(2-3):403-6.
60. Courneya KS, Bobick TM, Schinke RJ. Does the Theory of Planned Behavior Mediate the Relation Between Personality and Exercise Behavior? *Basic and Applied Social Psychology*. Octobre 1999 ; 21(4):317-24.
61. Rhodes RE, Courneya KS. Relationships between personality, an extended theory of planned behaviour model and exercise behaviour. *British Journal of Health Psychology*. Février 2003 ; 8(Pt 1):19-36.
62. Ravis A, Abraham C, Snook S. Understanding young and older male drivers' willingness to drive while intoxicated: The predictive utility of constructs specified by the theory of planned behaviour and the prototype willingness model: Understanding men's willingness to DWI. *British Journal of Health Psychology*. Mai 2011 ; 16(2):445-56.
63. Ajzen I. The theory of planned behaviour: reactions and reflections. *Psychology and Health*. Septembre 2011 ; 26(9):1113-27.
64. Wolff E, Gaudlitz K, von Lindenberger B-L, Plag J, Heinz A, Ströhle A. Exercise and physical activity in mental disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. Novembre 2011 ; 261 Suppl 2:S186-191.
65. Godin G, Kok G. The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *American journal of health promotion: AJHP*. Décembre 1996 ; 11(2):87-98.
66. Armitage CJ, Conner M. Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. *The British Journal of Social Psychology*. Décembre 2001 ; 40(Pt 4):471-99.
67. McEachan RRC, Conner M, Taylor NJ, Lawton RJ. Prospective prediction of health-related behaviours with the Theory of Planned Behaviour: a meta-analysis. *Health Psychology Review*. Septembre 2011 ; 5(2):97-144.

68. Cooke R, Dahdah M, Norman P, French DP. How well does the theory of planned behaviour predict alcohol consumption? A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*. Juin 2016 ; 10(2):148-67.
69. Hagger MS, Chan DKC, Protopogerou C, Chatzisarantis NLD. Using meta-analytic path analysis to test theoretical predictions in health behavior: An illustration based on meta-analyses of the theory of planned behavior. *Preventive Medicine*. Août 2016 ; 89:154-61.
70. Chisholm MA, Williamson GM, Lance CE, Mulloy LL. Predicting adherence to immunosuppressant therapy: a prospective analysis of the theory of planned behaviour. *Nephrology, Dialysis, Transplantation : Official Publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*. Août 2007 ; 22(8):2339-48.
71. Hugon et al. Prédire l'adhésion aux traitements immunosuppresseurs chez le patient transplanté : étude PrATIS. 2001.
72. White KM, Terry DJ, Troup C, Rempel LA, Norman P. Predicting the consumption of foods low in saturated fats among people diagnosed with Type 2 diabetes and cardiovascular disease. The role of planning in the theory of planned behaviour. *Appetite*. Octobre 2010 ; 55(2):348-54.
73. Ho CP, Lee TJF. An Evaluation Of Medication Adherence In Hypertensive Patients Using The Theory Of Planned Behavior. *Value in Health : The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. Novembre 2014 ; 17(7):A763.
74. Lin C-Y, Updegraff JA, Pakpour AH. The relationship between the theory of planned behavior and medication adherence in patients with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*. Août 2016 ; 61:231-6.
75. Conner M, Black K, Stratton P. Understanding drug compliance in a psychiatric population: An application of the theory of planned behaviour. *Psychology, Health & Medicine*. Août 1998 ; 3(3):337-44.

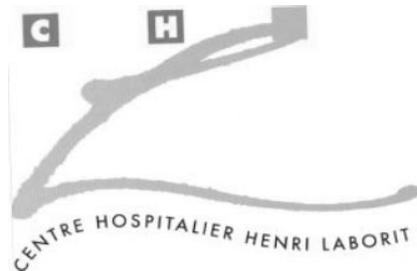
76. Collins SE, Witkiewitz K, Larimer ME. The Theory of Planned Behavior as a Predictor of Growth in Risky College Drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. Mars 2011 ; 72(2):322-32.
77. Borland R, Owen N, Hill D, Schofield P. Predicting attempts and sustained cessation of smoking after the introduction of workplace smoking bans. *Health Psychology : Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 1991;10(5):336-42.
78. Godin G, Valois P, Lepage L, Desharnais R. Predictors of smoking behaviour: an application of Ajzen's theory of planned behaviour. *British Journal of Addiction*. Septembre 1992 ; 87(9):1335-43.
79. Norman P, Conner M, Bell R. The theory of planned behavior and smoking cessation. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. Janvier 1999 ; 18(1):89-94.
80. Pettinati HM, Monterosso J, Lipkin C, Volpicelli JR. Patient attitudes toward treatment predict attendance in clinical pharmacotherapy trials of alcohol and drug treatment. *The American Journal of Addiction*. Septembre 2003 ; 12(4):324-35.
81. Bertard M-C, Gagné C, Mercure S-A, Gagnon M, Godin G, Côté F. Déterminants psychosociaux d'utilisateurs de drogues d'utiliser une seringue neuve. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. Juin 2010 ; 58(3):197-205.
82. Reinert DF, Allen JP. The Alcohol Use Disorders Identification Test: An Update of Research Findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. Février 2007;31(2):185-99.
83. 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. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*. Novembre 2005 ; 29(11):2001-7.

84. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*. Avril 1979;134:382-9.
85. Lien:<http://instrumentspsychometriques.mcgill.ca/instruments/depression/depression.htm>.
86. Kim JS, Kim GJ, Lee JM, Lee CS, Oh JK. HAIS (Hanil Alcohol Insight Scale): validation of an insight-evaluation instrument for practical use in alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*. Janv 1998 ; 59(1):52-5.
87. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Druley KA. Predicting Response to Alcohol and Drug Abuse Treatments: Role of Psychiatric Severity. *Archives of General Psychiatry*. Juin 1983 ; 40(6):620-5.
88. Hendriksen M, Van R, Peen J, Oudejans S, Schoevers R, Dekker J. Psychometric properties of the Helping Alliance Questionnaire-I in psychodynamic psychotherapy for major depression. *Psychotherapy Research*. 2010 ; 20(5):589–598.
89. DiClemente CC, Schlundt D, Gemmell L. Readiness and stages of change in addiction treatment. *The American Journal on Addiction*. Avril 2004 ; 13(2):103-19.
90. McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy : Theory, Research & Practice*. 1983;20(3):368.
91. DiClemente CC, Hughes SO. Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*. 1990;2(2):217–235.
92. Willoughby FW, Edens JF. Construct validity and predictive utility of the stages of change scale for alcoholics. *Journal of Substance Abuse*. 1996 ; 8(3):275–291.
93. Napper LE, Wood MM, Jaffe A, Fisher DG, Reynolds GL, Klahn JA. Convergent and discriminant validity of three measures of stage of change. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2008 ; 22(3):362.

94. Field CA, Adinoff B, Harris TR, Ball SA, Carroll KM. Construct, concurrent and predictive validity of the URICA: Data from two multi-site clinical trials. *Drug and Alcohol Dependence*. Avril 2009 ; 101(1):115-23.
95. Khalil MS. Reliability and confirmatory factor analysis of the arabic version of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA). *Alcohol and Alcoholism*. 2011;46(2):138–142.
96. Department of Health and Human Service. Substance Abuse and Mental Health Administration. 2009.
97. Stecker T, McGovern MP, Herr B. An intervention to increase alcohol treatment engagement: a pilot trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Septembre 2012;43(2):161-7.

## ANNEXES

### ANNEXE 1 : Questionnaires patients



**Intérêt de la théorie du comportement planifié dans  
la prédiction de l'adhésion thérapeutique chez les  
patients ayant un trouble de l'usage d'alcool**

Nom du Patient (première lettre) : I \_ I  
Prénom du Patient (première lettre) : I \_ I  
Numéro du Patient : I \_ I \_ I

Date du questionnaire : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|

## CRITERES D'ELIGIBILITE

### CRITERES D'INCLUSION

OUI

NON

1. Age entre 18 ans et 70 ans
2. Problématique éthylique selon DSM V
3. Bonne maîtrise de la langue française

Une seule réponse négative entraîne la non inclusion du patient

### CRITERES DE NON INCLUSION

OUI

NON

1. Schizophrénie
2. Trouble Bipolaire décompensé
3. Patient hospitalisé sous contrainte
4. Syndrome de Korsakoff ou pathologie neurologique dégénérative
5. Difficultés d'expression ou de compréhension de la langue française

Une seule réponse positive entraîne la non inclusion du patient



## RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES

-Conditions de vie habituelles (derniers 3 ans)

- |                              |                                      |
|------------------------------|--------------------------------------|
| 1 – avec conjoint et enfants | 6 – avec amis                        |
| 2 – avec conjoint seulement  | 7 – seul                             |
| 3 – avec enfants seulement   | 8 – environnement contrôlé           |
| 4 – avec parents             | 9 – pas de conditions de vie stables |
| 5 – avec famille             | I__I                                 |

-Est-ce que vous vivez avec quelqu'un qui a couramment des :

6 A : problèmes d'alcool ? I\_\_I

6 B : problèmes de substances non prescrites ? I\_\_I

## VIE PROFESSIONNELLE

Quelle est (était) votre profession ?.....

Si arrêt de l'activité, préciser si elle est en lien avec la maladie :.....

Année de l'arrêt : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

### **Niveau d'éducation scolaire:**

I\_\_I Pas de diplôme ou au maximum un CAP pour adulte

I\_\_I CEP ou CAP+CEP

I\_\_I BEP

I\_\_I Réussite à un examen de niveau Bac, ou Bac et plus

Bénéficiaire d'une aide financière (AAH, RSA...) : .....

-Avez-vous un permis de conduire valide ?

0-non 1-oui I\_\_I

-Pouvez-vous disposer d'une automobile ? (sans permis de conduire valide répondez Non)

0-non 1-oui I\_\_I

## CONSOMMATIONS

### SUBSTANCES / ALCOOL / TABAC / AUTRES ADDICTIONS SANS SUBSTANCE

30 derniers jours      Voie

Tabac  
Cannabis  
Cocaïne  
Amphétamines  
Héroïne  
Méthadone  
Buprénorphine  
Autres opiacés/ analgésiques  
Barbituriques  
Autres sédatifs/hyp/tranq  
Hallucinogènes  
Inhalants

### PROBLEMES LIES A L'ALCOOL

Age première experimentation I\_\_I\_\_I

Age première ivresse I\_\_I\_\_I

Age d'apparition des troubles liés à l'alcool I\_\_I\_\_I

Type d'alcool:

I\_\_I Vin

I\_\_I Bière

I\_\_I Whisky

I\_\_I Pastis

I\_\_I Autre : ...

Quantité TAC I\_\_I\_\_I grammes/jour

Date de la dernière consommation :

Nombre de jours d'abstinence lors de l'évaluation initiale :

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

**Le patient a-t-il des antécédents médicaux?**

Oui    Non

Antécédents médicaux	Date de début jj    mm    aa	En Cours	Date de fin jj    mm    aa
	I _ I _ II _ I _ II _ I _ I		I _ I _ II _ I _ II _ I _ I
	I _ I _ II _ I _ II _ I _ I		I _ I _ II _ I _ II _ I _ I
	I _ I _ II _ I _ II _ I _ I		I _ I _ II _ I _ II _ I _ I
	I _ I _ II _ I _ II _ I _ I		I _ I _ II _ I _ II _ I _ I
	I _ I _ II _ I _ II _ I _ I		I _ I _ II _ I _ II _ I _ I
	I _ I _ II _ I _ II _ I _ I		I _ I _ II _ I _ II _ I _ I
	I _ I _ II _ I _ II _ I _ I		I _ I _ II _ I _ II _ I _ I
	I _ I _ II _ I _ II _ I _ I		I _ I _ II _ I _ II _ I _ I
	I _ I _ II _ I _ II _ I _ I		I _ I _ II _ I _ II _ I _ I
	I _ I _ II _ I _ II _ I _ I		I _ I _ II _ I _ II _ I _ I

**Le patient a-t-il des antécédents chirurgicaux?**

Oui    Non

Antécédents Chirurgicaux	DATE
	I _ I _ II _ I _ I I _ I _ I
	I _ I _ II _ I _ I I _ I _ I
	I _ I _ II _ I _ I I _ I _ I
	I _ I _ II _ I _ I I _ I _ I



## TRAITEMENTS

Nom commercial	Dose journalière	Voie (*)	Date de début jj mm aa	Date de fin jj mm aa	Indication
		I _ I _ I	I _ I II I _ II I _ I	I _ I II I _ II I _ I	
		I _ I _ I	I _ I II I _ II I _ I	I _ I II I _ II I _ I	
		I _ I _ I	I _ I II I _ II I _ I	I _ I II I _ II I _ I	
		I _ I _ I	I _ I II I _ II I _ I	I _ I II I _ II I _ I	
		I _ I _ I	I _ I II I _ II I _ I	I _ I II I _ II I _ I	
		I _ I _ I	I _ I II I _ II I _ I	I _ I II I _ II I _ I	
		I _ I _ I	I _ I II I _ II I _ I	I _ I II I _ II I _ I	
		I _ I _ I	I _ I II I _ II I _ I	I _ I II I _ II I _ I	

(\*) 1= voie orale, 2= intraveineuse, 3= intramusculaire, 4= topique, 5= inconnu, 6= autre, 7= sous cutanée, 8= rectale, 9= intra-nasale, 10= transdermique, 11= Collyre, 12= vaginale.

## **ANNEXE 2 : MADRS**

### **Consignes :**

La cotation doit se baser sur l'entretien clinique allant de questions sur les symptômes à des questions plus précises qui permettent une cotation exacte de la sévérité. Le cotateur doit décider si la note est à un des points nettement définis de l'échelle (0, 2, 4, 6) ou à un point intermédiaire (1, 3, 5). Il est rare qu'un patient déprimé ne puisse pas être coté sur les items de l'échelle. Si des réponses précises ne peuvent être obtenues du malade, toutes les indications pertinentes et les informations d'autres sources doivent être utilisées comme base de la cotation en accord avec la clinique. Pour l'évaluation des différents items, l'investigateur fera référence à la symptomatologie des huit derniers jours.

**1. Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se dérider.**

- 0 Pas de tristesse
- 1
- 2 Semble découragé mais peut se dérider sans difficulté
- 3
- 4 Paraît triste et malheureux la plupart du temps
- 5
- 6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé

**2. Tristesse exprimée Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée et le degré auquel l'humeur est dite être influencée par les événements.**

- 0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances
- 1
- 2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté
- 3
- 4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression
- 5
- 6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuation

**3. Tension intérieure** Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

- 0 Calme. Tension intérieure seulement passagère
- 1
- 2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini
- 3
- 4 Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté
- 5
- 6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante

**4. Réduction du sommeil** Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

- 0 Dort comme d'habitude
- 1
- 2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit. Léger ou agité
- 3
- 4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures
- 5
- 6 Moins de deux ou trois heures de sommeil

**5. Réduction de l'appétit** Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

- 0 Appétit normal ou augmenté
- 1
- 2 Appétit légèrement réduit
- 3
- 4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût
- 5
- 6 Ne mange que si on le persuade

**6. Difficultés de concentration** Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

- 0 Pas de difficulté de concentration
- 1
- 2 Difficultés occasionnelles à rassemblée ses pensées
- 3
- 4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation
- 5
- 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide

**7. Lassitude** Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

- 0 Guère de difficultés à se mettre en route ; pas de lenteur
- 1
- 2 Difficultés à commencer des activités
- 3
- 4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort
- 5
- 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide

**8. Incapacité à ressentir** Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens
- 1
- 2 Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels
- 3
- 4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances p 5
- 6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir, et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches, parents et amis.

**9. Pensées pessimistes** Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché ou de ruine.

- 0 Pas de pensées pessimistes
- 1
- 2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation et d'autodépréciation
- 3
- 4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises, mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur
- 5
- 6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables

**10. Idées de suicide** Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

- 0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient
- 1
- 2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères
- 3
- 4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible, mais sans projet ou intention précis
- 5
- 6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide

Résultats MADRS : \_\_\_\_\_

Score Total : I\_\_I\_\_I/60

## ANNEXE 3 : Critères DSM-5 : trouble de l'usage de substance.

1. La substance est souvent prise en **quantité plus importante et pendant une période plus longue** que prévue.
2. Il y a un **désir persistant ou des effets infructueux pour arrêter ou contrôler** l'usage de la substance
3. Beaucoup **de temps** est passé à se procurer de la substance, à la consommer ou à récupérer de ses effets (au moins 2 heures)
4. L'usage répété de la substance aboutit à l'**incapacité de remplir des obligations majeures** au travail, à l'école ou à la maison (ex : absences répétées ou mauvaises performances au travail en rapport avec l'usage de la substance, absences répétées en rapport avec la substance, suspensions ou exclusion de l'école ; négligence des enfants ou du ménage).
5. L'usage de la substance est poursuivi **malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels** persistants ou récurrents, causés ou aggravés par les effets de la substance.
6. D'importantes **activités sociales, professionnelles ou de loisir sont arrêtées ou réduites** à cause de l'usage de la substance.
7. Usage répété de la substance **dans des situations dans lesquelles celui-ci est physiquement dangereux** (ex: conduite automobile ou d'une machine malgré l'altération des capacités par la substance).
8. L'usage de la substance est poursuivi **malgré l'existence de problèmes physiques ou psychologiques** persistants ou récurrents vraisemblablement provoqués ou aggravés par la substance.
9. **Tolérance**, définie par l'un ou l'autre des signes suivants : 
  - a. Besoin d'augmenter notablement les quantités de substance pour atteindre l'intoxication ou les effets désirés.
  - b. Effet notablement diminué lors de l'usage continu des mêmes quantités de substance
10. **Sevrage** se manifestant par l'un des signes suivants : 
  - a. Syndrome de sevrage caractéristique à l'arrêt de la substance (anxiété, irritabilité, difficultés de sommeil,..)
  - b. La même substance (ou une substance étroitement apparentée) est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
11. Existence d'un **craving** ou d'un désir fort ou d'une pulsion à consommer une substance

Score Total :

### Trouble de l'usage d'alcool :

- 2 à 3 critères : trouble léger.
- 4 à 5 critères : trouble modéré.
- 6 critères et plus : trouble sévère

## **ANNEXE 4 : Questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Test)**

**Pour chaque question merci d'entourer la réponse qui vous paraît la plus juste parmi les propositions**

**Questions :**

**Scores :**

**1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?**

Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
2 à 4 fois par mois	2
2 à 3 fois par semaine	3
Au moins 4 fois par semaine	4

**2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?**

3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 ou 8	3
10 ou plus	4

**3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?**

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

**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	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

**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	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

**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	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

**7.** Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

**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	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

**9.** Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?

Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

**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	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

## **ANNEXE 5 : Questionnaire théorie du comportement planifié**

**Pour chaque item merci de cocher la réponse qui vous paraît la plus juste parmi les 5**

### **propositions**

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1- Mes amis et ma famille pensent que je devrais venir régulièrement aux ateliers thérapeutiques comme prévu					
2- Venir régulièrement aux ateliers comme prévu peut être dangereux pour moi					
3- Vous avez le sentiment de contrôlez totalement votre prise en charge pour votre problème d'alcool					
4- Venir régulièrement aux ateliers comme prévu est agréable pour moi					
5- Au cours des trois derniers mois, j'ai toujours suivi scrupuleusement les recommandations des médecins concernant mes problèmes d'alcool					
6- Venir régulièrement aux ateliers comme prévu me rassure					
7- Mon conjoint pense que je devrais venir régulièrement aux ateliers					
8- Venir régulièrement aux ateliers comme prévu est une punition pour moi					
9- Il est très probable que ce mois ci je vienne aux ateliers comme prévu					
10- Venir régulièrement aux ateliers me permet de diminuer voire d'arrêter ma consommation d'alcool					
11- Il est difficile pour moi de venir aux ateliers comme prévu					

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
12- Venir régulièrement aux ateliers comme prévu est sage/raisonnable					
13- Les personnes qui comptent pour moi me conseilleraient de venir régulièrement aux ateliers comme prévu					
14- Venir régulièrement aux ateliers comme prévu me rend la vie difficile					
15- Les médecins et professionnels de santé qui me prennent en charge approuveraient que je vienne régulièrement aux ateliers comme prévu					
16- Venir régulièrement aux ateliers comme prévu est négatif pour moi					
17- Dans le passé je n'ai jamais suivi scrupuleusement les recommandations des médecins et professionnels de santé concernant mes problèmes d'alcool					
18- Venir régulièrement aux ateliers comme prévu est satisfaisant pour moi					
19- Venir régulièrement aux ateliers comme prévu me rend la vie moins agréable					
20- Je n'ai pas l'intention de venir régulièrement aux ateliers comme convenu avec le médecin					
21- Venir régulièrement aux ateliers comme prévu est bon pour moi					
22- Si elles étaient dans ma situation, les personnes qui comptent pour moi respecteraient le programme de soins					
23- Venir régulièrement aux ateliers comme prévu rend ma vie trop compliquée					

## ANNEXE 6 : Questionnaire alliance thérapeutique

Pour chaque item merci de cocher la réponse qui vous paraît la plus juste parmi les 4 propositions

Actuellement	Oui c'est bien vrai	C'est plutôt vrai	C'est plutôt faux	Non c'est tout a fait faux
Je crois que mon médecin m'aide.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis à l'aise dans la relation avec mon médecin.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je comprends mieux les symptômes de ma maladie.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens mieux depuis que ce médecin me soigne.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je sens que je peux compter sur mon médecin.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je sens que je comprends bien mon médecin.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je sens que mon médecin me comprend bien.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je trouve que mon médecin explique clairement la maladie.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je sens que mon médecin désire que j'arrive à m'en sortir.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je sens que nous travaillons ensemble, mon médecin et moi : nous faisons équipe.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je crois que nous comprenons mes difficultés de la même manière.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## **ANNEXE 7 : Questionnaire HAIS (Hanil Alcohol Insight Scale)**

**Pour chaque item merci de cocher la réponse qui vous paraît la plus juste parmi les 3 propositions**

	D'accord	Incertain	Pas d'accord
1. Ma consommation d'alcool me cause beaucoup de problèmes.			
2. Je peux contrôler ma consommation à n'importe quel moment si j'en ai envie.			
3. Tous mes problèmes seraient résolus si j'arrêtais de boire.			
4. Ma consommation d'alcool ne pose pas de problème aux membres de ma famille.			
5. Je viens en hôpital de jour à cause d'une consommation excessive d'alcool.			
6. Je ne me sens pas bien quand les gens me considère comme un buveur à problème.			
7. Je suis alcoolique.			
8. Je ne peux pas me passer d'alcool.			
9. Je suis vraiment désolé pour la souffrance que j'ai pu infliger aux autres à cause de ma consommation.			
10. Je déteste la personne qui m'a proposé l'hôpital de jour			
11. Je ne vois pas où est le problème dans ma consommation d'alcool.			
12. Lorsque je commence à boire, je ne peux plus m'arrêter.			
13. J'ai juste besoin d'une certaine modération plutôt qu'on m'empêche de boire complètement.			
14. Beaucoup de gens autour de moi souffrent de ma consommation d'alcool.			
15. Ma seule consommation d'alcool ne justifie pas ma participation aux ateliers thérapeutiques			
16. La consommation d'alcool m'a enlevé des choses importantes.			
17. Me traiter d'alcoolique n'a pas de sens.			
18. Vivre sans alcool est le seul moyen de me sauver du désastre.			
19. Je déteste tous les gens et l'environnement qui m'ont conduit à boire.			
20. J'ai de la chance de pouvoir participer aux ateliers thérapeutiques			

**ANNEXE 8 : Echelle URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale) (adaptation Française)**

**Pour chaque item merci de cocher la réponse qui vous paraît la plus juste parmi les 3 propositions**

	Fortement en désaccord	Moyennement en désaccord	Neutre ou indécis	Moyennement en accord	Fortement en accord
1- D'après moi, je n'ai aucun problème qui nécessite un changement					
2- Je pense que je suis prêt(e) à faire quelque chose pour m'améliorer					
3- Je fais quelque chose au sujet des problèmes qui me dérangent					
4- Ça vaudrait la peine de travailler sur mon problème					
5- Ce n'est pas moi qui ai un problème, ça n'a pas de sens pour moi d'être ici					
6- Ça m'inquiète de savoir que le problème que j'avais réglé pourrait revenir, donc je viens ici chercher de l'aide					
7- Je travaille enfin sur mon problème					
8- J'ai pensé à changer quelque chose à propos de moi-même					
9- J'ai réussi à travailler sur mon problème mais je ne suis pas certain de pouvoir faire des efforts par moi-même					
10- Parfois mon problème est difficile mais je travaille dessus					
11- C'est plutôt une perte de temps pour moi d'être ici car le problème n'a rien avoir avec moi					
12- J'espère qu'ici on va m'aider à mieux me comprendre					
13- Je suppose que j'ai des défauts mais il n'y a rien que je n'ai vraiment besoin de changer					
14- Je travaille vraiment beaucoup pour changer					
15- J'ai un problème et je pense que j'ai vraiment besoin de changer					
16- Je n'ai pas persévéré aussi bien que je l'avais espéré dans les changements que j'ai faits, donc je suis ici pour éviter que mon problème revienne					

	Fortement en désaccord	Moyennement en désaccord	Neutre ou indécis	Moyennement en accord	Fortement en accord
17- Même si je ne réussis pas toujours à changer avec succès, au moins je travaille sur mon problème					
18- Je pensais qu'une fois que j'aurais réglé mon problème j'en serais débarrassé mais il m'arrive encore qu'il m'embarrasse					
19- J'aimerais avoir plus d'idées sur la façon de régler mon problème					
20- J'ai commencé à travailler sur mon problème mais j'aimerais avoir de l'aide					
21- Peut être qu'ici on va pouvoir m'aider					
22- J'aurais besoin d'un coup de main en ce moment pour m'aider à maintenir les changements que j'ai déjà faits					
23- J'ai peut être une part de responsabilité dans mon problème mais je ne le pense pas vraiment					
24- J'espère que quelqu'un ici va pouvoir me donner de bons conseils					
25- N'importe qui peut de changer, moi je fais vraiment quelque chose à ce sujet					
26- C'est ennuyant ces discours à propos de psychologie. Pourquoi les gens ne peuvent-ils pas juste oublier leur problèmes ?					
27- Je suis ici pour éviter que mon problème revienne					
28- C'est frustrant, j'ai l'impression que mon problème pourrait revenir alors que je crois l'avoir réglé					
29- J'ai des soucis comme tout le monde, pourquoi perdre du temps à y penser ?					
30- Je travaille activement sur mon problème					
31- Je préférerais m'accommoder de mes défauts plutôt que d'essayer de les changer					
32- Après tout ce que j'ai fait pour essayer de changer mon problème, ça revient encore m'obséder					

## **ANNEXE 9 : Formulaire de non opposition**



### **FORMULAIRE DE NON OPPOSITION** **DE PARTICIPATION A UNE ETUDE DE RECHERCHE CLINIQUE**

Sujet :

Intérêt de la théorie du comportement planifié dans la prédiction de  
l'adhésion thérapeutique chez les patients ayant un trouble de l'usage  
d'alcool

Informations sur l'étude :

Vous êtes actuellement pris en charge en hôpital de jour d'alcoologie au Centre hospitalier Henri Laborit.

Vous allez, si vous le souhaitez, participer à une étude de recherche clinique dans le cadre de ma thèse de fin d'études de médecine sur l'observance thérapeutique.

Pour cela, il vous suffit de remplir les questionnaires suivants.

Cette étude garantit l'anonymat des personnes qui y participent.

Pour information, ce travail nécessite cependant une consultation de votre dossier médical par l'investigateur afin de mesurer l'observance.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

*Ne s'oppose pas à participer à l'étude de Madame Céline JANSSEN (interne)*

Date :

Signature :

Investigateur

Patient

## RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

**Introduction** : Les troubles de l'usage d'alcool constituent un problème majeur de santé publique. Quelque soit la thérapeutique utilisée, un des facteurs déterminants de l'efficacité de la prise en charge de ce trouble est l'adhésion du patient. La Théorie du Comportement Planifié (TCP) a été utilisée, dans de nombreux domaines pour prédire l'adhésion thérapeutique.

**Matériels et Méthodes** : Les patients de notre étude ont été recrutés à l'hôpital de jour d'alcoologie intersectoriel du Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers. L'objectif principal de notre travail était de tester si les variables de la TCP constituent des facteurs prédictifs intéressants de l'adhésion thérapeutique, dans les troubles de l'usage d'alcool. L'impact de l'alliance thérapeutique, de l'insight, et des stades de changement sur l'adhésion thérapeutique et sur les variables de la TCP ont également été testés. L'adhésion thérapeutique était mesurée par le taux de participation aux activités thérapeutiques.

**Résultats** : 19 patients ont été inclus dans notre étude et 3 ont été perdus de vue. Nous avons réparti notre population en 2 groupes dont un de 5 patients ayant une bonne adhésion thérapeutique et un de 11 patients ayant une mauvaise adhésion thérapeutique. Nous n'avons pas mis en évidence de corrélation statistiquement significative entre les variables de la TCP et l'adhésion thérapeutique. Cependant, nous avons retrouvé une corrélation positive et significative entre les attitudes et l'alliance thérapeutique ( $r=0,62$  ;  $p=0,01$ ) ainsi qu'entre les normes subjectives et l'alliance thérapeutique ( $r=0,71$  ;  $p=0,002$ ). De plus, nous avons retrouvé un score URICA plus élevé dans le groupe de patients ayant une bonne adhésion thérapeutique par rapport à l'autre groupe (moyenne = 12,3 vs 11) ( $p=0,03$ ).

**Conclusion** : Du fait de l'effectif réduit de notre groupe de patients, nos résultats ne sont que préliminaires. Cependant, cette étude a permis de tester un concept intéressant. D'autres études, avec des effectifs plus importants nécessitent d'être menées. Le but est ensuite de développer des interventions basées sur cette théorie afin d'améliorer l'adhésion thérapeutique dans les troubles de l'usage de substances.

Mots Clés : Trouble de l'usage d'alcool - Adhésion thérapeutique - Théorie du Comportement Planifié – Alliance thérapeutique – Insight – Stades de changement.



UNIVERSITÉ DE POITIERS



Faculté de Médecine et de  
Pharmacie

**SERMENT**



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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



## RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

**Introduction** : Les troubles de l'usage d'alcool constituent un problème majeur de santé publique. Quelque soit la thérapeutique utilisée, un des facteurs déterminants de l'efficacité de la prise en charge de ce trouble est l'adhésion du patient. La Théorie du Comportement Planifié (TCP) a été utilisée, dans de nombreux domaines pour prédire l'adhésion thérapeutique.

**Matériels et Méthodes** : Les patients de notre étude ont été recrutés à l'hôpital de jour d'alcoologie intersectoriel du Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers. L'objectif principal de notre travail était de tester si les variables de la TCP constituent des facteurs prédictifs intéressants de l'adhésion thérapeutique, dans les troubles de l'usage d'alcool. L'impact de l'alliance thérapeutique, de l'insight, et des stades de changement sur l'adhésion thérapeutique et sur les variables de la TCP ont également été testés. L'adhésion thérapeutique était mesurée par le taux de participation aux activités thérapeutiques.

**Résultats** : 19 patients ont été inclus dans notre étude et 3 ont été perdus de vue. Nous avons réparti notre population en 2 groupes dont un de 5 patients ayant une bonne adhésion thérapeutique et un de 11 patients ayant une mauvaise adhésion thérapeutique. Nous n'avons pas mis en évidence de corrélation statistiquement significative entre les variables de la TCP et l'adhésion thérapeutique. Cependant, nous avons retrouvé une corrélation positive et significative entre les attitudes et l'alliance thérapeutique ( $r=0,62$  ;  $p=0,01$ ) ainsi qu'entre les normes subjectives et l'alliance thérapeutique ( $r=0,71$  ;  $p=0,002$ ). De plus, nous avons retrouvé un score URICA plus élevé dans le groupe de patients ayant une bonne adhésion thérapeutique par rapport à l'autre groupe (moyenne = 12,3 vs 11) ( $p=0,03$ ).

**Conclusion** : Du fait de l'effectif réduit de notre groupe de patients, nos résultats ne sont que préliminaires. Cependant, cette étude a permis de tester un concept intéressant. D'autres études, avec des effectifs plus importants nécessitent d'être menées. Le but est ensuite de développer des interventions basées sur cette théorie afin d'améliorer l'adhésion thérapeutique dans les troubles de l'usage de substances.

**Mots Clés** : Trouble de l'usage d'alcool - Adhésion thérapeutique - Théorie du Comportement Planifié – Alliance thérapeutique – Insight – Stades de changement.