



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2024

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 14 octobre 2024 à Poitiers
par **Nisrine WARRAK**

Etude des facteurs biopsychosociaux associés à l'absentéisme dans le suivi des patients présentant un trouble de l'usage de substances psychoactives.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Nematollah Jaafari

Membres :

Monsieur le Professeur Philippe Nubukpo

Madame la Maître de Conférence Ghina Harika-Germaneau

Madame le Docteur Léa Renaudin

Madame le Docteur Claudia Chauvet

Monsieur le Docteur Patrick Bendimerad

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Emmanuel Haber

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

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

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

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

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

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

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

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

Professeurs émérites

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

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

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

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

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

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

Professeurs des universités

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

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

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

Maîtres de conférences

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

Maîtres de conférences associés - officine

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

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

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

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

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

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

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

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

Remerciements

Je tiens à exprimer ma gratitude à l'ensemble des membres du jury pour avoir accepté d'évaluer cette thèse et pour l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail. Leurs retours seront précieux pour la suite de mon parcours.

Je remercie également le Docteur Haber Emmanuel, mon directeur de thèse, pour son encadrement tout au long de ce projet.

Un grand merci aux équipes de l'hôpital de jour d'addictologie de Poitiers pour leur soutien logistique et pour leur engagement quotidien auprès des patients. Leur collaboration a été essentielle à la réalisation de cette étude.

Ma profonde gratitude à mes amies de l'équipe du service de sevrage complexe de Niort. Vous rencontrer a été comme plonger dans un bain de sororité bienveillante, marquant un véritable tournant dans mon parcours.

Céline, j'ai été touchée par ta douceur avec une incroyable force. Sylvie, ton aura maternante m'a apporté réconfort et apaisement lors des mois passés ensemble. Carène, mon coach, une warrior qui a su réveiller mes ambitions les plus profondes. Anne, je te l'ai déjà dit, mais je le redis : j'aimerais être comme toi quand je serai grande. Merci à chacune de vous pour avoir ouvert tous les champs des possibles.

Sophie D., merci pour tout ton soutien et ton investissement dans ce travail de thèse. Ta présence, ta réassurance et ton implication m'ont été d'une aide précieuse. Je me réjouis de travailler très prochainement avec toi.

Patrick, merci à toi, le chef qui vient à la rescousse de ses internes. Merci pour ton accueil, toujours chaleureux, ta disponibilité et tes conseils avisés.

Merci à tous mes amis, que je ne citerai pas ici car ils se reconnaîtront. Les moments pour exprimer notre affection ne manquent jamais entre nous. Les souhaiter présents à ma soutenance en dit déjà long sur ce qu'ils représentent pour moi.

Je suis infiniment reconnaissante envers ma famille et mes proches pour leur soutien moral tout au long de cette aventure. Leur patience, leur encouragement et leur amour ont été pour moi des sources d'énergie inestimables.

Merci à mon chien Yuki et mon chat Gepetto pour avoir été une compagnie si reconfortante pendant mes longues heures de rédactions.

Enfin, merci à mon mari de m'avoir supporté dans cette période de tumulte où il a pu entrevoir toute l'étendue de mon HPCC. Yousif, ton soutien indéfectible et ton enthousiasme contagieux rendent ma vie véritablement épanouissante.

Sommaire

I. INTRODUCTION	1
1. Définition et neurobiologie de l'addiction	1
1.1 Définition	1
1.2 Neurobiologie.....	3
2. Histoire du concept d'addictologie	10
2.1 Évolution historique du concept d'addictologie.....	10
2.2 Évolution des critères diagnostiques	12
2.3 Evolutions thérapeutiques	13
3. Enjeux et impacts des troubles liés à l'usage de substances psychoactives	14
3.1 Prévalence des troubles liés à l'usage de substances psychoactives.....	15
3.2 Impact sanitaire	15
3.3 Impact Economique et Social.....	16
4. Offre de soins en addictologie	17
4.1. Réseau de soins en addictologie	17
4.2 Prise en charge individualisée	19
4.3. Accompagnement psychosocial et prévention des rechutes.....	20
4.4 La Filière d'addictologie à Poitiers	20
5. Absentéisme dans les structures de soins addictologiques	21
5.1 Définition et Implication	21
5.2 État Actuel de la Recherche	23
6. Présentation de l'étude	24
6.1 Contexte de l'étude.....	24
6.2 Objectif de l'étude	25
6.3 Hypothèse de recherche	26
II. MÉTHODE	27
1. Présentation de l'étude	27
2. Population d'étude	27
3. Critères de jugements	27
4. Procédures de collecte des données	28
4.1 Recueil et sources de données	28

4.2 Évaluations Spécifiques	29
4.3 Critères et méthode de suivi de l'absentéisme	30
4.4 Retour dans les soins	30
5. Justification du respect de l'éthique	31
6. Méthodes, préparations, traitements et analyses des données	31
6.1 Analyses descriptives	32
6.2 Comparaison des groupes.....	32
6.3 Analyses multivariées de médiation	32
6.4 Interprétation des résultats	32
III. RESULTATS	33
1. Introduction générale des résultats.....	33
2. Inclusion des patients et parcours de soins	34
2.1 Diagramme de flux.....	34
2.2 Analyse des points de déperdition.....	34
3. Statistiques descriptives pour l'observance des patients	35
4. Analyses par variable	36
4.1 Caractéristiques démographiques.....	36
4.2 Caractéristiques socio-économiques	38
4.3 Caractéristiques cliniques.....	39
4.4 Analyses selon le type d'addiction.....	42
4.5 Analyses selon la sévérité de l'addiction	43
4.6 Analyses pour la prescription médicale de transport.....	44
4.7 Analyses pour la distance entre le domicile et le centre de soins.....	45
4.8 Analyses pour les évaluations spécifiques	45
4.9 Analyses pour le motif de venue	49
4.10 Analyses pour les modalités d'adressage	50
5. Motifs d'absence	50
6. Retour dans les soins	51
7. Analyse multivariée de médiation : impact de la distance et des prescriptions médicales de transport sur l'inobservance	52
7.1 Effet de la distance sur la prescription médicale de transport.....	53
7.2 Effet des prescriptions médicales de transport sur l'inobservance	53
7.3 Effet total de la distance sur l'inobservance	53
7.4 Effet indirect et direct.....	53

IV. DISCUSSION	54
1. Introduction et résumé des principaux résultats	54
1.1 Taux d'inobservance.....	54
1.2 Précarité sociale (Score EPICES)	54
1.3 Sévérité de l'addiction.....	54
2. Taux d'absentéisme	54
3. Interprétation des résultats des facteurs biopsychosociaux influençant l'observance	55
3.1 Observance et précarité sociale	55
3.2 Observance et sévérité des addictions	56
4. Points de déperdition et retour dans les soins	58
5. Interprétation des résultats des facteurs biopsychosociaux non significatifs	61
5.1 Caractéristiques démographiques.....	61
5.2 Caractéristiques socio-économiques	63
5.3 Caractéristiques cliniques.....	65
5.4 Type d'addiction.....	66
5.5 Distance du domicile au centre de soins et prescription de transport	67
5.6 Test MoCA	67
5.7 Motifs de venue	68
5.8 Modalité d'adressage.....	68
5.9 Motifs déclarés par les patients	69
6. Limites de l'étude	70
6.1 Taille de l'échantillon.....	70
6.2 Période d'étude	70
6.3 Biais de sélection.....	70
6.4 Auto-déclarations et biais de mémoire	70
6.5 Hétérogénéité des patients.....	71
6.6 Limites des mesures cognitives et sociales	71
6.7 Perte de vue des patients	71
6.8 Pistes d'amélioration pour les prochaines études.....	71
V. CONCLUSION	72

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre de non-opposition pour l'inclusion dans l'étude

Annexe 2 : Questionnaire EPICES

Annexe 3 : Test MoCA

Annexe 4 : Tableau A1

Annexe 5 : Serment d'Hippocrate

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

Abréviation	Signification
AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CIM	Classification Internationale des Maladies
CMP	Centre Médico-Psychologique
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ELSA	Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EPICES	Évaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé pour les Centres d'Examens de Santé
HDJ	Hôpital de Jour
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
Nac	Noyau Accumbens
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives
RSA	Revenu de Solidarité Active
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
TCA	Troubles du Comportement Alimentaire
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
TLUSP	Trouble Lié à l'Usage de Substances Psychoactives
VTA	Aire Tegmentale Ventrale

I. INTRODUCTION

1. Définition et neurobiologie de l'addiction

1.1 Définition

L'addiction est une maladie affectant le cerveau, caractérisée par la perte de contrôle involontaire de l'usage d'une substance et/ou de comportements, sources de gratification, malgré des conséquences néfastes. L'American Society of Addiction Medicine l'a définie comme un trouble primaire et chronique, impliquant à la fois des répercussions physiques et psychologiques (1). Le trouble lié à l'usage de substances psychoactives ou l'addiction comportementale sont souvent accompagnés d'un phénomène de tolérance, c'est-à-dire un besoin de quantités croissantes ou d'une augmentation de la fréquence pour obtenir le même effet. Des symptômes de sevrage peuvent également apparaître lors de la réduction ou de l'arrêt de l'usage de la substance (2).

En pratique, l'addiction se traduit par des comportements répétitifs et destructeurs, impliquant une accumulation de dommages dans les sphères principales de la vie quotidienne. Ce sont ces dommages qui révèlent le plus souvent la maladie. Les patients rapportent une obsession autour de la substance ou du comportement addictif et des efforts infructueux pour arrêter ou réduire leur consommation ou leur pratique (3). Ce trouble est associé à des impacts psychosociaux majeurs, tels que la rupture des liens familiaux, la perte d'un emploi, une dégradation de la situation économique et parfois des complications judiciaires. En dépit de ces difficultés, le déni ou la minimisation de la gravité des problèmes est dans de nombreux cas présent chez les patients, ce qui constitue un point central de travail dans la prise en soins (4).

Les multiples tentatives d'arrêt, souvent marquées par des rechutes, illustrent la complexité de l'addiction. Une rechute ne se résume pas à un simple usage de la substance, mais plutôt à une reprise incontrôlée, dans des quantités, à une fréquence ou dans des contextes que l'individu souhaitait éviter. Ce phénomène est un élément central du diagnostic d'addiction. Dans le cadre d'une prise en charge médicale, la rechute est un événement attendu, qui ne doit ni être perçue comme un échec thérapeutique ni démotiver le patient ou son entourage (5).

Le craving, symptôme central de l'addiction, est une envie irrépressible de consommer une substance ou d'effectuer un comportement gratifiant, souvent en décalage avec la volonté du

patient. Cette expérience, qualifiée d'égodystonique, génère une grande détresse et un sentiment de perte de contrôle. Le craving peut persister longtemps après l'arrêt de la consommation, parfois pendant des années et constitue l'un des principaux moteurs des rechutes. Il s'agit d'une cible thérapeutique essentielle dans la prise en charge (6).

Ces manifestations cliniques sont le résultat de mécanismes neurobiologiques complexes. En effet, l'addiction est non seulement une maladie du comportement, mais également une altération profonde des circuits cérébraux par l'exposition prolongée aux substances ou aux comportements addictifs. Les répercussions sociales et psychologiques observées chez les patients reflètent en partie ces altérations neurobiologiques, qui affectent les systèmes de récompense, de motivation et de contrôle comportemental (7). Comprendre ces bases neurobiologiques est essentiel pour appréhender l'origine et la persistance des comportements addictifs.

1.2 Neurobiologie

1.2.1 Système de récompense et dopamine

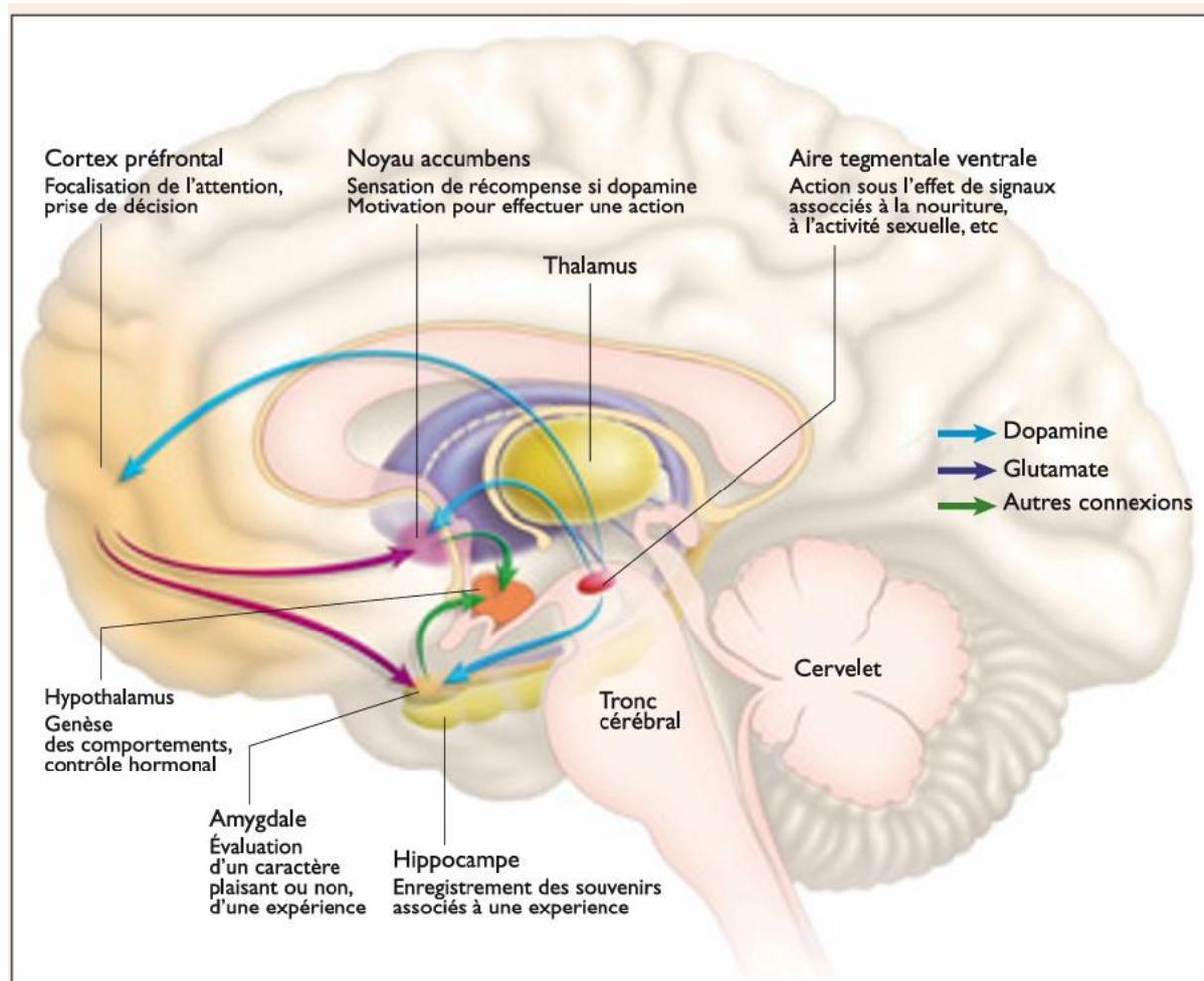


Figure 1 : Le circuit de la récompense (8)

Sur le plan neurobiologique, l'addiction se manifeste par des changements de la structure et des fonctions cérébrales qui impliquent le système de récompense (cf. Figure 1).

Le circuit de la récompense est un système fondamental pour la survie, activé lorsque des besoins essentiels (tels que l'alimentation ou la reproduction) sont comblés. Ce processus, principalement médié par l'aire tegmentale ventrale (VTA) et le noyau accumbens, induit une sensation de plaisir grâce à la libération de dopamine, renforçant les comportements permettant de satisfaire ces besoins (9). Le mécanisme fonctionne ainsi comme une balance entre un état de manque et de satisfaction, favorisant la répétition des comportements bénéfiques.

Lorsqu'un besoin apparaît, le cerveau, par l'intermédiaire de l'**hypothalamus** et du **cortex préfrontal**, active des régions spécifiques qui incitent l'individu à adopter des comportements

pour répondre à ce besoin (10). Une fois satisfait, la **VTA** libère de la dopamine vers le **noyau accumbens**, engendrant une sensation de récompense et de plaisir, ce qui motive à reproduire le comportement ayant permis d'atteindre cet état.

La **saillance**, régulée par des structures comme le **noyau accumbens** et le **cortex préfrontal**, est un concept clé dans ce processus. Elle désigne la capacité du cerveau à attribuer une importance particulière à certains stimuli ou expériences en fonction de leur capacité à procurer du plaisir, avec la libération de dopamine jouant un rôle central dans cette évaluation. Lorsqu'une substance ou un comportement procure une sensation de plaisir intense, le cerveau va lui attribuer une valeur élevée, incitant à le rechercher activement. Ce phénomène est central dans l'addiction, où la prise de substances psychoactives deviennent prioritaires, au détriment d'autres activités bénéfiques (11).

Une fois la récompense obtenue, le cerveau, avec la participation de l'**hippocampe**, stocke cette information grâce à la **mise en mémoire** (12). Ce processus permet de retenir non seulement l'action qui a mené à la récompense, mais également les contextes associés (comme le lieu, les circonstances ou les personnes présentes). La dopamine participe ici également en renforçant les circuits neuronaux impliqués dans la mémorisation des expériences de récompense. Cette mémorisation guide les comportements futurs en optimisant les chances de retrouver les mêmes sensations de satisfaction.

Enfin, après l'obtention de la récompense, une **période réfractaire** s'installe, principalement sous la régulation du **cortex préfrontal** et des connexions avec la **VTA**. Cette phase correspond à un moment de récupération pendant lequel la libération de dopamine diminue, rendant le système de récompense moins réactif. Elle permet d'éviter une répétition immédiate du comportement récompensé, favorisant un certain équilibre. Cependant, dans le contexte de l'addiction, cette période réfractaire est souvent perturbée, la libération de dopamine restant anormalement élevée, conduisant à une recherche compulsive et continue de la substance ou du comportement addictif, malgré l'absence de besoin immédiat (13).

En résumé, les drogues et certains comportements représentant une source de gratification exploitent ce système en augmentant de manière artificielle la libération de dopamine, ce qui peut conduire à une sensibilisation du système et à des comportements compulsifs de recherche de drogue.

1.2.1. Changements neuroplastiques

L'addiction entraîne des modifications neuroplastiques, c'est-à-dire des changements durables dans la structure et la fonction des circuits neuronaux. **On retrouve en effet une adaptation neuronale qui se manifeste par** une réduction du nombre de récepteurs dopaminergiques et une altération de leur sensibilité après une exposition prolongée à des substances addictives (14).

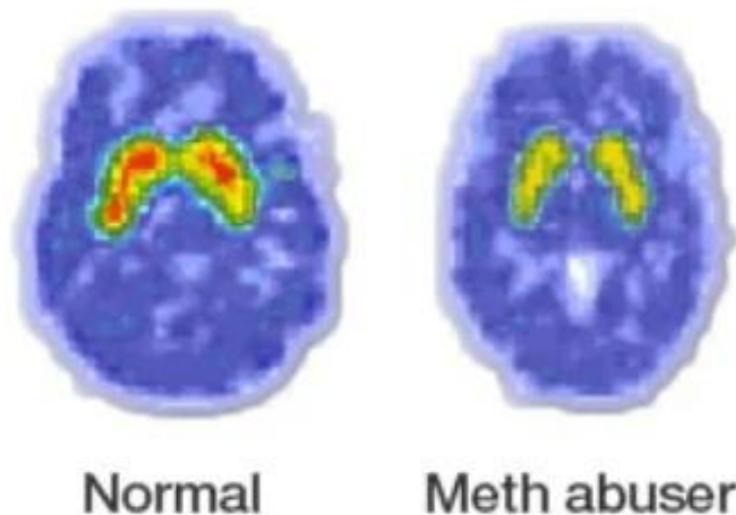


Figure 2 : Modifications plastiques dans l'addiction identifiées à l'imagerie cérébrale (15).

Les scanners cérébraux (figure 2) illustrent les récepteurs de dopamine, avec les zones les plus denses affichées en rouge chez un individu sans trouble de l'usage de substances psychoactives. Chez les personnes ayant une addiction à la méthamphétamine, on observe une réduction significative du nombre de ces récepteurs. Des substances telles que l'alcool, la cocaïne et l'héroïne produisent des effets similaires.

Le cortex préfrontal subit également des altérations. Comme vu précédemment, la capacité à inhiber les comportements impulsifs est réduite, rendant les individus plus vulnérables aux rechutes (15).

Tableau 1: Comparaison du fonctionnement "normal" et des effets de la toxicomanie dans les régions cérébrales liées à l'apprentissage. « Drogues, cerveaux et comportement : La science de la toxicomanie ». National Institute on Drug Abuse (NIDA) (16)

Région du cerveau	Fonctionnement normal	Altérations induites par l'abus de substances
Hippocampe		
Mémoire déclarative	Formation et rappel de souvenirs explicites, tels que des faits et des événements	Altération de la mémoire à long terme, difficultés à former de nouveaux souvenirs
Apprentissage spatial	Navigation et orientation dans l'espace	Désorientation et problèmes de navigation, altération de la mémoire spatiale
Neurogenèse	Production de nouveaux neurones pour soutenir l'apprentissage et la mémoire	Réduction de la neurogenèse, ce qui compromet la plasticité cérébrale et l'apprentissage
Cortex préfrontal		
Fonctions exécutives	Planification, prise de décision, résolution de problèmes et contrôle des impulsions	Déclin des fonctions exécutives, prise de décisions impulsives, incapacité à planifier à long terme
Mémoire de travail	Maintien et manipulation des informations à court terme pour des tâches cognitives complexes	Altération de la mémoire de travail, difficulté à maintenir l'attention et à manipuler des informations
Flexibilité cognitive	Adaptation aux nouvelles situations et ajustement des stratégies en réponse aux changements	Rigidité cognitive, difficulté à s'adapter aux nouvelles situations ou à changer de stratégie
Striatum dorsal		
Apprentissage procédural	Apprentissage des compétences et des habitudes motrices	Développement de comportements compulsifs liés à la drogue, altération de l'apprentissage procédural
Habitudes et routines	Formation de comportements routiniers pour optimiser les performances	Formation d'habitudes liées à la consommation de drogue, conduisant à des comportements répétitifs
Amygdale	Association des émotions aux souvenirs et événements, régulation des réponses émotionnelles	Réactions émotionnelles exacerbées, anxiété accrue, difficultés à réguler les émotions
Apprentissage émotionnel	Association des émotions aux souvenirs et événements, régulation des réponses émotionnelles	Réactions émotionnelles exacerbées, anxiété accrue, difficultés à réguler les émotions
Conditionnement pavlovien	Association des stimuli neutres à des réponses émotionnelles	Associations fortes entre les stimuli liés à la drogue et les réponses émotionnelles, conduisant à des envies

La consommation chronique de drogues entraîne des modifications neuroplastiques, incluant la sensibilisation des récepteurs dopaminergiques, des altérations synaptiques et une réduction de la neurogenèse (cf. Tableau 1). Ces changements rendent les individus hypersensibles aux stimuli associés à la drogue, diminuent leur capacité à prendre des décisions rationnelles, à

contrôler leurs impulsions et renforcent les souvenirs associés à la consommation. Ainsi, même après une période de sevrage, l'exposition à des stimuli liés à la drogue peut déclencher des envies puissantes, augmentant le risque de rechute. Ces mécanismes montrent comment les drogues modifient le système de récompense du cerveau, conduisant à l'addiction et à la persistance des comportements addictifs (15).

1.2.2. Facteurs génétiques et épigénétiques

L'addiction ne résulte pas seulement des modifications neuronales mais est également multifactorielle, fortement influencée par des facteurs génétiques et épigénétiques. En effet la vulnérabilité à l'addiction est héritable. Une partie de la variation de la susceptibilité à l'addiction dans la population peut être expliquée par des différences génétiques.

Les études montrent que les membres de familles ayant des antécédents de dépendance ont un risque accru de développer une addiction. Avoir un parent atteint de ce trouble multiplie par 3 à 4 le risque de développer une addiction, même chez les enfants adoptés à la naissance par des parents sans trouble de l'usage de l'alcool (17, 18).

En effet, selon le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), les gènes sont responsables d'environ 50 % du risque de développer un trouble de l'usage de l'alcool. Cette estimation est corroborée par d'autres recherches scientifiques, comme celle publiée par une équipe de chercheurs de Yale, qui a identifié plusieurs loci génétiques associés à l'abus d'alcool, confirmant que la génétique constitue une part importante mais non exclusive du risque global (19,20).

De plus, les études sur les jumeaux montrent que les jumeaux monozygotes ont des taux de concordance pour l'addiction plus élevés que les jumeaux dizygotes, suggérant une forte composante génétique. Les taux de concordance pour la dépendance à l'alcool sont d'environ 50 à 60 % chez les jumeaux monozygotes comparés à 20 à 30 % chez les jumeaux dizygotes (21).

Par ailleurs, plusieurs gènes ont été identifiés comme étant associés à une susceptibilité accrue à l'addiction, y compris ceux impliqués dans les systèmes dopaminergiques et sérotoninergiques. Par exemple, des variations dans le gène DRD2, qui code pour un récepteur de la dopamine, ont été associées à une susceptibilité accrue à la dépendance à l'alcool et aux autres drogues (22).

Après avoir exploré l'implication des facteurs génétiques dans l'addiction, il est également pertinent d'examiner l'impact de l'épigénétique. Cette discipline fait référence aux modifications héritables de l'expression des gènes, influencées par des facteurs environnementaux et comportementaux, sans altérer la séquence d'ADN. Ces phénomènes jouent eux aussi un rôle déterminant dans le développement et le maintien de l'addiction (figure 3).

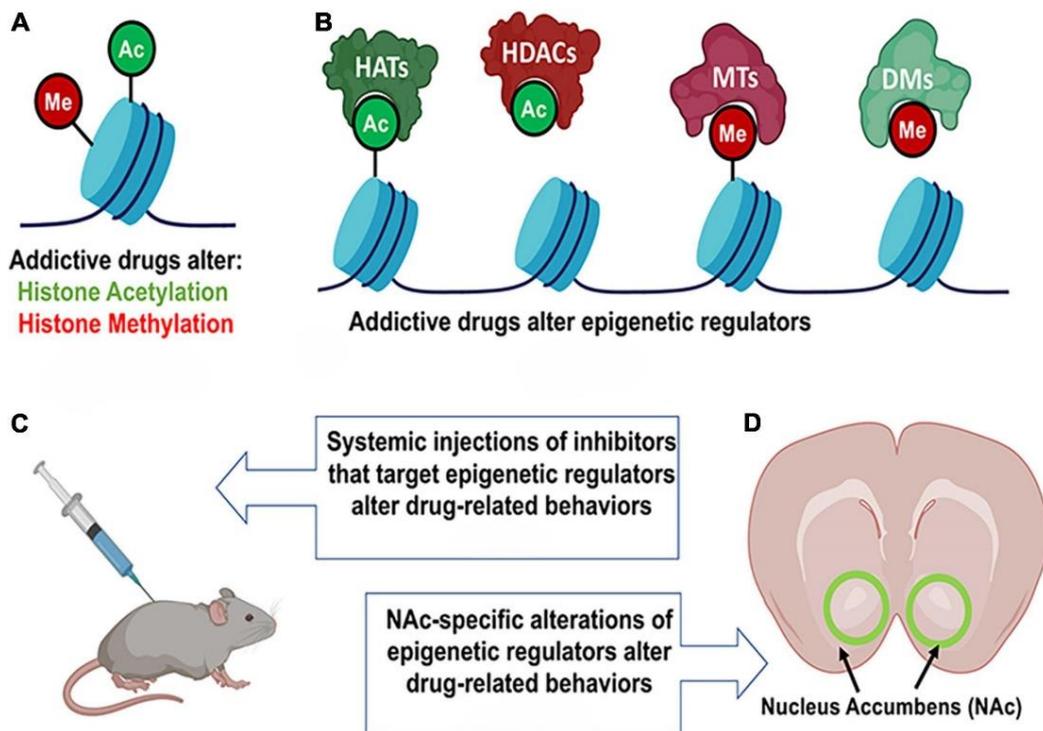


Figure 3 : Mécanismes épigénétiques impliqués dans l'addiction.

« Effets épigénétiques des drogues addictives dans le noyau accumbens ». Anderson EM, Taniguchi M (23).

Les drogues modifient les régulateurs épigénétiques, notamment en altérant les marques d'acétylation et de méthylation des histones. L'acétylation des histones, facilitée par les enzymes HATs (Histone Acetyltransferases), rend l'ADN plus accessible à la transcription, augmentant ainsi l'expression des gènes impliqués dans la dépendance. À l'inverse, les enzymes HDACs (Histone Deacetylases) retirent les groupes acétyl, réduisant l'expression des gènes. La méthylation des histones, modifiée par les MTs (Methyltransferases) et DMs (Demethylases), peut activer ou réprimer les gènes selon la localisation des marques de méthylation (24, 25).

Les injections systémiques d'inhibiteurs ciblant ces régulateurs épigénétiques montrent que les comportements liés à la drogue peuvent être modifiés. Des remaniements spécifiques dans le noyau accumbens (NAc) influencent fortement les comportements addictifs (26).

Les recherches et les sources, telles que le National Institute on Drug Abuse (NIDA) ou les articles de Nature Reviews Neuroscience, confirment l'importance des réarrangements épigénétiques dans la susceptibilité et la progression de l'addiction. Ces altérations peuvent être ciblées par des interventions thérapeutiques, ouvrant de nouvelles voies pour le traitement de l'addiction (27).

Également, le stress chronique peut provoquer des changements épigénétiques dans les régions cérébrales associées à la régulation du stress et à la réponse aux récompenses. En activant l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et en augmentant la libération du cortisol, il peut affecter la libération de dopamine et la sensibilité des récepteurs dopaminergiques, exacerbant ainsi les comportements de recherche de substances, la susceptibilité à l'addiction et à la rechute (28).

D'autre part, les traumatismes, notamment ceux vécus durant l'enfance, peuvent induire des modifications épigénétiques qui augmentent la susceptibilité à l'addiction. Ces changements incluent la méthylation de l'ADN et les modifications des histones, influençant l'expression des gènes impliqués dans la réponse au stress et les circuits de récompense. Par exemple, des études ont montré que les personnes ayant subi des traumatismes infantiles présentent des niveaux modifiés de méthylation du gène FKBP5, ce qui peut se traduire par une réponse exagérée ou inadéquate au stress (27). Ces altérations épigénétiques peuvent être transmises d'une génération à l'autre, augmentant le risque de dépendance pour les enfants de parents traumatisés.

En conclusion et comme résumé dans la figure 4, l'addiction est le résultat d'interactions complexes entre les prédispositions génétiques, les influences environnementales et l'exposition aux drogues. Les prédispositions héréditaires, telles que les variations génétiques augmentent la susceptibilité individuelle aux troubles addictifs. L'épigénétique explique comment notre environnement et nos expériences peuvent moduler l'expression de nos gènes sans changer notre ADN. Ces modifications peuvent rendre certaines personnes plus vulnérables à l'addiction en changeant la façon dont leurs neurones réagissent aux substances psychoactives et au stress favorisant le maintien du comportement addictif.

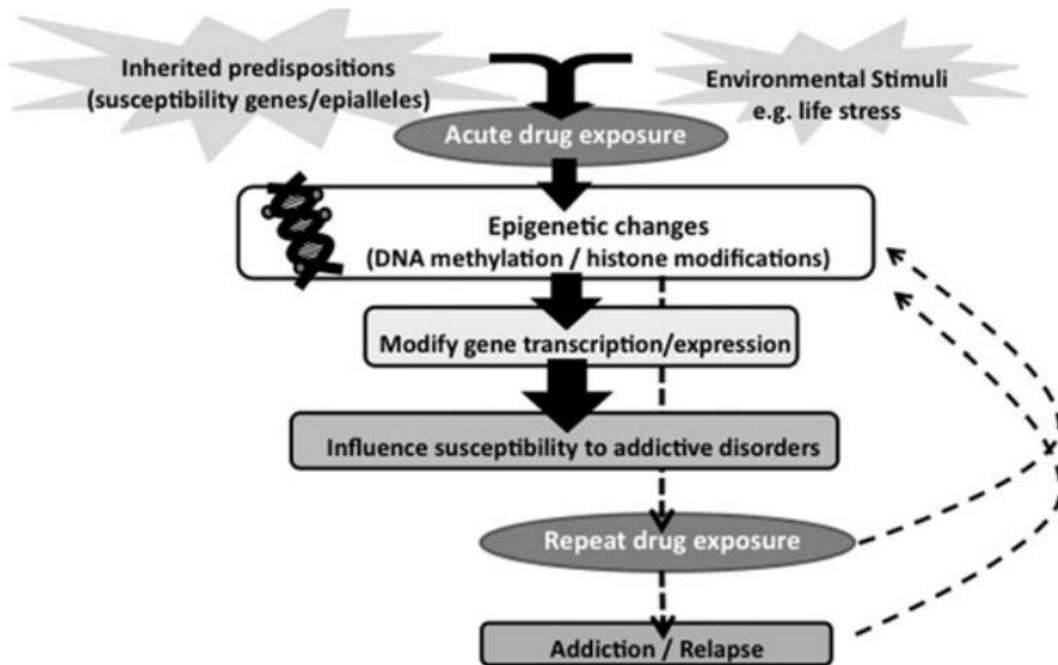


Figure 4 : Interaction entre prédispositions héréditaires, facteurs environnementaux et modifications épigénétiques dans le développement de l'addiction.
 « Épigénétique : un lien entre l'addiction et l'environnement social (29).

2. Histoire du concept d'addictologie

2.1 Évolution historique du concept d'addictologie

Au début du 20^e siècle, les comportements addictifs étaient souvent considérés comme des signes de faiblesse morale ou des défauts de caractère. Les individus souffrant de dépendance étaient stigmatisés et punis plutôt que traités. Cette vision était renforcée par des politiques répressives et des lois strictes visant à contrôler l'usage des substances psychoactives.

Un tournant majeur s'est produit en 1956 lorsque l'American Medical Association a reconnu l'alcoolisme comme une maladie. Cette reconnaissance a marqué un changement significatif dans la compréhension de la dépendance, passant d'une approche moraliste à une perspective médicale. Cette décision a conduit à l'intégration des traitements médicaux et psychologiques pour l'addiction (30).

Les années 1960 et 1970 ont vu l'émergence de théories psychologiques pour expliquer la dépendance. Des chercheurs comme Jellinek ont proposé des modèles basés sur les étapes de la dépendance à l'alcool, mettant en lumière le rôle des facteurs psychologiques et

comportementaux. Le modèle de Jellinek, publié dans les années 1960, a été l'un des premiers à décrire l'addiction comme un processus évolutif comprenant différentes phases, de l'usage occasionnel à la dépendance sévère (31).

2.1.1 Le modèle biopsychosocial dans l'addiction

Dans les années 1980, le modèle biopsychosocial de l'addiction a été introduit par Marlatt et Baer. Ce modèle reconnaît l'interaction complexe entre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux dans le développement et le maintien des comportements addictifs. Il a révolutionné la compréhension de l'addiction en mettant l'accent sur une approche holistique et personnalisée (32). Cette approche a aidé à intégrer que l'addiction ne peut être attribuée à une cause unique, mais résulte de l'interaction complexe entre ces trois dimensions.

2.1.1.1 Facteurs biologiques

Comme vu précédemment (cf. la partie 1.2.2), les facteurs biologiques incluent les prédispositions génétiques et les modifications épigénétiques qui influencent la vulnérabilité aux substances addictives.

2.1.1.2 Facteurs psychologiques

Parmi les facteurs de vulnérabilité psychologiques : les traits de personnalité tels que l'impulsivité et la recherche de sensations fortes prédisposent les individus à rechercher des expériences stimulantes, y compris l'usage de substances. Des conditions comme l'anxiété et la dépression sont également déterminants car les substances psychoactives peuvent être utilisées comme mécanismes de régulation émotionnelle ou d'auto-médication (33).

Les cognitions et les croyances individuelles sur les effets des substances influencent également les comportements addictifs. Par exemple, les attentes positives quant aux effets relaxants ou améliorateurs de performance des substances peuvent en augmenter l'usage (34). De plus, la croyance que l'on a peu de contrôle sur sa propre vie, connue sous le nom de locus de contrôle externe, peut augmenter la vulnérabilité à l'addiction (35).

Les troubles comorbides, tels que le trouble bipolaire, le trouble de la personnalité borderline, ou le TDAH, augmentent significativement le risque d'addiction, tout comme les antécédents de traumatismes. Les compétences sociales limitées et les stratégies de coping inefficaces sont

d'autres facteurs psychologiques essentiels, car elles réduisent la capacité d'une personne à gérer les stress quotidiens de manière saine, les incitant à se tourner vers des substances addictives (36) .

Selon la théorie de l'autodétermination, l'insatisfaction des besoins psychologiques fondamentaux tels que l'autonomie, la compétence et la relation, peut pousser les individus vers des comportements addictifs pour compenser ces manques (37).

2.1.1.3 Facteurs sociaux

Les facteurs sociaux incluent les influences de l'environnement, telles que les relations familiales, le soutien social, la pression des pairs et les conditions socio-économiques. Par exemple, grandir dans un environnement où la consommation de drogues est normalisée et où le soutien social est faible peut augmenter le risque d'addiction. Les normes culturelles et la disponibilité des substances jouent également un rôle significatif (38, 39).

2.2 Évolution des critères diagnostiques

Les critères diagnostiques de l'addiction ont également évolué significativement au fil du temps, reflétant une compréhension accrue de la complexité de la dépendance.

2.2.1 DSM-III (1980) (40)

La publication du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) par l'American Psychiatric Association a marqué une avancée majeure en reconnaissant les troubles liés à l'usage de substances comme des troubles distincts avec des critères spécifiques pour le diagnostic de l'abus et de la dépendance.

2.2.2 DSM-IV (1994) (41)

Cette édition a maintenu la distinction entre l'abus et la dépendance, tout en affinant les critères diagnostiques pour mieux capturer la diversité des expériences de dépendance.

2.2.3 DSM-V (2013) (42)

Le DSM-V a combiné les critères d'abus et de dépendance en un seul trouble appelé "trouble de l'usage de substances". Le craving devient un critère diagnostique et le critère des problèmes

légaux est supprimé. Cette dernière version a élargi le spectre des troubles en incluant des troubles comportementaux comme le jeu pathologique dans la catégorie des addictions.

Tableau 2 : Critères DSM-V pour le trouble de l'usage de substances

1. Usage en quantités plus importantes ou pendant une période plus longue que prévu
2. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'usage
3. Temps excessif consacré à l'obtention, l'utilisation ou la récupération des effets de la substance
4. Craving
5. Incapacité à remplir les obligations majeures à cause de l'usage
6. Poursuite de l'usage malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux causés par la substance
7. Abandon d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs à cause de l'usage
8. Usage récurrent dans des situations physiquement dangereuses
9. Usage continu malgré des problèmes physiques ou psychologiques causés ou exacerbés par la substance
10. Tolérance : besoin de quantités plus importantes pour obtenir l'effet désiré ou diminution de l'effet avec l'usage continu
11. Sevrage : apparition de symptômes de sevrage ou usage pour éviter ces symptômes

Un diagnostic de TLUSP peut être posé si au moins deux des critères du tableau 2 sont remplis au cours des 12 derniers mois.

Le DSM-V introduit une échelle de sévérité des troubles en fonction du nombre de critères remplis par l'individu. Un trouble léger est déterminé par la présence de 2 à 3 critères, une trouble modérée par 4 à 5 critères et un trouble sévère par 6 critères ou plus. Cette approche permet de mieux refléter la complexité et la diversité des expériences liées à l'addiction.

2.3 Evolutions thérapeutiques

2.3.1 Approches comportementales et cognitives

Parallèlement à l'évolution des critères diagnostiques, les approches de traitement de l'addiction ont également évolué. Les thérapies comportementales et cognitives, développées dans les

années 1970 et 1980, ont mis l'accent sur le rôle des pensées et des comportements dans le maintien de la dépendance. Les interventions telles que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la thérapie motivationnelle ont prouvé leur efficacité dans le traitement des troubles liés à l'usage de substances (43, 44).

2.3.2 Médecine Intégrative et Holistique

À partir des années 1990, les approches de la médecine intégrative et holistique ont gagné en popularité. Ces approches reconnaissent l'importance de traiter la personne dans sa globalité, en intégrant les dimensions physiques, mentales et sociales. Des interventions telles que la méditation et les programmes de soins en communauté ont été de plus en plus intégrées aux traitements traditionnels (43, 45).

2.3.3 Avancées Technologiques et Pharmacologiques

Les progrès technologiques et pharmacologiques ont également transformé le traitement de l'addiction. Le développement de médicaments tels que la méthadone, la Buprénorphine et la Naltrexone a permis de mieux gérer les symptômes de sevrage et de réduire les taux de rechute. Les technologies de télémédecine et les applications mobiles offrent de nouvelles opportunités pour soutenir les individus dans leur parcours de rétablissement (46).

Les critères du DSM-5 pour le TLUSP permettent une évaluation plus nuancée et complète des troubles liés à l'usage de substances et comportemental, en tenant compte de la complexité et de la diversité des expériences de dépendance. Comprendre ces critères diagnostiques est essentiel pour évaluer l'ampleur et les impacts des TLUSP, afin d'étudier l'implication ces troubles.

3. Enjeux et impacts des troubles liés à l'usage de substances psychoactives

Les troubles liés à l'usage de substances psychoactives constituent un enjeu de santé publique de première importance en raison de leur prévalence élevée et de leurs impacts graves et étendus sur la santé individuelle et collective. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que l'abus de substances est responsable de millions de décès chaque année et représente un facteur de risque majeur pour une multitude de maladies chroniques et aigües. L'importance des TLUSP se manifeste à travers divers aspects, incluant leur prévalence, leur impact économique et les défis associés à leur traitement.

3.1 Prévalence des troubles liés à l'usage de substances psychoactives

La prévalence des TLUSP est alarmante à l'échelle mondiale. Selon le rapport mondial sur les drogues de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (47) de 2021 (4), environ 275 millions de personnes ont consommé des drogues au moins une fois au cours de l'année écoulée et environ 36 millions souffrent de troubles liés à l'usage de drogues. Aux États-Unis, les données du National Institute on Drug Abuse (NIDA) indiquent que plus de 20 millions de personnes âgées de 12 ans et plus ont été diagnostiqués avec un TLUSP en 2019 (48).

En France, les TLUSP représentent également une crise sanitaire importante. Selon Santé Publique France environ 5 millions de Français âgés de 11 à 75 ans ont consommé du cannabis en 2021. De plus, en 2020, près de 400 000 personnes sont considérées comme ayant une consommation problématique d'alcool et l'ANSM indique qu'environ 250 000 personnes sont dépendantes des opioïdes, incluant les médicaments de substitution (49).

3.2 Impact sanitaire

Les TLUSP augmentent considérablement le risque de développer diverses maladies. L'usage excessif d'alcool est une cause majeure de maladies hépatiques telles que la cirrhose et le cancer du foie. En France, l'alcool est responsable d'environ 41 000 décès par an, ce qui en fait l'une des principales causes de morbidité et de mortalité évitables (50). Le tabagisme est directement lié à plusieurs types de cancer, notamment du poumon, de la bouche et de la gorge, contribuant à environ 75 000 décès annuels en France, dont environ 44 000 par cancer (51).

La consommation de drogues psychostimulantes telles que la cocaïne et les amphétamines augmente le risque d'infarctus du myocarde et d'accidents vasculaires cérébraux. Ces substances stimulent excessivement le système nerveux central, entraînant une hypertension artérielle et une augmentation de la fréquence cardiaque, ce qui peut provoquer des événements cardiovasculaires graves (52). De plus, l'usage de drogues injectables, comme l'héroïne, est un vecteur majeur de transmission de maladies infectieuses telles que le VIH et l'hépatite C. En France, les usagers de drogues injectables représentent une proportion significative des nouvelles infections par le VIH et l'hépatite C et on dénombre 400 décès annuels par surdose d'opioïdes (53).

Sur le plan psychiatrique, les substances psychoactives peuvent également induire des premiers épisodes psychotiques, provoquant des hallucinations et des délires, particulièrement avec

l'usage d'amphétamines, de cannabis et d'hallucinogènes (54). Ces effets peuvent être persistants et nécessiter une prise en charge psychiatrique spécialisée.

Comme vu précédemment, les TLUSP sont souvent associés à des troubles mentaux, alors exacerbés par la consommation de substances psychoactives (55). On parle dans ce cas de pathologies duelles (56,57). Aux Etats-Unis, une étude menée en 2020 par la « Substance Abuse and Mental Health Services Administration » (SAMHSA) a estimé à 38,7 millions le nombre d'adultes présentant un trouble lié à l'usage de substances psychoactives (soit 15,4% de la population). Parmi eux 17 millions (soit environ 44 %) étaient atteints d'un trouble psychiatrique (52).

3.3 Impact Economique et Social

Les TLUSP ne se contentent pas de nuire à la santé des individus ; ils ont également un impact profond sur la société dans son ensemble. Les coûts économiques associés aux TLUSP comprennent les dépenses de santé, la perte de productivité (liée à l'absentéisme au travail, aux rendez-vous médicaux non honorés, aux accidents et aux décès prématurés causés par les TLUSP) et les coûts liés au système judiciaire et à la sécurité sociale. Aux États-Unis, les données du National Institute on Drug Abuse (NIDA) indiquent que le coût économique annuel des TLUSP est estimé à plus de 740 milliards de dollars (58).

Le coût social de la consommation de drogues illicites en France est estimé à environ 8,8 milliards d'euros par an, tandis que celui de l'alcool est de 118 milliards d'euros par an (58).

Au-delà de l'impact financier, les TLUSP ont un impact significatif sur les structures hospitalières. Ils contribuent à une charge accrue sur les services d'urgence et les unités de soins intensifs en raison des complications aiguës liées aux surdoses, aux accidents et aux maladies infectieuses et psychiatriques. Les admissions hospitalières pour des problèmes liés à l'usage de substances ont augmenté, exerçant une pression sur les ressources hospitalières et le personnel médical. En 2020, les TLUSP ont été responsables d'une part importante des consultations en services d'urgence, Selon les données de l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives (OFDT) de 2022, environ 10 % des admissions aux urgences étaient liées à l'abus de substances psychoactives, incluant des intoxications aiguës et des complications dues à un usage chronique de ces substances (59).

L'alcool est la substance la plus fréquemment impliquée avec des chiffres indiquant des milliers de cas nécessitant une prise en charge immédiate et spécialisée. Toujours selon les données de

l'OFDT en 2022, environ 7 % des hospitalisations étaient attribuées à des complications liées à un usage chronique de toxiques (59).

En France, les TLUSP représentent une part importante de la patientèle des médecins traitants. Environ 20 % des consultations chez les généralistes sont liées à des problèmes d'addiction, y compris l'alcool, le tabac et les drogues illicites d'après les rapports d'activités d'Addictions France (60).

Par ailleurs, l'addiction entraîne également des répercussions profondes et étendues au niveau sociétal, notamment en matière de violence intrafamiliale. Effectivement, les TLUSP sont fortement corrélés à ces formes de violence, amplifiant à la fois la fréquence et la gravité des abus. Environ 40 à 60 % des actes de violence entre partenaires intimes impliquent l'abus de substances par au moins l'une des parties présentes. Les jours de consommation excessive de substances, la violence physique est 11 fois plus probable parmi les auteurs de violences conjugales et leurs victimes (61). Les femmes en traitement pour des TLUSP rapportent fréquemment avoir été victimes de violence domestique. Par exemple aux Etats-Unis, selon le National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health, 47 % des femmes suivant un traitement pour un TLUSP ont subi des violences conjugales. Les victimes de violences domestiques présentent un risque élevé de développer des troubles de l'usage de substances en raison du traumatisme subi (62).

En plus de leurs effets sur la santé publique et la société, les TLUSP entraînent des dégâts environnementaux significatifs. La production illicite de drogues est souvent associée à la pollution des sols et des eaux par des produits chimiques toxiques, tandis que l'abandon de déchets liés à la consommation de substances pose des défis écologiques (63).

Face à ces impacts multiples des TLUSP, il est primordial de proposer une prise en charge adaptée et efficace. C'est dans ce cadre que le réseau de soins en addictologie joue un rôle essentiel, en offrant un accompagnement global et personnalisé aux patients.

4. Offre de soins en addictologie

4.1. Réseau de soins en addictologie (64)

Le réseau de soins en addictologie en France offre un large éventail de dispositifs, permettant une prise en charge globale et personnalisée des patients souffrant d'addiction. Ce réseau n'est

pas simplement une série de structures, il constitue un maillage de soutien pour des personnes souvent marginalisées, désorientées par leur parcours de vie et en quête de rétablissement.

4.1.1 Le secteur médico-social

Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) forment l'un des principaux piliers de la prise en charge ambulatoire des patients souffrant d'addictions, avec ou sans substance. Ils ne sont pas uniquement des lieux de soins, mais des espaces où l'accompagnement va bien au-delà des symptômes : on y travaille sur la réinsertion, la gestion des comorbidités psychiatriques et le renforcement de l'autonomie.

Les CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues) quant à eux, jouent un rôle essentiel auprès des personnes qui, souvent, ne se sentent pas encore prêtes à envisager un projet de soins addictologiques ou l'arrêt du comportement. Ces centres fournissent non seulement des outils de réduction des risques mais ils offrent aussi un cadre rassurant où les usagers peuvent se reconnecter à une dynamique de soins, malgré leur consommation active. Ces lieux deviennent alors des points d'ancrage.

4.1.2. Les consultations jeunes consommateurs (CJC)

Les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) réparties sur tout le territoire, sont destinées aux adolescents et jeunes adultes. Ces consultations, anonymes et gratuites, représentent souvent une première approche addictologique pour les jeunes et leurs familles. Dans ces espaces, le dialogue se veut bienveillant et sans jugement, permettant à ces jeunes de parler de leurs comportements addictifs. L'objectif est de poser les bases d'une réflexion et d'offrir à chacun la possibilité de trouver son propre chemin vers le changement.

4.1.3. Le secteur hospitalier

L'hospitalisation complète en addictologie offre une prise en charge d'urgence et spécialisée, particulièrement en cas de sevrage ou de complications somatiques ou psychiatriques. **Les Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)** jouent un rôle pivot au sein des hôpitaux, non seulement en assurant la continuité des soins pour les patients hospitalisés, mais aussi en sensibilisant les autres services aux problématiques addictives.

L'hospitalisation de jour en addictologie (HJA), quant à elle, permet d'élaborer des projets thérapeutiques personnalisés. C'est un lieu où l'on prend le temps d'évaluer, de comprendre les

parcours de vie et addictologiques des patients, tout en les impliquant activement dans leur traitement. Pour les patients qui nécessitent un accompagnement plus long, **les services de soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSRA)** leur offrent un cadre propice à la reconstruction et à la réhabilitation psychosociale vers le rétablissement, qu'elle soit physique, cognitive ou sociale.

4.1.4 Le secteur libéral

Le secteur libéral contribue également à la prise en charge des addictions. Les médecins généralistes formés en addictologie, les psychiatres et les psychologues sont souvent les premiers interlocuteurs des patients. En première ligne face aux signes de dépendance et dans le suivi, ils jouent un rôle déterminant dans le dépistage précoce et le suivi continu, orientant les patients vers des structures adaptées tout en assurant un accompagnement de proximité essentiel (65).

4.2 Prise en charge individualisée

La prise en charge en addictologie est globale. Chaque patient, dès son arrivée, bénéficie d'une évaluation approfondie. Il s'agit de prendre en compte la personne dans son intégralité : les éléments médico-psychologiques, son histoire, ses vulnérabilités, ses attentes. L'élaboration d'un projet de soin individualisé est au cœur de la prise en soins (66).

La médication vise principalement à gérer les aspects de la dépendance physique et le craving. Les traitements addictolytiques, en agissant notamment sur le circuit de la récompense, atténuent l'envie de consommer, permettant ainsi aux patients de se concentrer sur d'autres aspects de leur rétablissement, tels que la prise en charge psychologique et sociale (67).

L'accompagnement s'appuie également sur des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et d'autres approches adaptées à chacun. Il s'agit de traiter la dépendance mais aussi d'aider à la reconstruction de l'estime de soi et de redonner au patient la maîtrise de sa vie (43).

Le projet de soin addictologique est régulièrement réévalué, ajusté en fonction de l'évolution du patient et de ses objectifs atteignables, assurant ainsi une approche flexible et personnalisée. Ce suivi rigoureux, alliant thérapies comportementales et traitements médicamenteux, constitue une pierre angulaire de la réussite du processus de rétablissement.

4.3. Accompagnement psychosocial et prévention des rechutes

L'accompagnement psychosocial est un axe fondamental de la prise en charge en addictologie. Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'addiction ne concerne pas uniquement l'individu mais aussi sa famille, son travail, ses relations. Pour cela les travailleurs sociaux aident à reconstruire un réseau, à retrouver une stabilité financière et à réintégrer progressivement le monde du travail (68).

La prévention des rechutes est un enjeu central (6). Elle se base non seulement sur des stratégies thérapeutiques, mais aussi sur l'écoute du patient, sur son ressenti face aux obstacles qu'il rencontre (69). Ici, la rechute n'est pas vue comme un échec mais comme une étape du processus. Ce suivi s'adapte aux difficultés identifiées par le patient et l'aide à mieux les surmonter à chaque fois.

Des groupes de parole, des interventions en équipe pluridisciplinaire et un accompagnement social permettent de renforcer la résilience des patients. (70)

En fin de compte, l'offre de soins en addictologie, qu'elle soit libérale, hospitalière ou médico-sociale, vise avant tout à garantir un accès optimal aux structures adaptées, au bon moment, afin de répondre aux besoins spécifiques du patient tout au long de son parcours de soins. Néanmoins, malgré une offre de soins développée, plusieurs freins limitent l'accès des patients aux structures addictologiques.

4.4 La Filière d'addictologie à Poitiers

4.4.1 Présentation de la filière d'addictologie de Poitiers

La filière d'addictologie du Centre Hospitalier Henri Laborit est classée niveau 3, ce qui signifie qu'elle assure les soins de proximité, les sevrages complexes, la coordination des soins à destination des patients souffrant de TLUSP dans la région, l'enseignement et la recherche en addictologie (80). Elle se compose de 4 services :

- Le CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)
- L'Unité d'hospitalisation complète (Unité Calliope)
- L'Unité d'hospitalisation de jour (Unité Cézanne)
- L'équipe ELSA

L'hospitalisation de jour addictologie s'inscrit dans une offre de soins graduée ~~qui s'insère~~ entre l'hospitalisation complète et les consultations externes en addictologie (81). Elle s'adresse aux patients manifestant une dépendance ou des complications modérées à sévères. Elle permet l'évaluation pluridisciplinaire et l'élaboration de projets thérapeutiques individualisés intégré dans un accompagnement addictologique adapté, afin de renforcer le lien environnemental et familial.

4.4.2 Etat des lieux concernant l'absentéisme dans la filière d'addictologie de Poitiers

Lors des rapports d'activité du CSAPA de Poitiers et de la filière sanitaire en 2023, l'absentéisme initial a été mesuré et montre les résultats suivants :

Au CSAPA, lorsque les usagers contactent la structure pour demander une consultation, un rendez-vous leur est proposé dans un délai inférieur à 1 mois, le taux de présence à ce premier rendez-vous a été évalué à 69,1%, soit 30,1% d'absentéisme. Ainsi sur 2607 premiers rendez-vous d'une heure proposés, 785 heures de rendez-vous ne sont pas honorées.

Sur la filière sanitaire, lorsque les patients contactent la structure pour demander une hospitalisation, une consultation de préadmission leur est proposée dans les 14 jours après l'appel. Sur 720 consultations programmées (de 30 minutes) en 2023, 504 patients ont honoré leur rendez-vous soit 30% d'absentéisme, donc 108 heures de consultations non honorées.

Ensuite, 10% des patients à qui l'on a programmé une hospitalisation à la suite de la consultation de préadmissions ne se sont pas présentés pour l'hospitalisation.

5. Absentéisme dans les structures de soins addictologiques

5.1 Définition et Implication

Dans le contexte de l'addictologie, l'absentéisme ou les « rendez-vous non honorés », fait référence à la non-participation des patients aux consultations programmées avec les professionnels de santé, qu'il s'agisse de consultations médicales, de séances de thérapie ou de suivis réguliers. **L'observance**, souvent utilisée pour décrire la régularité avec laquelle un patient suit son traitement, peut être considérée comme synonyme **d'assiduité**. De même, **l'inobservance** est employée de manière interchangeable avec le terme **absentéisme**.

Dans la littérature un seuil de 80% est couramment utilisé pour définir une bonne ou une mauvaise observance thérapeutique. Il a en réalité été fixé pour la première fois par Sackett et al. en 1975 et basé sur la réponse de la pression artérielle systolique (71). Dans cette étude, les

chercheurs ont défini qu'un patient est considéré comme "observant" si son observance au traitement est de 80% ou plus. Ce seuil a été choisi parce que, selon une analyse de régression, c'est à partir de ce niveau d'observance du traitement hypertenseur que la pression artérielle diastolique des patients diminuait systématiquement. Depuis cette étude initiale, il est devenu une référence commune sans beaucoup plus de preuves pour soutenir son utilisation. Peu d'études ont été réalisées sur le sujet mais les résultats suggèrent que le seuil optimal d'observance peut varier selon la nature de la maladie, le traitement, les résultats et éventuellement les caractéristiques des patients (72, 73). Et bien que la littérature ne définisse pas un seuil d'absentéisme spécifique pour le suivi en addictologie, il est établi qu'être présent à moins de 80% des rendez-vous signifie manquer une portion significative du programme, ce qui compromet l'efficacité de la prise en soins.

L'absentéisme est un problème significatif car il réduit l'efficacité des interventions thérapeutiques, perturbe la continuité des soins et augmente le risque de rechute. En effet, selon McLellan et al. (2000), la dépendance aux drogues est une maladie chronique nécessitant une adhésion régulière au suivi pour obtenir des résultats positifs. De plus, Simpson (2004) a démontré que la continuité des soins est essentielle pour améliorer les résultats des traitements des troubles liés à l'usage de substances. La perte de contact régulier avec les professionnels de santé empêche la détection précoce des signes de rechute et la mise en place de mesures préventives pouvant augmenter des risques de complications médicales et psychiatriques (74). De plus, l'absentéisme contribue à une baisse de la rentabilité des résultats des services de santé, en raison de la perte de ressources qu'il entraîne, incluant le temps, les coûts liés au personnel et surtout l'allongement des délais, réduisant ainsi la capacité à prendre en charge d'autres patients (75).

L'une des grandes difficultés dans le traitement des TLUSP est en effet d'encourager les patients dans un suivi thérapeutique régulier. Les programmes de soins nécessitent une adhésion continue pour être efficaces, mais de nombreux patients abandonnent prématurément leur suivi. L'absentéisme est influencé par divers facteurs socio-économiques, logistiques et personnels (76).

Le maintien dans le suivi thérapeutique TLUSP en France rencontre plusieurs obstacles importants, comme en témoigne la stigmatisation sociale qui décourage souvent les individus à rechercher ou à maintenir une inscription pérenne dans soins (77). La tendance à minimiser la gravité du problème et la résistance à admettre la nécessité d'un accompagnement peuvent

mener à des interruptions dans le suivi thérapeutique. Les obstacles financiers, tels que le manque d'assurance adéquate, les coûts élevés des soins et les défis d'accès géographique aux services de soins, constituent également des barrières significatives. Enfin, les fluctuations de la motivation, les environnements sociaux ou familiaux défavorables et les résistances individuelles au traitement, sont autant de facteurs qui influencent la continuité du suivi thérapeutique des TLUSP (78).

Or, le suivi régulier est déterminant pour obtenir des résultats thérapeutiques positifs dans le traitement des TLUSP. Il permet de maintenir l'engagement des patients, de fournir un soutien continu, d'ajuster les traitements selon leurs besoins évolutifs et surtout de détecter précocement les signes de rechute et intervenir rapidement.

5.2 État Actuel de la Recherche

Les études sur l'absentéisme dans le suivi addictologique révèlent que ce phénomène est influencé par une multitude de facteurs biopsychosociaux. Sur le plan psychologique, Kelly et Daley (2013) ont montré que les co-morbidités psychiatriques, telles que la dépression et l'anxiété réduisent l'adhérence au suivi, tandis que Miller et Rollnick (2012) ont mis en évidence l'importance de la motivation intrinsèque et de l'auto-efficacité, notant que les patients ayant une faible confiance en leur capacité à réussir sont plus susceptibles de manquer leurs rendez-vous. Sur le plan social, le soutien familial et social joue un rôle déterminant. Cohen et Wills (1985) ont démontré que les patients bénéficiant d'un environnement de soutien sont plus engagés dans leur traitement, alors que Room (2005) a souligné que la stigmatisation et la discrimination découragent la poursuite du traitement. Weisner et al. (2001) ont identifié que les difficultés financières, l'instabilité du logement et les problèmes de transport constituent des barrières significatives à l'adhérence. Tandis que Sharp et Hamilton (2001) ont noté que l'accessibilité des services de santé, notamment en termes de distance géographique, influence l'absentéisme. En général, les études concluent que l'absentéisme est le résultat d'une interaction complexe de facteurs et qu'une approche intégrative est nécessaire pour le comprendre et le traiter efficacement (67).

Malgré les avancées significatives en addictologie, les recherches actuelles sur l'absentéisme dans le suivi des TLUSP présentent plusieurs lacunes. De nombreuses études utilisent des échantillons restreints et non représentatifs, limitant ainsi la généralisation des résultats. Cette limitation réduit la capacité à comprendre pleinement les divers facteurs influençant

l'absentéisme dans différentes populations. En outre, la majorité des recherches sont basées sur des études transversales, offrant une vue instantanée et limitée du problème. Il manque des données longitudinales permettant de suivre les patients sur le long terme et de comprendre les dynamiques évolutives de l'absentéisme. Les données spécifiques aux contextes locaux et aux particularités des différentes populations sont également insuffisantes, ce qui limite l'application des résultats à des contextes diversifiés. Par conséquent, il est essentiel de mener des études supplémentaires avec des échantillons diversifiés et plus étendus avec des approches longitudinales pour développer des interventions personnalisées adaptées aux besoins spécifiques des patients.

De plus, la majorité des études se concentrent sur des aspects isolés des facteurs biopsychosociaux, sans adopter d'approches multidimensionnelles. Les méthodologies varient considérablement, rendant difficile la comparaison des résultats et les résultats de la littérature actuelle tendent à montrer que la généralisation des interventions n'est sans doute pas possible. Dans ce cadre, se pose la question de la pertinence pour chaque structure hospitalière de s'intéresser aux particularités propres de son établissement pour mieux comprendre les facteurs d'absentéisme spécifiques à leur contexte et adapter les stratégies de suivi en conséquence. Les populations desservies par différentes institutions peuvent varier considérablement en termes de profil démographique, de prévalence des co-morbidités, de ressources socio-économiques et de soutien familial. Par conséquent, les facteurs d'absentéisme associés ne peuvent être uniformes sur tout le territoire. Les environnements sociaux et culturels influencent significativement les comportements de recherche de soins et d'adhérence, ce qui nécessite une adaptation locale des stratégies d'intervention (79).

6. Présentation de l'étude

6.1 Contexte de l'étude

"Vous ne pouvez pas traiter une chaise vide" (82).

En tant qu'interne en psychiatrie, j'ai pu constater, au cours de mes différents stages en service d'addictologie, un nombre élevé de rendez-vous non honorés par les patients, indépendamment de la ville ou du type de structure.

En effet, les services d'addictologie se heurtent fréquemment à un taux élevé de rendez-vous non honorés par les patients, à l'origine ou avec des répercussions organisationnelles

importantes. Cette situation a conduit à des réflexions sur les moyens de réduire ce phénomène et d'améliorer la continuité des soins.

Une étude récente financée par le Conseil de l'Ordre des Médecins du Nord (CDOM59) s'est intéressée aux impacts de ces rendez-vous non honorés en médecine de ville et à l'hôpital pour toutes les spécialités confondues (83). Le bilan de cette recherche conclut que l'absentéisme concernait 7,6 % des créneaux de consultation, entraînant une perte de deux heures hebdomadaires par médecin, soit 95 heures par an. D'après les chiffres de cette étude, éradiquer les « lapins » serait aussi efficace que demander à tous les médecins de France de rallonger leur temps de travail de 1h43 chaque semaine ou de supprimer chaque année 16,3 jours congés/fériés/week-end ou bien encore de repousser l'âge de la retraite de 2,4 ans.

Une étude menée au Royaume-Unis montre quant à elle, que le taux de rendez-vous manqués dans les établissements de prise en soins de la dépendance sont significativement plus élevés que dans les établissements de soins de santé généraux (84). En effet, les patients manquent environ 20 % des rendez-vous prévus pour un accompagnement en addictologie, soit près du double du taux retrouvé dans les autres spécialités médicales (82).

Ainsi, cela renforce ou conforte certaines représentations selon lesquelles les rendez-vous manqués dans les services d'addictologie seraient attribués à de l'oisiveté, de la nonchalance ou à un manque de volonté des patients à suivre les soins. Cette appréciation, en regard de son caractère non modifiable, peut faire croire à une évolution inexorablement péjorative de la mise en place des soins et ainsi une forme de fatalisme du corps soignant.

Néanmoins, nous avons vu que l'addiction prend naissance dans l'interaction complexe entre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Ainsi il est pertinent d'interroger les facteurs principaux d'absentéisme.

6.2 Objectif de l'étude

Nous avons évoqué la forte prévalence : des addictions, de leurs répercussions sur le plan individuel et sociétal et de l'absentéisme relativement peu étudiées dans la littérature scientifique.

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les facteurs biopsychosociaux corrélés à l'absentéisme des patients présentant un trouble de l'usage de substances psychoactives.

L'objectif secondaire est d'évaluer les raisons rapportées par les patients concernant leur absentéisme, afin de mieux comprendre les obstacles individuels.

L'ensemble de cette recherche explorera des stratégies visant à améliorer l'engagement des patients dans leur suivi thérapeutique, en prenant en compte les spécificités de la population de l'hôpital de jour d'addictologie de Poitiers.

6.3 Hypothèse de recherche

L'hypothèse principale de cette étude est qu'il existe des facteurs biopsychosociaux significativement corrélés à l'absentéisme des patients présentant un trouble de l'usage de substances psychoactives dans le cadre de leur suivi en addictologie.

II. MÉTHODE

1. Présentation de l'étude

Nous avons mené une étude observationnelle longitudinale prospective sur une période de 5 mois, du 1er mars 2024 au 31 juillet 2024, portant sur l'évaluation des facteurs biopsychosociaux associés à l'absentéisme des patients présentant un trouble de l'usage de substances psychoactives à l'hôpital de jour d'addictologie de Poitiers.

La méthodologie a reposé sur le recueil des données existantes dans les dossiers médicaux des patients de l'hôpital de jour d'addictologie de Poitiers et sur des questionnaires et tests standardisés réalisés dans la pratique courante. Ce processus est complété par une enquête téléphonique de routine visant à approfondir la compréhension des raisons d'absentéisme, permettant ainsi d'obtenir des données quantitatives et qualitatives pertinentes.

2. Population d'étude

La population cible était constituée de patients adultes (âge ≥ 18 ans) présentant un trouble de l'usage de substances psychoactives et susceptibles de pouvoir bénéficier d'un suivi en hôpital de jour d'addictologie.

Les critères d'inclusion exigeaient que les patients soient inscrits à un programme de soins à l'hôpital de jour d'addictologie pour être considérés dans l'étude.

Les critères de non-inclusion comprenaient l'absence d'admission à l'issue du premier entretien, en raison de conditions médicales ou psychiatriques sévères empêchant une participation régulière aux séances de suivi et le refus des patients d'intégrer un suivi à l'hôpital de jour d'addictologie ou de participer à l'étude.

Parmi les 160 patients ayant fixé un rendez-vous de préadmission, 81 ont été inclus dans l'étude et suivis pour les analyses.

3. Critères de jugements

Le critère principal de l'étude est d'évaluer l'impact des facteurs biopsychosociaux sur l'absentéisme des patients en hôpital de jour.

Le critère secondaire consiste à analyser les motifs d'absence déclarés lors des enquêtes téléphoniques pour comprendre les raisons sous-jacentes à cet absentéisme.

4. Procédures de collecte des données

4.1 Recueil et sources de données

Toutes les données ont été extraites depuis une même et unique base médico-administrative, soit le dossier médical des patients inclus dans l'étude à partir du logiciel informatique de gestion médicale « Cortexte ». Ces dossiers incluent des données démographiques (âge, date de naissance, sexe, adresse), des diagnostics codés selon la classification internationale des maladies (CIM-10), des antécédents médicaux, des informations sur leur situation socio-économique, professionnelle et judiciaire. Ces observations médicales et paramédicales contiennent aussi des éléments d'anamnèse tel que le niveau de soutien social perçu par le patient.

Des psychiatres formés en addictologie ont mené l'examen initial. Lors du premier entretien, ils ont recueilli et enregistré les informations d'anamnèse telles que les variables cliniques liées à la consommation de substances psychoactives. Au cours de ce rendez-vous, ils ont également déterminé la sévérité de la dépendance selon les critères du DSM-V et identifié les éventuelles comorbidités psychiatriques. À l'issue de cette rencontre, un programme d'activité thérapeutique est proposé. Initialement, il s'agit d'un programme sur 4 semaines comprenant 1 à 2 demi-journées d'activités thérapeutiques par semaine, en fonction du besoin et de la disponibilité du patient. À 1 mois, le programme de suivi est réévalué individuellement avec le médecin selon des critères d'assiduité, de participation et de pertinence de son contenu pour le patient. Le programme initial de 4 semaines peut ensuite être ajusté selon les besoins du patient pour s'étendre sur 8 à 12 semaines.

Lors de la prise en charge en hôpital de jour, les patients sont vus en groupe par le médecin lors de chaque nouvelle venue et individuellement au moins une fois par mois, ou davantage selon les besoins du patient.

Les motifs d'absence des patients ont été recueillis via des appels téléphoniques de routine effectués par l'équipe paramédicale et retranscrits dans une note clinique. Les motifs d'absence ont été classés en différentes catégories, telles que les problèmes de transport, les problèmes de santé, les empêchements personnels, l'anxiété liée au rendez-vous, l'intoxication à une substance psychoactive, l'oubli ou le désengagement des soins.

4.2 Évaluations Spécifiques

4.2.1 Précarité Sociale et Troubles Cognitifs

En pratique courante, l'évaluation des troubles cognitifs via le **test MoCA** et de la précarité sociale via le **questionnaire EPICES** (85) sont réalisés par l'équipe paramédicale lors de la deuxième venue du patient à l'hôpital de jour. Les soignants s'assurent que le patient est à distance d'une intoxication à une substance psychoactive au moment des tests en utilisant des outils de dépistage tels qu'un éthylotest pour vérifier l'absence d'alcoolémie et des tests salivaires pour détecter la présence d'autres substances psychoactives.

4.2.1.1 Score EPICES

Il s'agit de l'Évaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé (Annexe 2), avec un score continu de 0 à 100, identifiant le niveau de précarité afin de comprendre comment la précarité influence l'absentéisme. Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité selon EPICES.

Ce score permet de mesurer le caractère multidimensionnel de la précarité, en prenant en compte divers aspects tels que les conditions économiques, l'isolement social et les facteurs liés à l'habitat et à l'accès aux soins. Le score EPICES a été validé sur une large cohorte, démontrant sa fiabilité et sa robustesse en tant qu'indice de déprivation individuelle (86).

Nous avons catégorisé le score EPICES en une variable binaire (oui/non) selon qu'il dépasse ou non le seuil de 30. Cette classification permet d'identifier les patients en situation de précarité sociale et de comparer les proportions de patients précaires entre les groupes. Un test du chi-carré a été utilisé pour comparer les proportions de patients précaires dans les groupes observants et inobservants.

4.2.1.2 Score MoCA

Le Test MoCA (Annexe 3) évalue la présence et la sévérité des troubles cognitifs pour détecter principalement les déficits cognitifs légers à modérés. Le score maximum est de 30 ; un score de 26 et plus est considéré normal. Bruijnen et al. (2019) ont validé le test MoCA comme un outil de dépistage cognitif efficace dans les soins de santé pour les addictions. L'étude a montré que le MoCA a une bonne sensibilité et spécificité pour détecter les troubles cognitifs chez les patients avec un TLUSP (87).

Nous avons recherché à établir dans quelle mesure les troubles cognitifs peuvent affecter la capacité des patients à suivre un programme thérapeutique au long court.

Les résultats du MoCA ont été classés en catégories selon la sévérité des troubles cognitifs (léger, modéré, sévère). Les proportions des patients dans chaque catégorie ont été comparées entre les groupes à l'aide d'un test du chi-carré.

En conclusion, le test MoCA et les scores EPICES ont été choisis en raison de leur validité et fiabilité démontrées dans le contexte de l'addictologie. De plus, ces tests étaient déjà intégrés dans la pratique courante à l'hôpital de jour, ce qui a permis de ne pas imposer d'interventions supplémentaires aux patients, garantissant ainsi une démarche non intrusive.

4.2.2 Motifs de venue et modalité d'adressage

Nous nous sommes intéressés aux motifs de venue des patients selon qu'ils étaient dans une demande de suivi pour un maintien de l'abstinence, d'un accompagnement à la gestion des consommations ou d'une aide au sevrage.

Nous avons également relevé la modalité d'adressage (autonome, CSAPA, ELSA, etc.) afin de déterminer si l'origine de la demande d'accompagnement influençait l'assiduité des patients et leur engagement dans les soins.

4.3 Critères et méthode de suivi de l'absentéisme

Les programmes thérapeutiques en addictologie sont conçus de manière que chaque séance contribue à l'acquisition progressive de stratégies de coping et à la consolidation des connaissances du patient sur le fonctionnement de son trouble addictif. Ainsi, la participation régulière aux séances est essentielle pour garantir l'efficacité de ces programmes.

Dans cette étude, nous avons choisi de définir un seuil d'absentéisme à 20 %, un chiffre couramment utilisé dans la littérature. Un patient est donc considéré comme absentéiste s'il manque plus de 20 % de ses rendez-vous.

Pour évaluer ce taux d'absentéisme, nous avons recueilli le nombre de séances programmées et le nombre de séances manquées pour chaque patient inclus dans l'étude.

4.4 Retour dans les soins

Nous avons collecté parmi les patients inobservants, ceux qui ont pu bénéficier d'une réévaluation médicale à 4 semaines. L'objectif de cette réévaluation était de rediscuter le programme de soins et de déterminer la pertinence de la continuité des soins. Les résultats de ces réévaluations ont été classifiés en trois catégories :

1. Patients réévalués qui sont retournés dans les soins.

2. Patients réévalués qui ne sont pas retournés dans les soins.
3. Patients inobservants qui n'ont pas pu être réévalués, étant perdus de vue.

5. Justification du respect de l'éthique

Cette étude repose sur l'utilisation de données existantes issues des dossiers médicaux des patients fréquentant l'hôpital de jour d'addictologie de Poitiers, sur des questionnaires et tests standardisés réalisés en pratique courante associés à une enquête téléphonique de routine.

Les données collectées sont pseudonymisées et traitées de manière strictement confidentielle, conformément aux lois et réglementations en vigueur sur la protection des données personnelles. Seule l'équipe de recherche a accès à ces informations et aucune donnée personnelle ou sensible n'est divulguée à des tiers.

Les patients ne sont sollicités pour aucune information supplémentaire en dehors de celle recueillie dans le cadre de leur prise en charge habituelle. Aucun traitement expérimental ni manipulation de leur comportement n'est réalisé.

Cette méthode de collecte de données, non intrusive, a été choisie pour minimiser les contraintes pour les patients et garantir l'intégrité des informations recueillies. Les résultats visent à informer la pratique clinique et à améliorer l'accompagnement des personnes souffrant de troubles liés à l'usage de substances psychoactives, tout en respectant les valeurs éthiques fondamentales.

L'ensemble du processus de collecte, de stockage et d'utilisation des données est conforme aux lois sur la protection des données personnelles. Cette étude se veut inclusive, respectueuse de la dignité et des droits des patients, sans stigmatiser aucun groupe. Les patients sont inclus sur la base du volontariat, après avoir été informés et avoir exprimé leur non-opposition orale.

Une lettre de non-opposition à la participation à l'étude était remise aux patients lors de leur inclusion. (Annexe 1)

Le protocole de cette étude a été soumis au comité d'éthique.

6. Méthodes, préparations, traitements et analyses des données

Avant de procéder aux analyses de données, un travail préalable a été effectué sur la préparation et la mise en qualité des données. L'évaluation de la disponibilité et de l'exhaustivité des variables, y compris les données manquantes a été réalisée. Les valeurs manquantes et/ou aberrantes, ont également été analysées et documentées.

Toutes les analyses statistiques ont été effectuées au moyen du logiciel JAMOVI, version 2.2.5 ou ultérieure.

6.1 Analyses descriptives

Des statistiques descriptives ont d'abord été réalisées pour toutes les variables et des fréquences absolues et relatives (en pourcentages) ont été calculées.

6.2 Comparaison des groupes

Afin d'évaluer les différences entre les groupes de patients, toutes les variables ont été comparées à l'aide du test du chi-carré de Pearson.

6.3 Analyses multivariées de médiation

Une analyse multivariée de médiation a été réalisée afin d'examiner si l'effet de la distance entre le domicile des patients et le centre de soins sur l'inobservance était médié par l'attribution de prescriptions de transport. Cette analyse a été menée selon la méthode de Baron et Kenny, avec l'estimation des effets directs et indirects à travers des régressions successives. Les coefficients des relations entre les variables ont été calculés. Le test de Sobel a été utilisé pour tester la signification de l'effet indirect.

6.4 Interprétation des résultats

Tous les tests statistiques ont été considérés significatifs pour une valeur de $p < 0,05$.

III. RESULTATS

1. Introduction générale des résultats

Dans cette section, les résultats de notre étude seront présentés afin d'évaluer les facteurs biopsychosociaux associés à l'absentéisme des patients suivis en hôpital de jour d'addictologie de Poitiers. Les analyses seront conduites en examinant successivement chaque variable étudiée.

Pour chaque variable, une analyse descriptive sera d'abord réalisée, suivie d'une analyse comparative entre les patients observants et inobservants. Nous examinerons les caractéristiques démographiques, socio-économiques, cliniques et les évaluations spécifiques telles que le score EPICES et le test MoCA.

Par ailleurs, une analyse multivariée sera menée pour explorer l'interaction entre la distance du domicile au centre de soins et l'attribution des prescriptions de transport et leur impact sur l'inobservance.

Cette présentation permettra de mieux comprendre les facteurs influençant l'assiduité des patients et de proposer des pistes d'amélioration pour optimiser leur engagement dans les soins.

2. Inclusion des patients et parcours de soins

2.1 Diagramme de flux

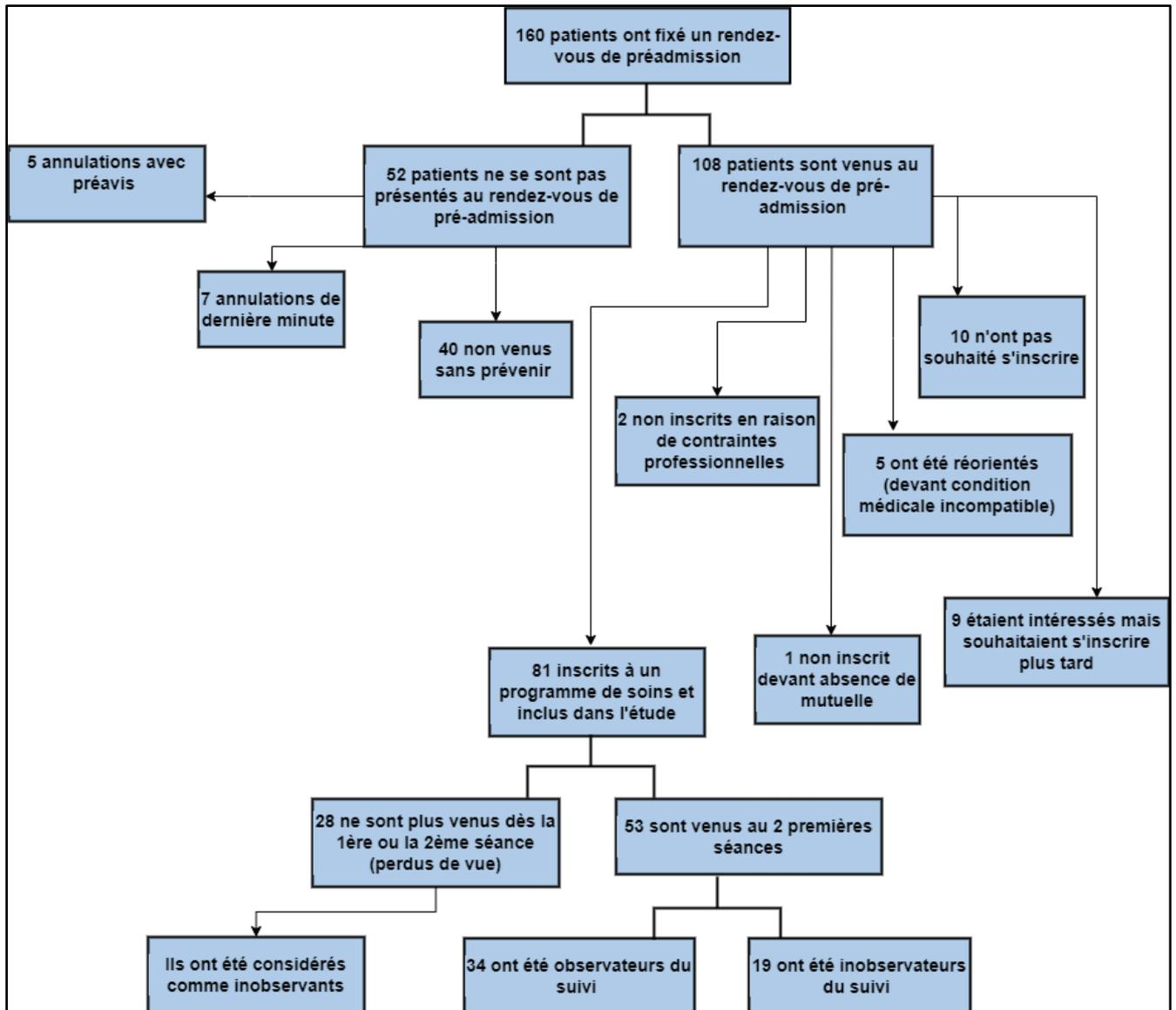


Figure 5 : Diagramme de flux du parcours des patients de la préadmission à l'inclusion

Le diagramme de flux (figure 5) montre le parcours des patients depuis la demande de rendez-vous initial pour une pré-admission jusqu'à leur inclusion dans le programme de soins ou leur abandon. Il met en évidence les étapes où les patients ont été les plus susceptibles de se désengager.

2.2 Analyse des points de déperdition

Cette analyse montre les étapes critiques tout au long du parcours de soin où les patients ont été les plus susceptibles de se désengager du programme.

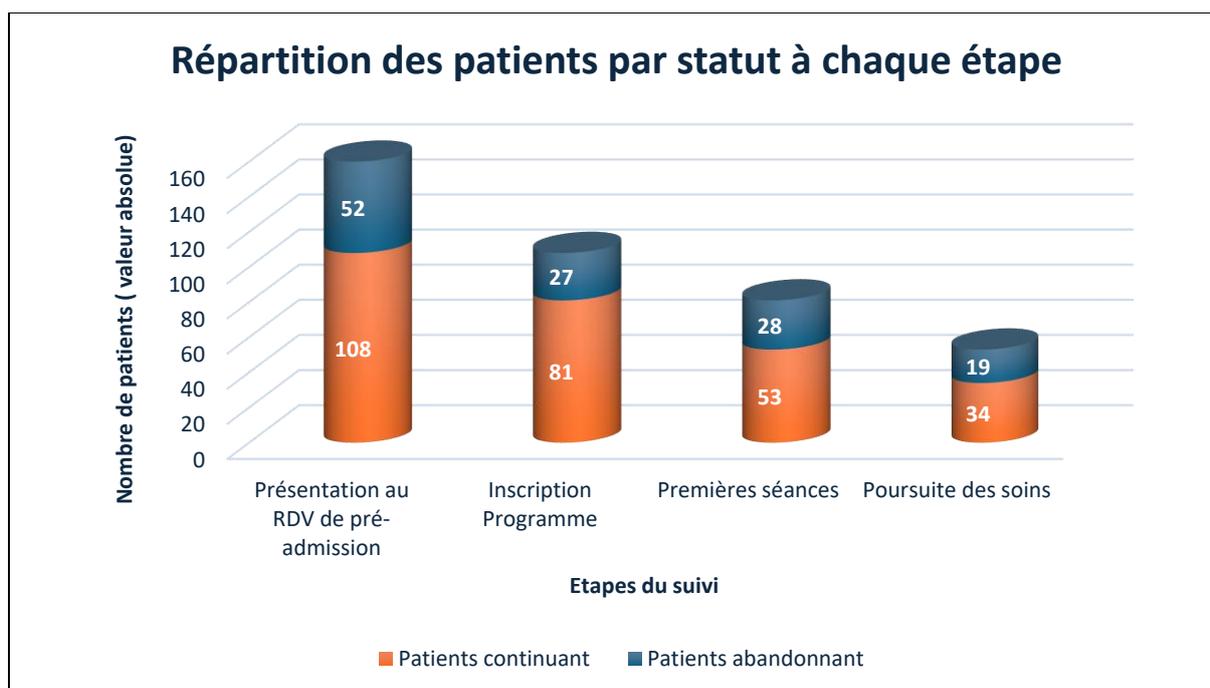


Figure 6 : Répartition des patients par statut à chaque étape en valeurs absolues (N=160)

La figure 6 permet d'identifier les étapes où le nombre total de patients abandonnant le suivi est le plus élevé. Par exemple :

- Rendez-vous de préadmission : cette étape est particulièrement critique en termes de nombre absolu, avec 52 patients qui ne se présentent pas, représentant une perte significative de l'échantillon initial dès le début du processus.
- Premières séances : Parmi les patients inscrits, 28 ont abandonné le programme avant même la première séance ou ne l'ont pas poursuivi après leur première venue à l'hôpital de jour.

3. Statistiques descriptives pour l'observance des patients

Tableau 3 : Distribution des patients selon leur observance (N=81)

Groupe	Valeur absolue	Pourcentage
Observants	34	41,9%
Inobservants	47	58,1%

Le tableau 3 présente la répartition des patients entre les groupes observants et inobservants dans l'échantillon étudié

Les résultats dans la population étudiée montrent que **près de 6 patients sur 10 (58,1 %) sont classés comme inobservants**.

Si l'on exclut les 28 patients qui ont été perdus de vue dès le début (dès la première ou la deuxième séance), il reste un échantillon de 53 patients parmi lesquels 19 sont devenus inobservants après avoir entamé le suivi (**35,8%**). En revanche, **64,2%** ont réussi à maintenir une observance après avoir entamé le suivi.

Pour mieux comprendre les raisons de ce phénomène, une répartition entre observants et inobservants a été réalisée pour analyser les relations entre l'observance et divers facteurs biopsychosociaux (caractéristiques démographiques, socio-économiques, cliniques, score EPICES et MoCA, etc.). Des analyses comparatives ont aussi été réalisées afin de mettre l'accent sur l'identification des associations significatives entre les variables étudiées.

4. Analyses par variable

Les résultats complets des analyses comparatives pour toutes les variables sont présentées dans le Tableau A1 en annexe.

4.1 Caractéristiques démographiques

4.1.1 Analyses pour le sexe biologique

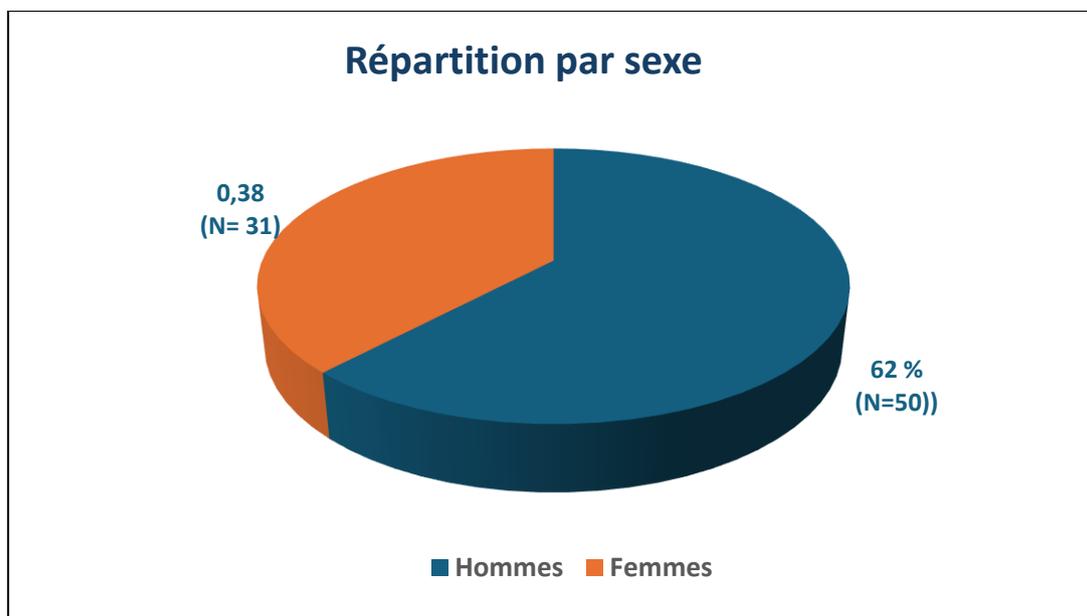


Figure 7 : Répartition des patients par sexe (N=81)

Les femmes représentaient une proportion plus élevée parmi les inobservants (46,8%) que parmi les observants (26,5%), mais cette tendance n'était pas statistiquement significative ($p = 0,063$).

4.1.2 Analyses pour les tranches d'âge

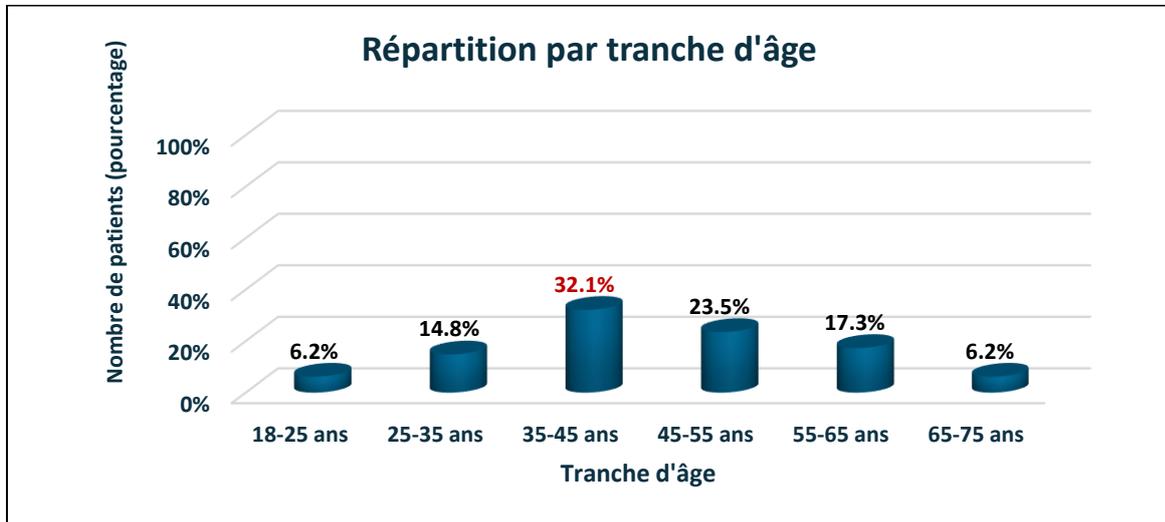


Figure 8 : Répartition des patients par tranche d'âge en pourcentages (N=81)

La moyenne d'âge est de **45,0 ans** (écart-type : $\pm 12,6$ ans).

Les distributions d'âge n'ont pas montré de différences significatives entre les groupes ($p = 0,195$). Cependant, les patients âgés de 45 à 55 ans étaient légèrement plus représentés parmi les inobservants (27,7% vs. 17,6%).

4.1.3 Analyses pour le statut marital

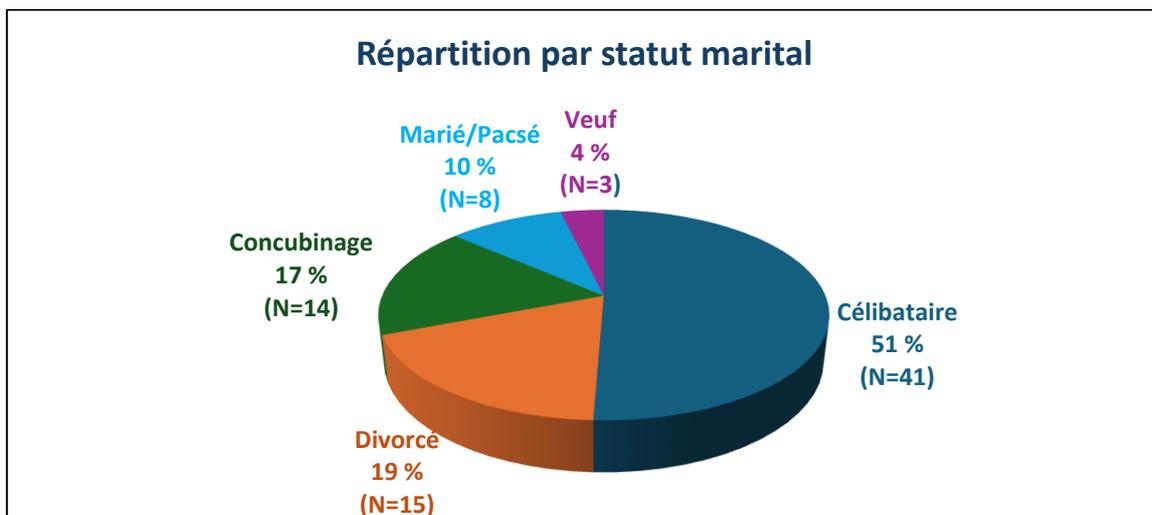


Figure 9 : Répartition des patients par statut marital en pourcentages (N=81)

Aucune différence significative n'a été observée concernant le statut marital des patients ($p = 0,377$). Les célibataires étaient les plus nombreux dans les deux groupes, avec une légère surreprésentation parmi les inobservants (57,4% vs. 41,2%).

4.2 Caractéristiques socio-économiques

4.2.1 Analyses pour le statut professionnel

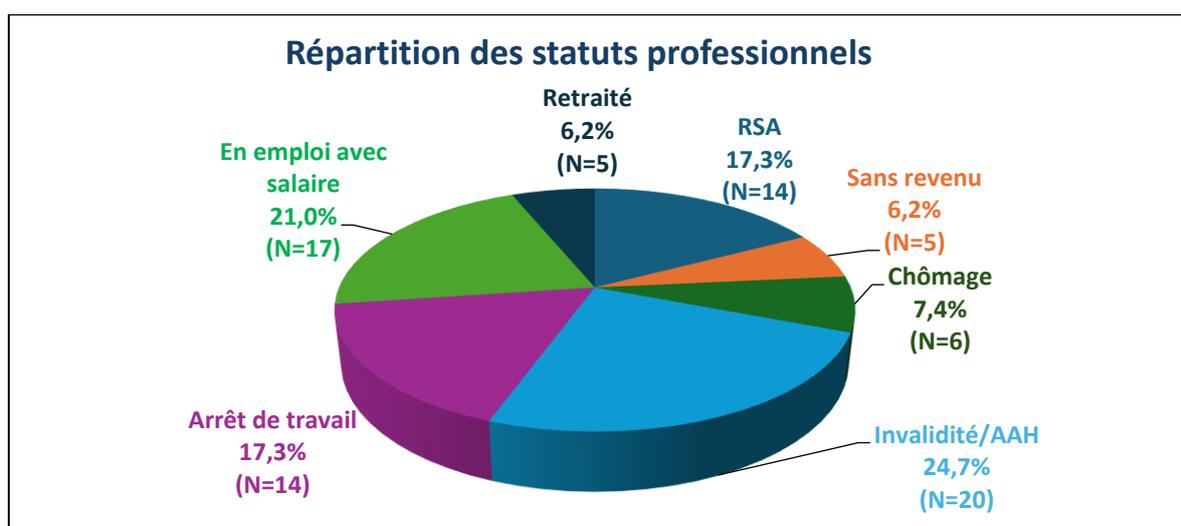


Figure 10 : Répartition des statuts professionnels dans la population étudiée en pourcentages (N=81)

Bien qu'il n'y ait **pas de différence significative ($p = 0,105$)**, les inobservants étaient sans emploi touchant plus souvent le RSA (23,4% vs. 8,8%) ou percevaient une allocation d'invalidité/AAH (31,9% vs. 14,7%).

4.2.2 Analyses pour le soutien social

Les résultats montrent que 80,2% (N=65) des patients perçoivent un soutien social, tandis que près d'**un patient sur cinq** (19,8%, N=16) affirmait n'en avoir aucun.

Le soutien social perçu par les patients était similaire dans les deux groupes, **sans différence significative ($p = 0,872$)**.

4.2.3 Analyses pour les antécédents judiciaires

Environ **un patient sur cinq** dans cette population (21 %, N=17) présentait des antécédents judiciaires, tandis que la grande majorité (79 %, N=64) n'en avait aucun.

L'analyse des types d'antécédents judiciaires montre que la majorité des patients avec des antécédents judiciaires ont eu des annulations de permis de conduire (N=11 soit 61,1%), suivies par des condamnations pour détention de stupéfiants avec suivi au service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) (N=4 soit 22,2%).

On note également que 5,6 % des antécédents étaient liés à des faits de violences conjugales (N=1) et dans 11 % des cas, le patient n'a pas souhaité en préciser la nature (N=2). Aucun n'était en obligation de soins au moment de l'étude.

Les antécédents judiciaires n'ont **pas montré de différence significative entre les groupes (p = 0,940)**.

4.3 Caractéristiques cliniques

4.3.1 Analyses pour les comorbidités psychiatriques

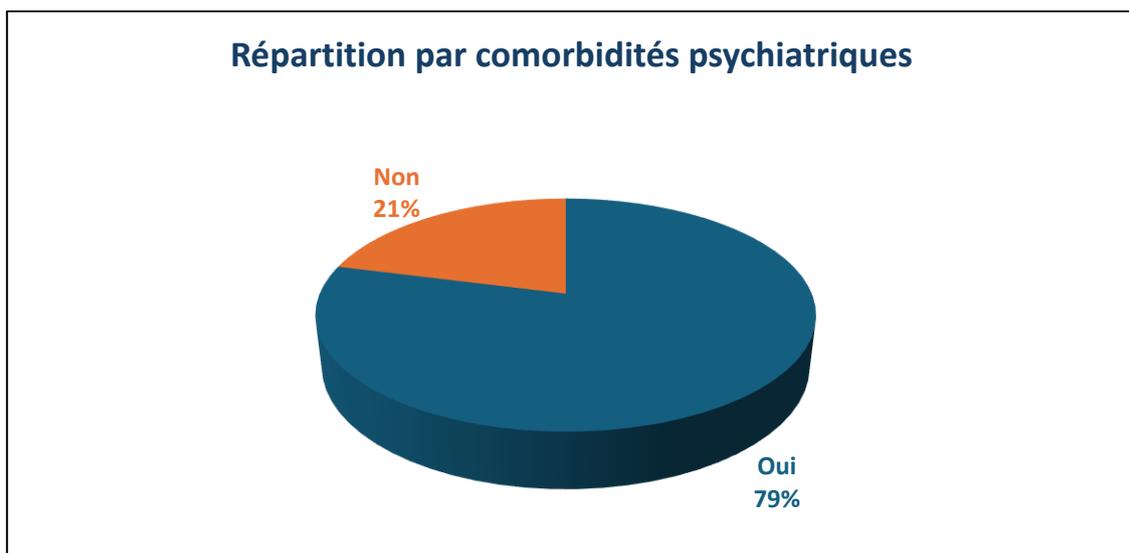


Figure 11 : : Répartition des comorbidités psychiatriques (N=81)

Concernant les variables cliniques, **4 patients sur 5 présentaient au moins une comorbidité psychiatrique** (N=64, soit 79%), tandis que **plus de la moitié d'entre eux avaient une comorbidité somatique associée** (N=45, soit 55,6%) (cf. figure 11).

Tableau 4 : Types de comorbidités psychiatriques de la population étudiée (N=81) (selon la CIM-10)

Comorbidités Psychiatriques	Valeur absolue	Pourcentage
Épisode Dépressif Caractérisé (EDC)	49	60,5%
Troubles Anxieux	18	22,2%
Troubles de la Personnalité :	6	7,4%
Troubles Bipolaires	4	4,9%
Troubles Psychotiques	2	2,5%
Déficit Intellectuel	1	1,2%
PTSD	1	1,2%
TDAH	1	1,2%
Troubles du Comportement Alimentaire (TCA)	1	1,2%

Le tableau 4 décrit la répartition des comorbidités psychiatriques de notre échantillon. Certains patients présentent plusieurs comorbidités psychiatriques, tandis que d'autres n'en ont aucune, ce qui explique que la somme des pourcentages soit inférieure à 100 %.

La présence de comorbidités psychiatriques était élevée dans les deux groupes, mais **sans différence significative (p = 0,303)**. Cependant, une proportion légèrement plus élevée d'inobservants (83,0%) avait une comorbidité psychiatrique par rapport aux observants (73,5%).

Bien qu'il n'y ait pas de différence significative (p = 0,192), les inobservants présentaient une proportion plus élevée de troubles de la personnalité (10,6% pour les inobservants vs. 2,9% observants). Aucun des troubles psychiatriques spécifiques (comme le trouble bipolaire, le trouble psychotique, etc.) n'a montré de différences significatives entre les groupes, bien que certains troubles comme le trouble anxieux aient montré une tendance non significative à être plus fréquents parmi les observants (p = 0,062).

4.3.2 Analyses pour les comorbidités somatiques

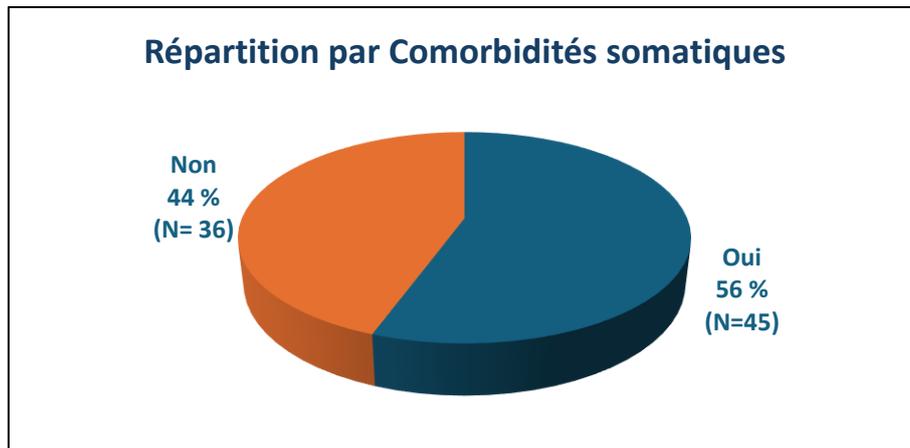


Figure 12 : Répartition des comorbidités somatiques (N=81)

La figure 12 illustre la présence des comorbidités somatiques dans notre population d'étude. Elles étaient présentes dans un peu plus de la moitié des cas (56%).

Tableau 5 : Types de comorbidités somatiques de la population étudiée (N=81)

Comorbidités Somatiques	Valeur absolue	Pourcentage
Système nerveux		
Neuropathies, Maladies neurologiques (Épilepsie, AVC)	13	16,0%
Système cardiovasculaire		
Maladies cardiovasculaires (HTA, Insuffisance cardiaque)	12	14,8%
Système respiratoire		
Maladie pulmonaire (Emphysème, BPCO, SAOS,)	8	9,9%
Système gastro-intestinal		
Maladies gastro-intestinales (Ulcères gastriques, Hépatite B, Cirrhose hépatique)	9	11,1%
Système musculo-squelettique et osseux		
Maladies musculo-squelettiques (Arthrite, Ostéoporose)	8	9,9%

Système endocrinien et métabolique		
Maladies métaboliques et endocriniennes (Obésité, Hypercholestérolémie, Diabète de type 1 ou 2, Hypothyroïdie, Hyperthyroïdie)	13	16,0%
Peau et tissu conjonctif		
Maladies dermatologiques (Psoriasis, Eczéma)	5	6,2%
Autres		
Cancers	2	2,5%
Maladies infectieuses (VIH/SIDA, Tuberculose)	1	1,2%

Le tableau 5 décrit la répartition des comorbidités somatiques de notre population d'étude. Certains patients présentent plusieurs comorbidités somatiques, tandis que d'autres n'en ont aucune, ce qui explique que la somme des pourcentages soit inférieure à 100 %.

Des comorbidités somatiques étaient fréquentes dans les deux groupes, **sans différence significative (p = 0,339)**. Aucun type de trouble somatique spécifique n'a montré d'association significative avec l'inobservance (les p-values étant toutes supérieures à 0,1).

4.4 Analyses selon le type d'addiction

Dans cette étude, bien que l'alcool soit scientifiquement classé comme une drogue, nous avons utilisé par simplification le terme 'drogue' pour désigner spécifiquement les substances stupéfiantes illégales. Cela inclut la cocaïne, les opiacés, le cannabis, la kétamine et autres psychostimulants. Ce choix repose sur des considérations liées aux différences de statut légal et aux spécificités de consommation. Contrairement aux stupéfiants, l'alcool est une substance légale avec une régulation spécifique, socialement accessible et des comportements de consommation différents des drogues illégales.

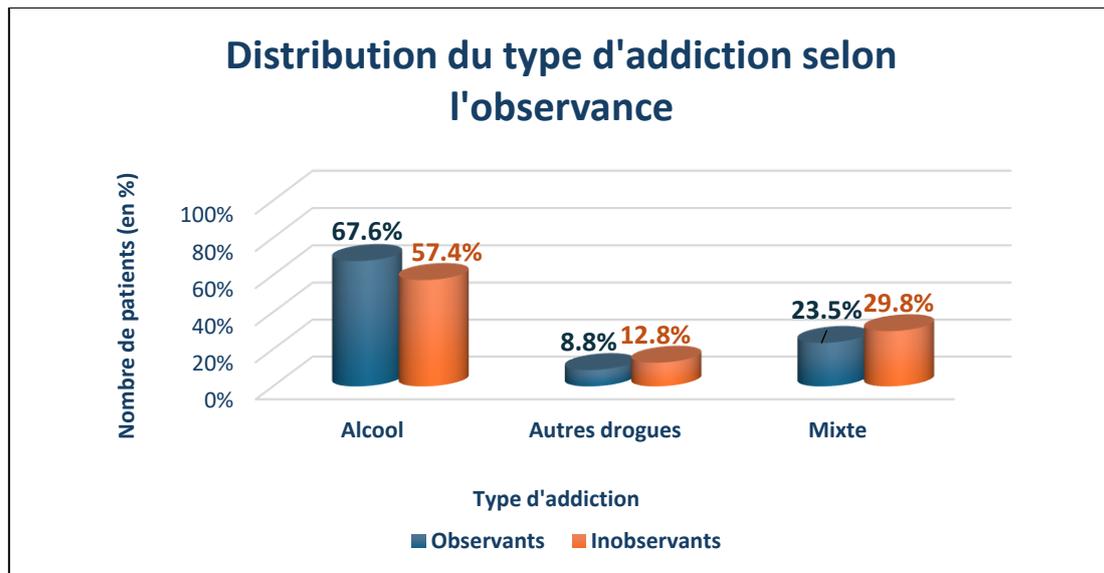


Figure 13 : Distribution du type d'addiction en fonction de l'observance des patients (N=81)

Ces résultats montrent une **légère tendance à une plus grande inobservance chez les patients ayant des addictions aux autres drogues ou mixtes.**

Le type d'addiction n'a pas montré de différence significative entre les groupes ($p = 0,640$).

4.5 Analyses selon la sévérité de l'addiction

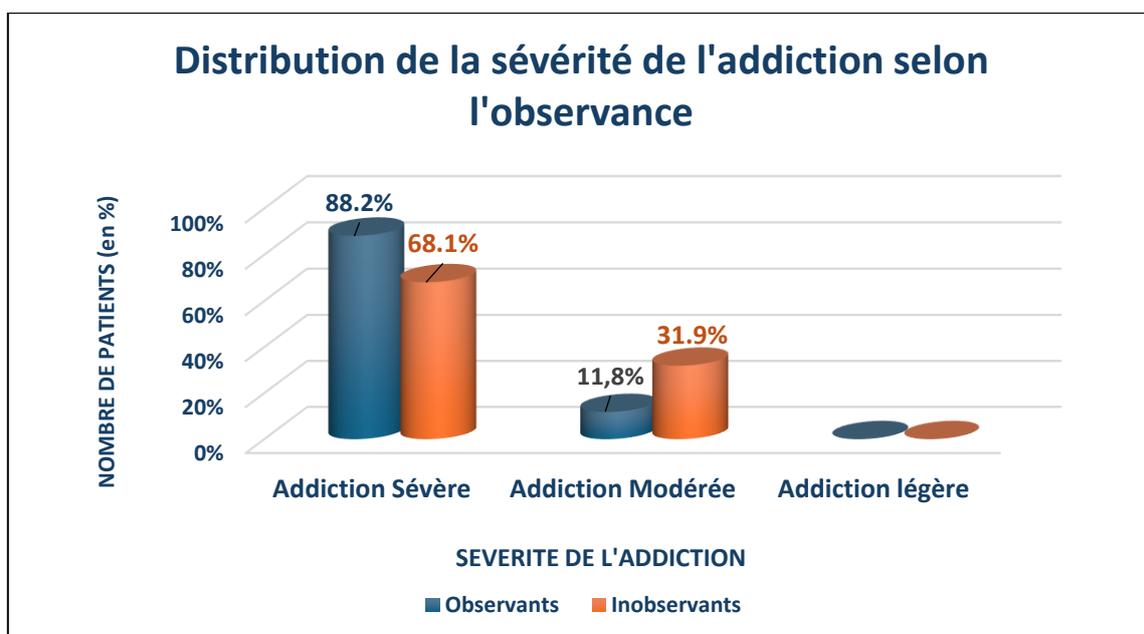


Figure 14 : Distribution de la sévérité de l'addiction en fonction de l'observance des patients (N=81) (selon le DSM-V)

Une différence significative a été observée en ce qui concerne la sévérité de l'addiction ($p = 0,035$). Les inobservants étaient moins susceptibles d'avoir une addiction sévère (68,1% vs. 88,2%).

4.6 Analyses pour la prescription médicale de transport

Les patients qui habitaient à moins de 10km ne recevaient pas de prescription médicale de transport, sauf s'il existait un handicap moteur ou cognitif invalidant qui compromettrait la venue en soins par leur propre moyens (conduite, transport en commun). Aucun patient de l'étude n'a été concerné par ce cas de figure.

La répartition des patients en fonction de l'utilisation des prescriptions de transport en fonction de l'observance est la suivante :

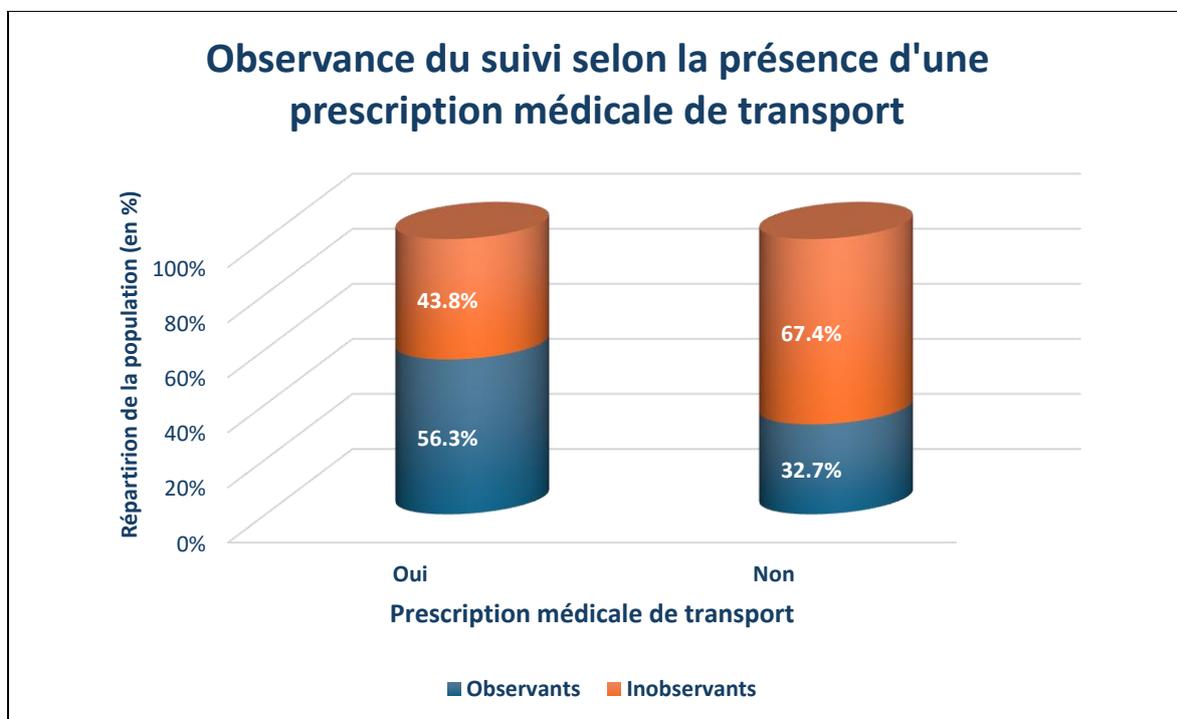


Figure 15 : Distribution des prescriptions médicales de transport en fonction de l'observance des patients (N=81)

Les patients sans prescription médicale de transport étaient **significativement plus susceptibles d'être inobservants** (70,2% vs. 47,1%, $p = 0,035$).

4.7 Analyses pour la distance entre le domicile et le centre de soins

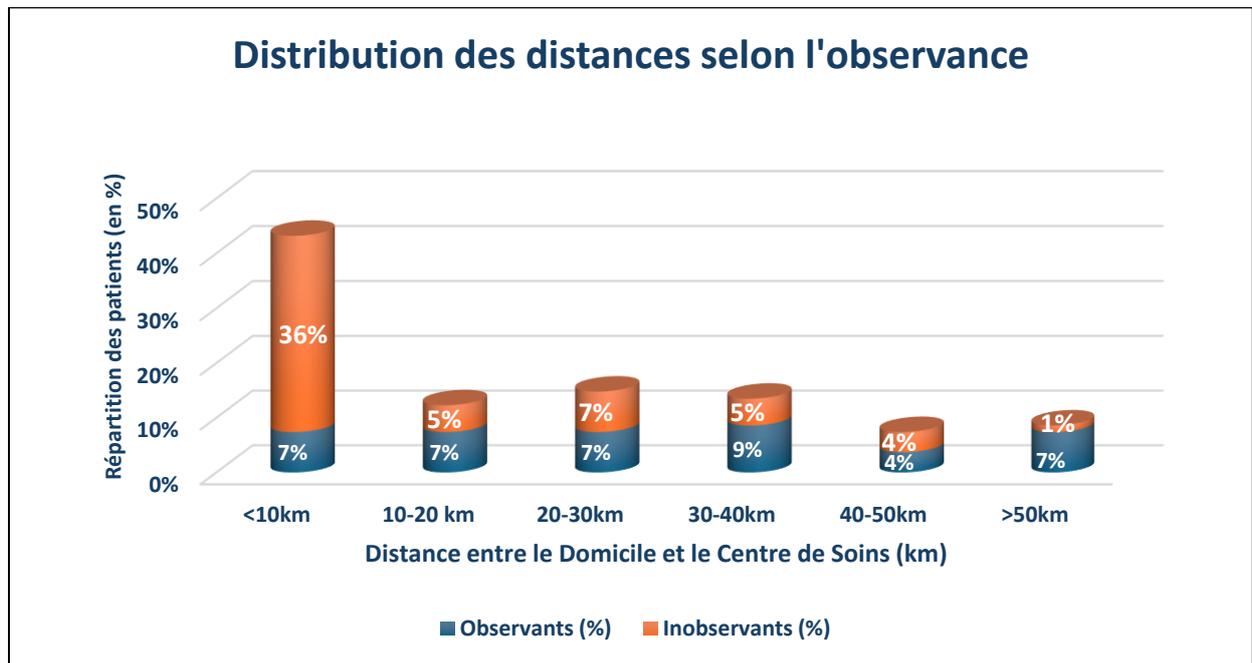


Figure 16 : Distribution des distances en fonction de l'observance des patients (N=81)

Les résultats montrent une **concentration significative d'inobservants parmi les patients vivant à moins de 10 km**, tandis que **les patients habitant à plus de 50 km sont majoritairement observants**. Les distances intermédiaires montrent une répartition plus équilibrée, bien que la proportion d'observants augmente légèrement avec la distance.

Une différence **significative** a été observée en ce qui concerne la distance entre le domicile et le centre de soins ($p = 0,003$). **Les patients inobservants étaient majoritairement localisés à moins de 10 km du centre de soins** (61,7% vs. 17,6% pour les observants).

4.8 Analyses pour les évaluations spécifiques

4.8.1 Analyses pour le score EPICES

L'analyse descriptive du score EPICES montre que **72,7 % des patients (N=40) présentent un indicateur de précarité sociale** (EPICES > 30), tandis que **27,3 % des patients (N=15) n'en présentent pas**. Ces résultats soulignent que plus de **7 patients sur 10** sont en situation de précarité sociale dans cet échantillon.

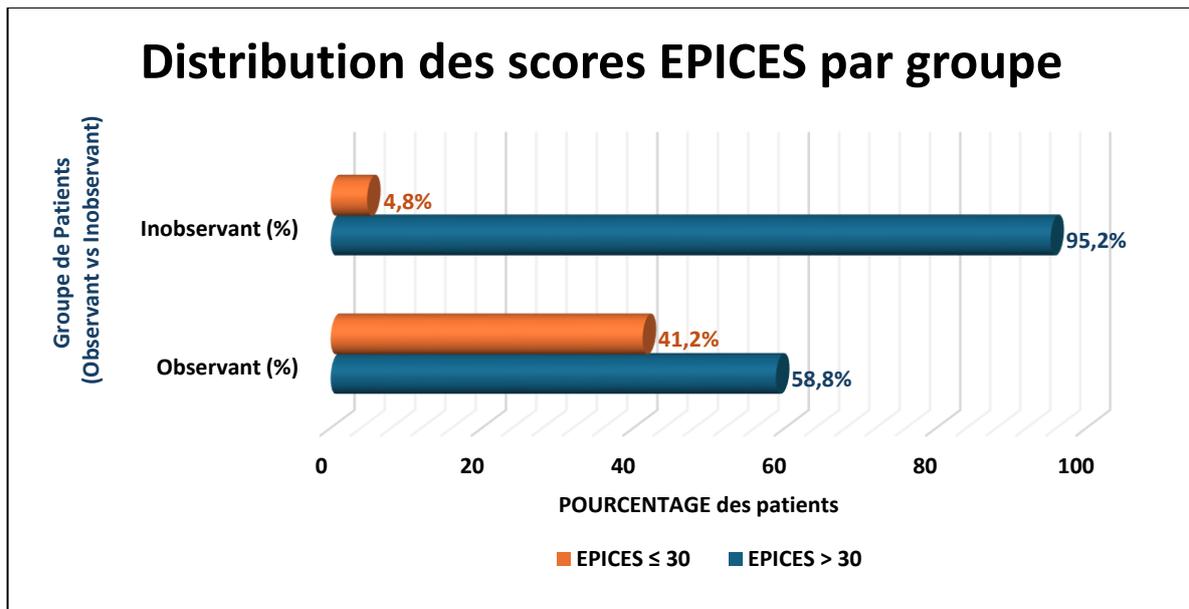


Figure 17 : Comparaison des scores EPICES entre patients observants et inobservants (N=55)

La majorité des patients inobservants (95.2%) se trouvent dans la catégorie de précarité (EPICES > 30), tandis que seuls 58.8% des patients observants se trouvent dans cette catégorie.

Tableau 6 : Analyse statistique des différences entre les groupes pour le score EPICES (N=55)

	Observants (N=34)	Inobservants (N=21)	Total (N=55)	p value
EPICES > 30				0.003
Le score EPICES ne dépasse pas 30	14.0 (41.2%)	1.0 (4.8%)	15.0 (27.3%)	
Le score EPICES dépasse 30	20.0 (58.8%)	20.0 (95.2%)	40.0 (72.7%)	

Le tableau 6 décrit la répartition des patients observants et inobservants en fonction de leur score EPICES (> 30), avec les valeurs p associées pour évaluer la significativité des différences entre les groupes.

Le test Chi-2 (**p = 0,003**) révèle qu'il y a une **association significative** entre le score EPICES élevé (> 30) et l'inobservance (p = 0.003).

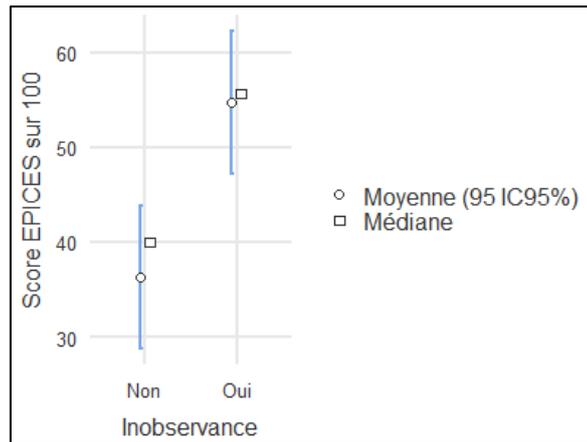


Figure 18 : Comparaison des scores de précarité sociale (EPICES) selon l'observance des patients (N=55).

Le graphique de la figure 18 indique que les inobservants ont des scores EPICES plus élevés, synonyme d'un niveau de précarité sociale plus élevé.

4.8.2 Analyses pour le test MoCA

Dans cet échantillon, 54,55% (N=30) ont obtenus un score MoCA normal (27-30), indiquant **une fonction cognitive préservée chez plus de la moitié de l'échantillon**. En revanche, une proportion notable, **43,64% (N=24), présentent une atteinte cognitive légère** (score MoCA de 18-26).

En ce qui concerne les atteintes cognitives modérées, un seul patient (1,82%) a un score MoCA compris entre 10 et 17, tandis qu'aucun des patients n'a un score indiquant une atteinte cognitive sévère (score < 10).

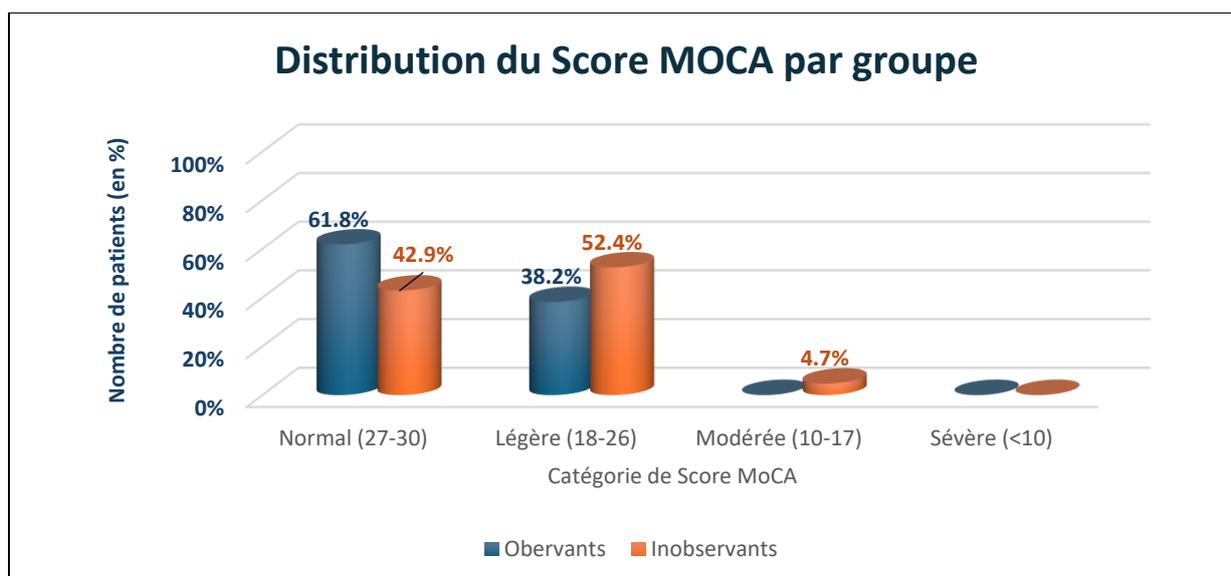


Figure 19 : Comparaison des scores MoCA entre patients observants et inobservants

Tableau 7 : Analyse statistique des différences entre les groupes pour le score MoCA (N=55)

	Observants (N=34)	Inobservants (N=21)	Total (N=55)	p value
Classification MoCA				0.392
Pas d'atteinte cognitive	21.0 (61.8%)	9.0 (42.9%)	30.0 (54.5%)	
Atteinte cognitive modéré	0.0 (0%)	1.0 (4.8%)	1.0 (1.8%)	
Atteinte cognitive légère	13.0 (38.2%)	11.0 (52.4%)	24.0 (43.6%)	

Le tableau 7 décrit la répartition des patients observants et inobservants en fonction de leur classification MoCA (normal, modéré, léger) avec les valeurs p associées pour évaluer la significativité des différences entre les groupes.

Le test Chi-2 a révélé un p-value de 0,392 pour la classification des scores MoCA, indiquant qu'il n'y a **pas de différence statistiquement significative dans la distribution des niveaux de déficience cognitive** (normal, léger, modéré) entre les groupes observants et inobservants. En d'autres termes, la classification des scores MoCA ne semble pas influencer de manière significative l'observance des patients dans cette étude.

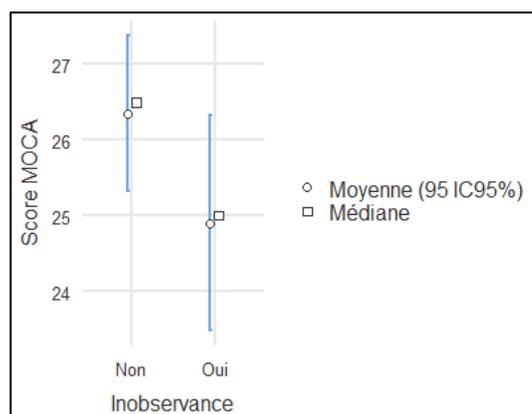


Figure 20 : Comparaison des scores cognitifs (MoCA) selon l'observance des patients (N=55).

Le graphique de la figure 20 montre que **les patients inobservants ont des scores MoCA légèrement inférieurs à ceux des observants.**

4.9 Analyses pour le motif de venue

L'analyse des motifs de venue (sevrage, gestion, maintien) entre les groupes observants et inobservants, avec un p-value de 0,869 au test du chi-carré, montre qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre ces deux groupes. Cela indique que la répartition des motifs de venue est similaire pour les patients observants et inobservants.

La grande majorité, soit 70,4 % des patients (N=57) viennent pour un accompagnement au maintien de l'abstinence, suivis de la gestion des consommations (19,8 %, N=16) et d'une aide au sevrage (9,9 %, N=8).

Tableau 8 : Distribution des motifs de venue selon l'observance des patients (N=81)

Motif de venue	Observants (N=34)	Inobservants (N=47)	Total (N=81)
Sevrage	3 (8,82%)	5 (10,64%)	8 (9,88%)
Gestion	6 (17,65%)	10 (21,28%)	16 (19,75%)
Maintien	25 (73,53%)	32 (68,09%)	57 (70,37%)

Le tableau 9 compare la répartition des motifs de venue (sevrage, gestion, maintien) entre les patients observants et inobservants.

L'analyse des motifs de venue (sevrage, gestion, maintien) entre les groupes observants et inobservants, avec un p-value de 0,869 au test du chi-carré, montre qu'il n'y a **pas de différence statistiquement significative** entre ces deux groupes. Cela indique que le motif de venue n'impacte pas significativement l'observance des patients.

4.10 Analyses pour les modalités d'adressage

Tableau 9 : Répartition des patients selon les modalités d'adressage et l'observance (N=81)

Modalité d'adressage	Observants (N=34)	Inobservants (N=47)	Total (N=81)
Autonome	2 (5,88%)	5 (10,64%)	7 (8,64%)
CSAPA	11 (32,35%)	12 (25,53%)	23 (28,40%)
ELSA	2 (5,88%)	3 (6,38%)	5 (6,17%)
Post-cure	4 (11,76%)	1 (2,13%)	5 (6,17%)
Calliope	15 (44,12%)	22 (46,81%)	37 (45,68%)
Service d'hospitalisation en psychiatrie	0 (0%)	3 (6,38%)	3 (3,70%)
CMP	0 (0%)	1 (2,13%)	1 (1,23%)

Le tableau 10 compare les modalités d'adressage des patients entre les groupes observants et inobservants.

Le test du chi-carré pour les modalités d'adressage montre un p-value de 0,345, indiquant qu'il n'y a **pas de différence statistiquement significative** entre les groupes observants et inobservants. Cela suggère que l'observance des patients n'est pas influencée de manière significative par le type d'adressage.

5. Motifs d'absence

Pour cette étude, nous avons analysé 113 appels faisant suite à la non-présentation en soins des patients afin d'identifier les motifs d'absence les plus fréquents et d'en dégager des tendances.

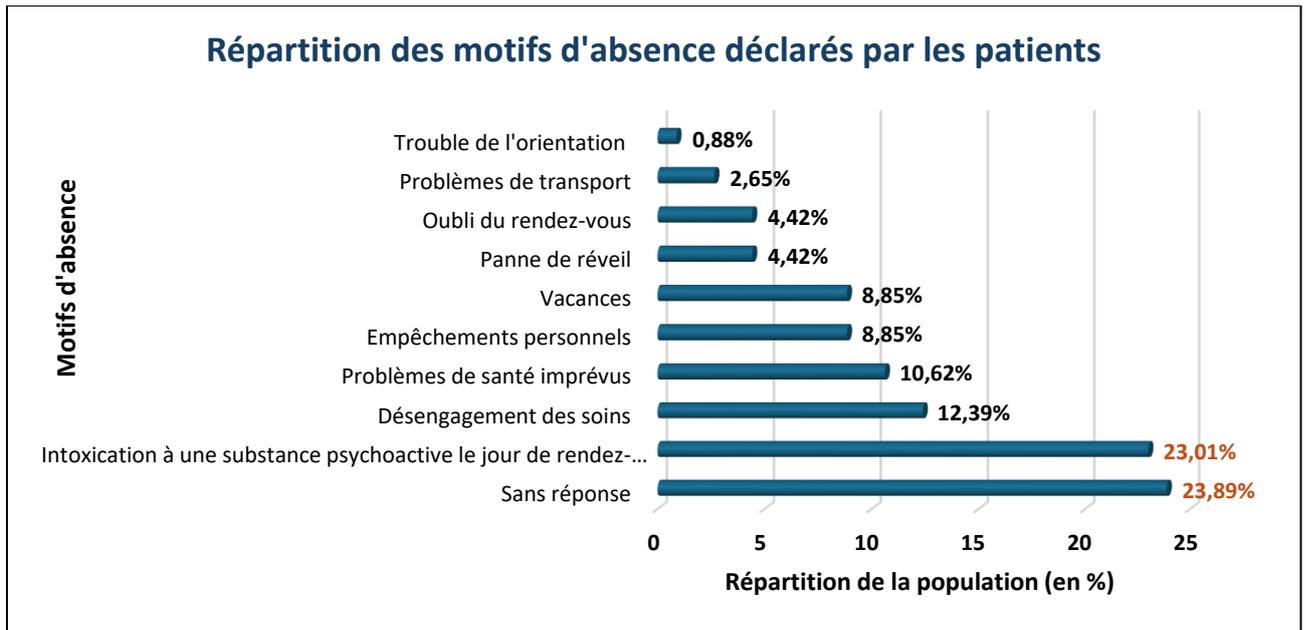


Figure 21 : Répartition des motifs d'absence invoqués par les patients (N=113)

Après avoir décrit et comparé les caractéristiques de la population étudiée et les motifs d'absences déclarés par les patients, il est essentiel d'examiner s'il existe des relations de médiations entre certaines variables pour mieux comprendre les interactions sous-jacentes.

6. Retour dans les soins

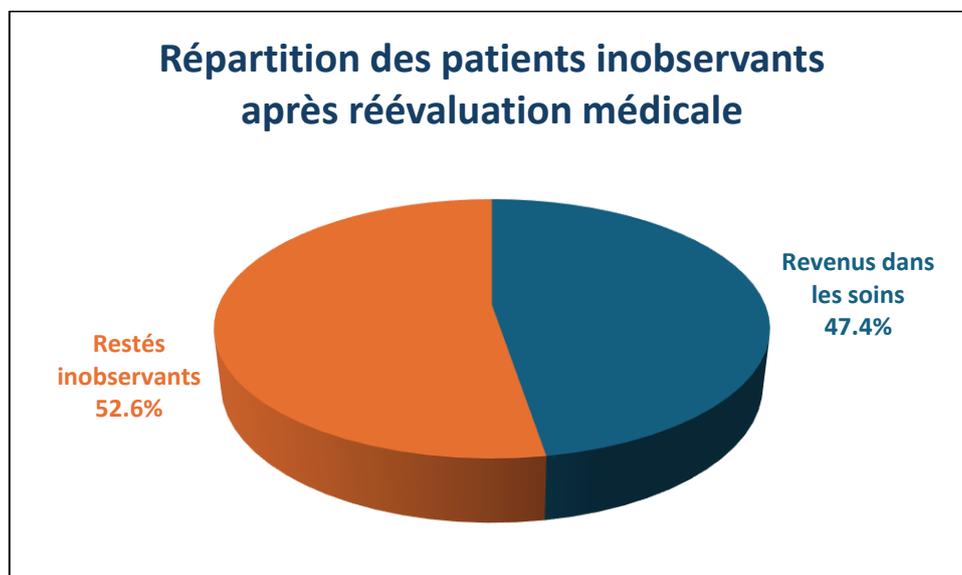


Figure 22 : Répartition des patients inobservants après réévaluation médicale en fonction de leur retour dans les soins (N=19)

Parmi les 47 patients inobservants, **59,6% (N=28)** ont été perdus de vue dès la première séance. Les **19 autres patients inobservants** ont bénéficié d'une réévaluation médicale (cf. figure 22).

À l'issue de cette réévaluation, **47,4% des patients** (N=9) sont revenus dans les soins et ont maintenu le suivi, tandis que **52,6%** (N=10) sont restés inobservants.

7. Analyse multivariée de médiation : impact de la distance et des prescriptions médicales de transport sur l'inobservance

Cette analyse exploratoire a pour objectif de déterminer si l'effet de la distance entre le domicile des patients et le centre de soins sur l'inobservance est médié par l'attribution de prescriptions de transport. Toutefois, étant donné la taille réduite de l'échantillon, il est important de noter que les résultats observés ne peuvent pas être interprétés comme significatifs sur le plan statistique, mais plutôt comme des **tendances** indicatives.

Tableau 10 : Résultats de l'analyse multivariée de médiation : effets directs et indirects de la distance et des prescriptions de transport sur l'inobservance

Relation	Coefficient	Erreur standard	P-valeur
Distance -> Prescription de transport	0.8796	0.195	<0.001
Prescription de transport -> Inobservance	-0.9752	0.469	0.038
Distance -> Inobservance (effet total)	-0.5445	0.156	<0.001
Effet indirect (Distance -> Prescription de transport -> Inobservance)	-0.858	N/A*	N/A*
Effet direct (Distance -> Inobservance)	0.313	N/A*	N/A*

*N/A (Non applicable) car ces valeurs ne sont pas directement estimées pour les effets indirects et directs dans cette analyse.

Le tableau 11 présente les effets directs et indirects de la distance et des prescriptions de transport sur l'inobservance, issus de l'analyse multivariée de médiation.

7.1 Effet de la distance sur la prescription médicale de transport

L'analyse révèle que la distance a un effet significatif sur l'attribution des prescriptions de transport. Le coefficient de 0.8796 ($p < 0.001$) montre que plus les patients habitent loin du centre de soins, plus ils sont susceptibles de recevoir une prescription de transport. Cela indique une tendance selon laquelle la distance pourrait être un facteur influençant la décision d'attribuer des prescriptions de transport.

7.2 Effet des prescriptions médicales de transport sur l'inobservance

Les résultats indiquent que l'attribution d'une prescription de transport a un effet significatif sur l'inobservance. Le coefficient de -0.9752 ($p = 0.038$) suggère que les patients bénéficiant de prescriptions de transport sont davantage observants que ceux qui n'en reçoivent pas. Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec prudence en raison de la taille insuffisante de l'échantillon.

7.3 Effet total de la distance sur l'inobservance

L'effet total de la distance sur l'inobservance présente un coefficient de -0.5445 ($p < 0.001$), indiquant une **tendance** où les patients vivants plus loin du centre de soins seraient plus observants.

7.4 Effet indirect et direct

L'effet indirect (via la médiation des prescriptions de transport) est estimé à -0.858, suggérant que l'attribution des prescriptions de transport pourrait expliquer une grande partie de l'effet de la distance sur l'observance. Un effet direct de la distance sur l'inobservance est également observé avec un coefficient de 0.313, ce qui indique que, **indépendamment des prescriptions, la distance pourrait augmenter l'inobservance**. Ces résultats doivent être interprétés comme des **tendances**.

En conclusion, le fait de recevoir une prescription médicale de transport semble avoir un impact plus fort sur l'amélioration de l'observance que la distance elle-même. En d'autres termes, **l'observance serait principalement influencée par la présence d'une prescription de transport**. Néanmoins, la **significativité statistique** ne peut être pleinement validée dans cette analyse exploratoire.

IV. DISCUSSION

1. Introduction et résumé des principaux résultats

Cette étude visait à explorer les facteurs biopsychosociaux influençant l'absentéisme des patients suivis à l'hôpital de jour de Poitiers pour un trouble lié à l'usage de substances psychoactives. L'hypothèse principale de cette étude était qu'il existait des facteurs biopsychosociaux qui influencent significativement l'observance des patients dans leur suivi addictologique.

Les résultats de notre analyse confirment en partie cette hypothèse. Plusieurs facteurs se sont révélés significatifs dans l'explication de l'absentéisme, tandis que d'autres variables n'ont pas montré d'influence marquée.

1.1 Taux d'inobservance

L'étude a révélé un taux élevé d'inobservance parmi les patients suivis pour des troubles liés à l'usage de substances psychoactives, avec 58,1 % des patients classés comme inobservants.

1.2 Précarité sociale (Score EPICES)

Le score EPICES a montré une association significative avec l'inobservance. Plus de 95 % des patients inobservants avaient un score EPICES supérieur à 30, indicateur de précarité sociale.

1.3 Sévérité de l'addiction

La sévérité de l'addiction a montré une relation significative avec l'observance. Les patients ayant une addiction sévère étaient plus susceptibles de rester dans le programme de soins, tandis que ceux avec une addiction modérée présentaient une plus grande probabilité d'inobservance.

Après avoir présenté les principaux résultats de l'étude, il est essentiel d'analyser en détail chacun des facteurs identifiés et leur impact sur l'observance, en les replaçant dans le contexte de la littérature et en discutant de leurs implications cliniques.

2. Taux d'absentéisme

Près de 6 patients sur 10 de notre échantillon étaient classés comme inobservants du suivi, ce qui indique une difficulté majeure pour maintenir l'adhésion au suivi dans le cadre des soins addictologiques.

L'étude de Molfenter (2013) sur les rendez-vous manqués dans le traitement des troubles liés à l'usage de substances retrouvait un taux d'inobservance d'environ 20 %, ce qui est environ deux fois supérieur aux taux observés dans d'autres spécialités médicales (82). Dans une étude de 2022, les taux d'inobservance dans les programmes de traitement des troubles liés à l'usage de substances variaient entre 12 % et 19 %, en fonction des interventions et rappels utilisés pour les patients. Le taux d'abandon du suivi pouvait atteindre 30 % au bout de 30 jours, notamment dans les programmes ambulatoires (88).

Une autre étude américaine menée en 2014 sur les centres de soins en addictologie révèle que 30 % des patients en début de programme, abandonnent dans les 30 jours suivant le début du suivi. Un taux additionnel de 11 % à 14 % des patients quittent les soins après ces 30 jours (89).

Dans leurs travaux sur les services spécialisés en addictologie, Beynon et ses collaborateurs (2008) ont constaté que 31 % des patients abandonnaient prématurément (90).

Les résultats de notre étude sont plus élevés, toutefois ils relèvent la même problématique d'adhésions. Ils soulignent des facteurs spécifiques à la population étudiée tels que : la précarité sociale marquée, les comorbidités psychiatriques et les obstacles logistiques, qui seront détaillés dans cette discussion.

3. Interprétation des résultats des facteurs biopsychosociaux influençant l'observance

3.1 Observance et précarité sociale

La précarité sociale évaluée par le score EPICES s'est avérée être un facteur déterminant de l'inobservance dans notre population. Ces résultats sont cohérents avec de nombreuses études pointant le lien entre les patients en situation de précarité et la vulnérabilité à l'abandon des soins.

En effet, dans l'étude de Gatier (2022), les patients socialement précaires, notamment ceux bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), étaient davantage absents à leurs rendez-vous médicaux. Sur l'échantillon étudié, 64 % des patients absents étaient bénéficiaires de la CSS (91).

Dans un autre travail de recherche de Firth et al. de 2022, le taux de décrochage du suivi était environ deux fois plus élevé chez les personnes vivant dans des conditions de précarité socio-économique par rapport à celles de milieux plus favorisés (92).

Pour Beynon et al. en 2008, les patients venant de milieux défavorisés étaient plus susceptibles d'abandonner, avec un risque accru d'environ 1,5 (90).

Néanmoins, le taux de 95 % de patients inobservants ayant un score EPICES supérieur à 30 dans nos résultats est remarquablement élevé. Il est important de noter que près de quatre cinquièmes de notre population était sans emploi, ce qui reflète un niveau de vulnérabilité sociale significative. L'absence d'activité professionnelle, souvent associée à la précarité, pourrait expliquer en partie ce nombre élevé d'inobservants ayant un indicateur de précarité élevé.

Les personnes en situation de précarité peuvent souffrir d'un isolement social, ce qui les prive de rappels, de soutien, ou d'aide pour maintenir une routine structurée. De plus, selon la théorie de la hiérarchie des besoins de Maslow (93), les individus doivent d'abord satisfaire leurs besoins les plus fondamentaux avant de pouvoir se concentrer sur des besoins plus élevés comme les soins de santé. Dans le cas des patients précaires, les besoins physiologiques (nourriture, logement) et de sécurité ne sont souvent pas assurés. Par conséquent, l'accès aux soins, qui peut être perçu comme un besoin supérieur, est relégué au second plan. Leur attention est focalisée sur des préoccupations immédiates et la perception de l'urgence des soins de santé peut être affaiblie, comme l'illustre la pyramide de Maslow. La perte de la notion du temps aussi peut constituer un facteur explicatif. Lorsque chaque jour est une lutte pour gérer les besoins de base, les patients peuvent perdre le suivi des dates et des rendez-vous médicaux.

3.2 Observance et sévérité des addictions

La sévérité de l'addiction dans notre étude est significativement liée à l'observance. Les patients avec une addiction sévère étaient davantage observants que ceux ayant addiction modérée.

Les résultats pour notre échantillon ne sont pas en accord avec les études antérieures qui montrent au contraire que les patients avec une addiction sévère étaient moins susceptibles de rester engagés dans les soins (94, 95). Intuitivement, nous nous attendions à obtenir des résultats similaires à ceux de la littérature. En effet, les personnes ayant des addictions sévères rencontrent souvent des difficultés à maintenir une routine structurée, nécessaire à l'observance des soins. Aussi, la consommation active de substances pourrait interférer avec leur capacité à respecter les rendez-vous et les consignes thérapeutiques. De plus, les patients avec des addictions sévères souffrent souvent de symptômes plus graves et de situations de vie chaotiques (problèmes financiers, manque de logement stable), ce qui complique leur adhésion aux soins.

Une hypothèse pour expliquer cette différence serait l'accumulation et la gravité de répercussions négatives chez les patients qui présentent une addiction sévère. Des facteurs

extrinsèques, tels que des problèmes de santé, des pressions judiciaires ou des difficultés sociales, pourrait également jouer un rôle dans leur engagement thérapeutique. Cette pression externe pourrait expliquer pourquoi ces patients sont plus enclins à respecter leur suivi.

Une seconde hypothèse à considérer serait l'expérience accumulée. Les patients souffrant d'un trouble addictif sévère, ayant déjà suivi plusieurs parcours de soins, pourraient être plus habitués aux programmes thérapeutiques. Cela pourrait réduire l'anxiété et augmenter leur engagement dans le suivi thérapeutique. Ils savent peut-être qu'ils peuvent y trouver des liens sociaux et du soutien, ce qui renforce leur motivation à rester engagés dans le suivi. Cette familiarité accrue avec les structures de soins pourrait expliquer leur meilleure observance.

Cependant, il est également possible que certains patients aient développé un trouble sévère dès le départ, sans nécessairement avoir participé à des programmes de soins antérieurs.

Cela nous amène à nous questionner sur le lien entre certains facteurs comme l'insight, l'expérience antérieure des soins, le nombre de rechute passées et l'observance. Il serait intéressant d'explorer si un historique de rechutes multiples peut motiver certains patients à mieux s'engager dans leur traitement, en raison de la conscience accrue des risques liés à l'arrêt du suivi. À l'inverse, il est également possible que les rechutes répétées ou les réintégrations itératives dans un circuit de soins conduisent à une usure psychologique ou à une perte de motivation, réduisant ainsi l'engagement à long terme. Ces pistes méritent d'être approfondies dans des études futures afin de mieux comprendre les facteurs influençant la régularité du suivi.

3.3 Pistes d'amélioration

Les résultats de notre étude suggèrent plusieurs pistes pour améliorer l'observance des patients en fonction des facteurs identifiés.

- Amélioration de l'accès aux prescriptions de transports :

Une extension des prescriptions de transport pourrait être envisagée pour inclure les patients résidant près du centre mais présentant des difficultés financières ou logistiques. Par ailleurs, la gestion des trajets pourrait être simplifiée via des systèmes automatisés, en partenariat avec des services de transport, afin de garantir un accès régulier et prévisible aux soins.

- Renforcement du soutien aux patients en situation de précarité :

La mise en place de groupes de soutien dédiés aux patients précaires, combinée à un accompagnement social individualisé, permettrait de mieux encadrer ces patients en difficulté.

- Journées de soutien global :

Une autre piste d'amélioration pour une prise en charge intégrée des patients présentant des difficultés de précarité social pourrait être d'organiser des "cliniques sociales" mensuelles où, en plus des soins médicaux, les patients peuvent accéder à des services supplémentaires tels que des conseils juridiques, de l'aide pour le logement, ou des ateliers de gestion financière.

- Formation sur la gestion du temps et des priorités :

Pour cette population précaire, il pourrait être intéressant de mettre en place des ateliers pratiques sur la gestion du temps, la planification des rendez-vous et des tâches quotidiennes pour aider les patients à mieux s'organiser, surtout ceux qui ont du mal à gérer leur emploi du temps de manière autonome.

- Développer des équipes mobiles d'addictologie :

L'équipe mobile d'addictologie pourrait se rendre au domicile des patients qui ont du mal à se déplacer, soit en raison de contraintes financières, de la distance, ou de problèmes de santé. Ces visites à domicile permettraient d'assurer un suivi régulier, même en cas d'absentéisme prolongé et de faire le lien avec les structures hospitalières d'addictologie.

4. Points de déperdition et retour dans les soins

L'analyse du parcours des patients met en lumière des points critiques de déperdition, notamment avant le début du suivi. Une part significative des patients n'atteint pas la phase de pré-admission ou abandonne dès la première séance.

Par ailleurs, si l'on se concentre uniquement sur les rendez-vous de pré-admission manqués, ils représentent :

- **32,5 % des créneaux de consultation perdus**
- **2,4 heures de travail effectif perdues par semaine**
- **17,8 jours de travail perdus par an**

- Une **perte financière estimée entre 4 992 € et 8 736 € sur une année** (en fonction du tarif exact applicable pour la première consultation d'addictologie selon le modèle T2A)

Ce phénomène illustre la difficulté d'engager durablement les patients dans un suivi, particulièrement à un stade précoce où la motivation et la prise de conscience des enjeux du soin sont souvent fragiles. Cependant, 64,2% des patients ayant entamé le suivi ont réussi à maintenir une observance, ce qui montre que la majorité des patients qui amorcent activement le suivi parviennent à le poursuivre.

Ces résultats sont comparables à d'autres études portant sur la rétention des patients dans des programmes de traitement des addictions (96). Une étude de la Cambridge University Press & Assessment sur les troubles liés à l'alcool a trouvé que 7 à 10 % des patients étaient perdus de vue en seulement six mois, ce qui est relativement faible par rapport à nos résultats où 34,6 % ont abandonné dès les premières séances (97). Ces différences pourraient être attribuées à la nature du programme ou à la gravité des troubles des patients dans notre échantillon incluant des patients présentant des niveaux de précarité élevés.

Dans des études similaires, il est démontré que l'engagement précoce dans les soins est un facteur déterminant de la réussite du traitement (74, 79). Une des raisons des abandons précoces pourrait être une motivation initiale insuffisante, souvent observée chez les patients qui ne perçoivent pas pleinement la gravité de leur addiction ou l'importance du traitement.

Plusieurs stratégies pourraient être envisagées pour renforcer l'engagement des patients dès les premières étapes du programme de soins et ainsi améliorer leur rétention.

Nous avons constaté que de nombreux rendez-vous étaient pris par des soignants externes (par exemple, l'équipe ELSA ou le CSAPA), plutôt que par les patients eux-mêmes. Bien que cette médiation soit bien intentionnée, elle ne garantit pas un engagement actif du patient dans le processus de soins. L'engagement initial d'un patient est souvent plus fort lorsqu'il prend personnellement l'initiative de fixer un rendez-vous. En effet, la motivation et l'action de prendre contact contribuent au suivi régulier sur le long terme. Par conséquent, il pourrait être suggérer de n'accepter que les rendez-vous pris directement par les patients, afin de garantir un acte volontaire dès le départ.

Un autre facteur déterminant dans l'abandon des soins est le manque de clarté sur les attentes du programme. Certains patients arrivent à leur premier rendez-vous sans avoir une idée précise de ce que le programme implique. Pour éviter les désillusions, il serait pertinent de fournir aux

patients, dès le premier contact téléphonique ou par mail, un document d'information détaillant les grandes lignes du programme. Ce document comprendrait :

- Les fréquences de rendez-vous attendues,
- La durée du programme
- Les engagements nécessaires pour suivre le programme
- Une présentation des acteurs de soins impliqués (infirmiers, médecins, etc...).

Ainsi, le patient sera en mesure de faire un choix éclairé en tenant compte de ses attentes et de l'importance de son engagement

La diffusion de ces informations pourrait être réalisée sous un format vidéo, comme cela a déjà été mise en œuvre dans certains établissements de soins en France.

Une étude de Knight et al. de 2016 a montré que l'engagement initial dans les soins est amélioré lorsque les patients comprennent clairement ce qui est attendu d'eux et les modalités du programme (98). De plus, Carroll et al. 2006 soulignent l'importance d'une communication transparente dès le début pour améliorer l'adhésion au traitement (99).

De plus, afin de renforcer cet engagement, avant le premier rendez-vous, les patients pourraient être invités à remplir un formulaire d'évaluation de leur motivation et de leur situation personnelle. Ce formulaire simple permet de solliciter un premier acte d'engagement. Une étude publiée par British Medical Journal (BMJ Open) souligne que des outils comme des questionnaires personnalisés peuvent aider à renforcer l'engagement des patients et améliorer les résultats des soins en addictologie. Ces outils permettent également de mieux identifier les besoins spécifiques des patients dès le début de leur parcours de soins (68). Cependant, il est crucial de veiller à ce que ces démarches ne deviennent pas des contraintes discriminantes pour les patients en difficulté (troubles cognitifs, précarité sociale, comorbidités psychiatriques). Afin d'éviter toute exclusion, un accompagnement personnalisé doit être proposé aux patients qui en auraient besoin. Les patients identifiés comme vulnérables pourraient recevoir une aide pour remplir le formulaire afin de s'assurer qu'ils ne sont pas désavantagés dans l'accès aux soins. Cette aide pourrait être apportée par les soignants ou les assistants sociaux qui adressent le patient (CSAPA, ELSA, post-cure, CMP, service d'hospitalisation en addictologie ou en psychiatrie). En cas d'adressage autonome, les agents administratifs de l'hôpital de jour qui reçoivent la demande de rendez-vous devront questionner les obstacles éventuels des patients. Si ces démarches s'avèrent laborieuses pour le patient, un accompagnement pourra alors être proposé lors d'un premier rendez-vous infirmier à l'hôpital de jour.

Ces approches visent à clarifier les attentes et à responsabiliser les patients dans leur processus de soins, tout en tenant compte des difficultés de certains patients addicts.

Par ailleurs, les entretiens motivationnels réalisés dès les premières étapes du processus, peuvent renforcer la motivation des patients à poursuivre les soins. Ces entretiens permettent aux soignants de travailler sur l'ambivalence des patients concernant leur traitement et de les aider à mieux comprendre les enjeux de leur addiction. En effet, c'est ce qu'illustre le travail de recherche de Hurlocker and al en 2023 ou encore une enquête de 2006, menée aux Etats-Unis par Kathleen M Carroll and al (99, 100). Dans cette dernière étude, les patients présentant un trouble de l'usage lié à une ou plusieurs substances psychoactives et ayant bénéficié d'entretiens motivationnels, étaient significativement plus susceptibles d'être encore inscrits dans le programme de soins après un mois d'inclusion. Les entretiens motivationnels peuvent être menés à différents moments du parcours du patient, que ce soit avant ou pendant la préadmission à l'hôpital de jour, selon le mode d'adressage. Ces entretiens sont également pertinents au début du suivi à l'hôpital de jour, pour renforcer l'engagement des patients dans leur prise en charge.

Enfin, à l'hôpital de jour de Poitiers, la réévaluation systématique à 4 semaines du programme de soins a permis à 47,4 % des patients inobservants de revenir dans le suivi. Cette pratique s'avère efficace et doit être maintenue, car elle contribue à réengager les patients montrant des signes de désengagement. Elle pourrait continuer à jouer un rôle déterminant dans la gestion des patients à risque d'abandon.

5. Interprétation des résultats des facteurs biopsychosociaux non significatifs

5.1 Caractéristiques démographiques

5.1.1 Différences de genre dans l'observance

L'analyse de la population étudiée a montré une proportion plus élevée d'hommes (61,7%) par rapport aux femmes (38,3%), ce qui reflète une répartition relativement courante dans les populations de patients en addictologie, où les hommes sont souvent plus nombreux dans les suivis. Cependant, les résultats de l'étude révèlent que les femmes ont été plus fréquemment inobservantes, avec 46,8% des femmes ne poursuivant pas le suivi, contre 26,5% chez les hommes. Cette différence, bien qu'elle ne soit pas statistiquement significative ($p = 0,063$), mérite d'être soulignée car elle pourrait refléter une vulnérabilité spécifique des femmes dans l'adhésion aux soins.

5.1.2 Impact du genre sur l'observance dans la littérature

Ces résultats sont cohérents avec certaines études antérieures qui ont mis en évidence que les femmes rencontraient des obstacles spécifiques à l'observance des soins en addictologie (101). Parmi les plus fréquents, la difficulté à trouver ou à payer des services de garde d'enfants est un facteur majeur. Les femmes, en particulier celles ayant des enfants à charge, craignent souvent que les services de protection de l'enfance soient informés ou interviennent, ce qui peut les dissuader de chercher un traitement ou de s'y engager pleinement (102).

De plus, les violences conjugales représentent un obstacle important. Les femmes victimes des violences intimes sont non seulement plus susceptibles d'utiliser des substances pour faire face à leur situation, mais elles hésitent également à quitter leur partenaire violent pour suivre un traitement, par crainte pour leur sécurité (103, 104).

Enfin, la stigmatisation sociale est un autre obstacle majeur. Les femmes addictives, en particulier les mères de famille, sont souvent jugées plus sévèrement par la société aggravant un sentiment de honte et de culpabilité les limitants dans le recours aux soins addictologiques ou dans leur capacité à les poursuivre (103).

Ces études soulignent l'opportunité de repenser l'organisation des centres de soins en addictologie, en intégrant par exemple, des espaces d'accueil pour les enfants et en assurant un environnement sécurisé, où les femmes peuvent se sentir protégées de leur agresseur et bénéficier d'une assistance sociale adaptée. Cela impliquerait des règles strictes de confidentialité et un contrôle rigoureux des accès, notamment pour limiter les interventions extérieures, comme celles des partenaires violents. Par ailleurs, il serait pertinent de renforcer la sensibilisation et la médiatisation des enjeux liés à l'addiction féminine, afin de déconstruire les croyances associant l'addiction à un échec moral et ainsi réduire la honte et la culpabilité souvent ressenties.

5.1.3 Différences liées à l'âge et au statut marital dans l'observance

Concernant l'âge, la tranche d'âge des 35-45 ans était la plus représentée (32,1%), ce que corrobore la moyenne d'âge des patients suivis pour des troubles addictifs selon l'OFDT. Une légère tendance a été observée concernant les patients âgés de 45 à 55 ans qui étaient plus représentés parmi les inobservants (27,7 % contre 17,6 % chez les observants). Toutefois, aucune différence significative n'a été observée en termes d'âge entre les groupes observants et inobservants ($p = 0,195$).

Dans le contexte des troubles addictifs, l'impact de **l'âge** sur l'observance varie selon les groupes d'âge. Les patients plus âgés ont tendance à être plus observants que les jeunes adultes, souvent parce qu'ils sont plus conscients des conséquences à long terme de leur addiction et sont plus motivés à améliorer leur qualité de vie (75). Cependant, ils peuvent faire face à des obstacles spécifiques tels que la polymédication, les problèmes cognitifs et des contraintes physiques, rendant leur assiduité au suivi plus complexe.

Chez les jeunes adultes, l'observance est souvent plus irrégulière, principalement en raison d'un mode de vie instable et d'une perception moindre des risques à long terme liés à leur addiction. Ces patients peuvent être plus difficiles à engager dans un suivi thérapeutique soutenu (106).

Le **statut marital** n'a pas non plus révélé de différence significative, bien que les célibataires aient été légèrement surreprésentés parmi les inobservants (57,4% contre 41,2% chez les observants).

Cela correspond aux tendances observées dans d'autres études, qui montrent que les patients sans soutien conjugal peuvent rencontrer davantage de difficultés à maintenir une observance régulière en raison d'un réseau de soutien social plus faible (78). Ces éléments mettent en lumière l'importance des facteurs de soutien social et familial dans le suivi en addictologie, un point qui sera discuté plus en détail dans la section sur les caractéristiques socio-économiques.

5.2 Caractéristiques socio-économiques

Comme nous l'avons vu précédemment, l'analyse descriptive a révélé que la majorité des patients (79 %) étaient sans emploi, parmi lesquels une proportion significative touchait l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ou le Revenu de Solidarité Active (RSA). Seuls 21 % des patients étaient en emploi actif. Bien que l'activité professionnelle n'ait pas eu d'influence statistiquement significative sur l'observance ($p = 0,105$), ces résultats rejoignent la littérature qui montre que l'emploi peut à la fois faciliter et compliquer l'assiduité dans le suivi. Les patients avec un emploi peuvent bénéficier d'une structure de vie plus stable, mais peuvent aussi rencontrer des difficultés liées aux horaires de travail qui limitent leur capacité à assister régulièrement aux séances (78).

L'absence de soutien social perçu chez 20 % des patients de notre échantillon représente un facteur de vulnérabilité majeur dans la continuité des soins en addictologie. Bien que le soutien social n'ait pas montré d'effet significatif sur l'observance dans notre étude ($p = 0,872$), l'analyse de ce sous-groupe particulier, où 1 patient sur 5 rapporte un isolement total, soulève des préoccupations quant à leur capacité à rester engagés dans le suivi thérapeutique.

L'isolement social est bien documenté dans la littérature comme un facteur de risque d'inobservance. Des études ont montré que les patients sans soutien social sont plus vulnérables à l'abandon des soins et aux rechutes, en particulier dans les contextes de traitement des addictions. DiMatteo et al. (2013), par exemple, ont trouvé que les patients avec un faible soutien social étaient 1,74 fois plus susceptibles de ne pas adhérer aux traitements médicaux en général (107). Ce chiffre est encore plus prononcé dans les populations souffrant de troubles de l'usage de substances, où les interactions sociales jouent un rôle majeur dans la prévention des rechutes et le maintien de l'engagement (108).

Il est important de noter que pour ces patients, l'absence de soutien extérieur ne peut souvent pas être comblée uniquement par des relations médicales classiques. Comme l'ont montré Cohen et Wills (1985), le soutien social ne se limite pas à des encouragements émotionnels mais inclut aussi la dimension affective et des ressources pratiques, telles que l'aide à la gestion des soins quotidiens (109).

Pour pallier ce manque, il est essentiel que les structures de suivi en addictologie adaptent leurs interventions, en proposant des programmes de soutien renforcé, comme des groupes de parole, l'accompagnement par des pairs aidants, des activités socialisation et l'intégration d'association d'entraide afin de compenser cette absence de réseau relationnel.

Enfin, les études montrent généralement une corrélation forte entre soutien social et observance. Néanmoins, dans le cadre de notre étude, d'autres facteurs tels que la précarité sociale ou la gravité de l'addiction pourraient jouer un rôle médiateur et modérer l'effet direct du soutien social perçu. Cela souligne l'importance de prendre en compte l'interaction entre les différents facteurs biopsychosociaux.

Les antécédents judiciaires concernaient 21 % des patients, un chiffre non négligeable. Les résultats de notre étude montrent que 21 % des patients ont des antécédents judiciaires, principalement liés à des comportements en lien avec les troubles addictifs, comme les annulations de permis de conduire (61 %) et les condamnations pour détention de stupéfiants (22 %). Ces infractions, souvent associées à la consommation de substances psychoactives, sont une manifestation directe des répercussions liées aux addictions. Même les cas de violences conjugales (5,6 %) et les antécédents non spécifiés (11,1 %) pourraient être indirectement liés aux troubles addictifs. Toutefois, ils n'ont pas montré d'effet significatif sur l'observance ($p = 0,940$) contrairement à ce qui est retrouvé dans la littérature. Par exemple, une étude a révélé que la stigmatisation liée aux antécédents judiciaires contribue à des difficultés d'accès aux

soins, notamment en raison de la discrimination perçue de la part des professionnels de santé. Les patients ayant un casier judiciaire rapportent fréquemment des sentiments de rejet et de marginalisation, en faveur de l'inobservance (110).

L'absence d'association entre antécédents judiciaires et inobservance dans notre échantillon pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs. D'une part, les prescriptions de transport semblent compenser les obstacles logistiques créés par les annulations de permis, réduisant ainsi l'impact des restrictions de mobilité sur l'assiduité aux soins. D'autre part, une des explications serait que ces infractions sont essentiellement des conséquences des troubles addictifs et que le système de soins est déjà bien adapté pour prendre en charge ces patients de manière intégrée. Par conséquent, les antécédents judiciaires, bien qu'importants sur le plan individuel, n'ajoutent pas de difficultés supplémentaires à l'observance au sein de cette population.

5.3 Caractéristiques cliniques

L'analyse des comorbidités psychiatriques et somatiques dans notre étude a révélé des taux particulièrement élevés, avec 79 % des patients présentant une comorbidité psychiatrique et 55,6 % souffrant d'au moins une pathologie somatique.

Concernant les comorbidités somatiques, nos résultats se trouvent dans une fourchette plus comparable à celle rapportée par d'autres études, qui montrent des taux allant de 37 % à 53 % pour les pathologies somatiques associées aux troubles addictifs (111).

Quant aux comorbidités psychiatriques, les chiffres pour notre population semblent bien supérieurs à ceux rapportés dans la littérature, où les taux de comorbidités psychiatriques dans les populations souffrant de troubles liés à l'usage de substances (SUD) sont souvent compris entre 50 % et 60 % (112).

Cette différence peut s'expliquer par plusieurs facteurs propres à notre étude, notamment par les modalités d'adressage des patients, majoritairement orientés par des professionnels de santé en psychiatrie. Cela pourrait en effet avoir influencé la prévalence importante des comorbidités psychiatriques dans notre échantillon.

De plus, le fait que l'entretien de préadmission ait été réalisé par des psychiatres pourrait avoir contribué à une détection plus systématique et fine des troubles psychiatriques. Une anamnèse dirigée par un psychiatre tend à approfondir la recherche de symptômes psychiatriques, augmentant ainsi la probabilité de dépistage de comorbidités.

Par ailleurs, l'hôpital de jour d'addictologie de Poitiers est rattaché à un établissement de psychiatrie. Ainsi, certaines personnes sans pathologie psychiatrique peuvent être réticentes à fréquenter un bâtiment dédié à la psychiatrie, ce qui pourrait entraîner une surreprésentation de patients avec des troubles psychiatriques dans notre échantillon. Cette dynamique pourrait donc influencer les résultats de notre étude en ce qui concerne les comorbidités psychiatriques.

L'absence de significativité pour ce facteur peut sembler contre-intuitif, étant donné que de nombreuses études montrent que les comorbidités, notamment les troubles psychiatriques, compliquent l'adhésion aux soins et augmentent le risque de désengagement (113, 114). Par exemple, une étude récente menée en 2023 au Royaume Unis, a conclu que les patients ayant des diagnostics de comorbidités mentales, tels que des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux, ont rencontré plus de difficultés pour accéder ou rester dans les soins, accentuant les défis de ces populations vulnérables (115).

Cependant, plusieurs hypothèses pourraient expliquer cette absence de lien significatif. D'une part, la grande prévalence des comorbidités dans notre échantillon pourrait avoir limité la variabilité entre les groupes observants et inobservants. Lorsque presque tous les patients présentent des comorbidités, il devient plus difficile d'identifier des différences claires dans leur influence sur l'observance. Ce phénomène peut avoir réduit la puissance statistique nécessaire pour détecter des associations significatives.

D'autre part, il est possible que des facteurs compensatoires, comme un soutien institutionnel accru, aient atténué l'impact des comorbidités sur l'observance dans notre population. Les patients bénéficiant de soins intégrés, comme c'est le cas sur l'hôpital de jour d'addictologie de Poitiers et de suivis spécialisés, pourraient mieux gérer leurs comorbidités, limitant ainsi leur effet sur la continuité du suivi.

5.4 Type d'addiction

Dans notre étude, les résultats suggèrent une tendance non significative à une plus grande inobservance chez les patients présentant des addictions mixtes ou exclusivement aux autres drogues.

La littérature s'accorde à dire que les patients ayant des addictions sévères aux drogues illicites sont moins susceptibles de maintenir une observance régulière dans les soins par rapport aux patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool, ces derniers étant plus engagés dans leur suivi. Les principales raisons incluent les aspects instables de leur quotidien, les difficultés socio-économiques et la présence de comorbidités qui aggravent leur situation (116).

5.5 Distance du domicile au centre de soins et prescription de transport

L'analyse multivariée de médiation a mis en évidence une tendance où les prescriptions de transport jouerait un rôle facilitateur dans l'observance des patients dans le suivi. L'effet direct de la distance montre que les patients vivant à plus de 10 km du centre sont plus observants que ceux résidant plus près, une tendance inhabituelle par rapport à ce qui est rapporté dans la littérature. Plusieurs études ont montré que la distance constitue souvent une barrière à l'adhésion aux soins dans le cadre de pathologies chroniques, les patients éloignés ayant tendance à être moins observant de leur traitement (117, 118, 119). Dans notre étude et d'après l'analyse de médiation, cette relation inverse serait expliquée en grande partie par l'attribution de prescriptions de transport, qui semblent compenser la contrainte logistique liée à la distance. Les patients résidant loin du centre de soins bénéficient plus fréquemment de ces prescriptions, ce qui faciliterait leur accès aux services.

La littérature confirme que les prescriptions de transport sont associées à une meilleure adhésion aux soins en réduisant les barrières logistiques liés à la distance et au coût des déplacements (120). Néanmoins, si la distance était l'obstacle initial, les patients vivant près du centre de soins devraient être davantage observants. Or ce n'est pas le cas dans notre étude, on constate d'ailleurs la dynamique inverse. Cela nous amène à réfléchir sur ce que ces prescriptions pourraient apporter en faveur de l'observance, au-delà de la simple suppression de l'obstacle lié à la distance.

Il est possible que l'accès à des prescriptions de transport réduise le stress lié à la planification des déplacements, offrant ainsi une solution plus prévisible pour les patients. De plus, ces bons pourraient créer un sentiment de responsabilité vis-à-vis du système de soins, incitant les patients à mieux respecter leurs rendez-vous. La structure et la prévisibilité offertes par ces prescriptions peuvent en quelque sorte "forcer" l'engagement, en réduisant l'espace pour l'improvisation ou l'abandon spontané, particulièrement chez des personnes qui manquent de confiance en elles ou ont du mal à affirmer leurs besoins ou désirs. Il est également envisageable que les bons de transport renforcent la perception de l'importance du suivi thérapeutique, symbolisant un soutien spécifique.

5.6 Test MoCA

Dans notre échantillon 43,64 % des patients présentaient une atteinte cognitive légère. Ces résultats suggèrent que près de la moitié des patients dans votre étude sont affectés par des troubles cognitifs légers. Les patients inobservants présentaient plus fréquemment une atteinte

cognitive légère (52,4 %) comparé aux observants (38,2 %). Bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative dans notre analyse, elle indique tout de même une tendance intéressante. Cela corrobore d'autres études qui montrent que même des déficits cognitifs légers peuvent affecter la capacité des patients présentant des pathologies chroniques à suivre un traitement sur le long terme (121). Et plus spécifiquement en addictologie, la littérature confirme que les dysfonctionnements cognitifs sont un facteur prédictif d'abandon des soins et de rechute (122, 123).

L'absence de significativité dans nos résultats pourrait s'expliquer par les conditions du programme de soins à l'hôpital de jour d'addictologie de Poitiers. En effet, celui-ci demande un certain niveau d'engagement, de compréhension des consignes, d'organisation et de capacité à gérer des rendez-vous réguliers. Cela pourrait conduire les intervenants à sélectionner, même inconsciemment, des patients qu'ils estiment capables de respecter ces exigences. Cela concernerait donc des patients ayant potentiellement un bon niveau de fonctions exécutives. Si un intervenant perçoit qu'un patient a des troubles cognitifs importants, il pourrait involontairement être moins enclin à l'inscrire dans un programme aussi structuré, préférant d'autres types de suivis moins exigeants cognitivement.

5.7 Motifs de venue

Nous avons observé dans notre étude que la majorité des patients viennent pour le maintien de l'abstinence (environ 70 %), tandis que d'autres cherchent à gérer leur consommation ou à obtenir de l'aide pour un sevrage. Il y avait une tendance, bien que non significative, montrant davantage de régularité pour les patients venus maintenir leur abstinence comparée à ceux cherchant à gérer leur consommation ou à entamer un sevrage. Néanmoins, nos résultats mettaient aussi en lumière un paradoxe intéressant. En effet, bien que ces patients soient souvent davantage stabilisés, une majorité des perdus de vue appartient à ce groupe. Cela suggère que certains développeraient une surconfiance dans leur capacité à maintenir l'abstinence sans un suivi régulier.

Plusieurs études montrent que les patients en phase de maintien d'abstinence ont souvent du mal à rester engagés sur le long terme une fois qu'ils ont atteint leur objectif initial d'abstinence (124, 125).

5.8 Modalité d'adressage

Les résultats montrent que Calliope, représentant l'hospitalisation pour sevrage, est la modalité d'adressage la plus courante dans notre étude, avec une répartition relativement similaire entre

les observants et les inobservants. En revanche, sans que cela soit significatif, les patients adressés de manière autonome avaient tendance à être plus souvent inobservants, ce qui pourrait indiquer un manque de soutien initial ou un engagement plus faible dès le départ. À l'inverse, les patients venant de post-cure présentent une meilleure observance, probablement en raison d'une meilleure stabilité dans leur traitement et dans la préparation à suivre un programme structuré. Enfin, ceux adressés par des équipes psychiatriques ou le CMP semblent plus souvent inobservants, suggérant que des comorbidités psychiatriques pourraient jouer un rôle dans leur difficulté à maintenir le suivi thérapeutique, ou qu'une mauvaise préparation dans l'adressage pourrait également contribuer à cette inobservance.

Dans la littérature, les patients auto adressé ont tendance à présenter des taux plus faibles de rétention dans les programmes de traitement (126).

5.9 Motifs déclarés par les patients

Concernant les raisons d'absence déclarés par les patients et comme nous l'avons vu précédemment, les problèmes de transport sont souvent identifiés dans la littérature comme un obstacle majeur aux soins pour les patients en addictologie. Néanmoins dans notre étude, ce motif est relativement peu déclaré, notamment grâce aux prescriptions de transport.

L'oubli de rendez-vous, malgré les atteintes cognitives souvent associées aux troubles addictifs, est finalement peu évoqué. Ce résultat peut paraître surprenant, car les troubles de mémoire ou de concentration, pourraient théoriquement entraîner plus d'absences. Cependant, cette faible proportion pourrait s'expliquer par des systèmes de rappel automatisé (SMS, appels) déjà en place au centre hospitalier de Poitiers, ou par un soutien social qui aide à maintenir les patients dans une certaine routine (perçu par 80% des patients).

Finalement l'intoxication active à une substance psychoactive est l'un des motifs principaux d'absence. Ce résultat était attendu et reflète le niveau de gravité de l'addiction dans la population étudiée. Ce constat souligne l'importance de gérer l'usage actif des substances dans les programmes de suivi.

Le désengagement des soins, quant à lui, était en deuxième place des raisons données par les patients. Cela traduit souvent une perte de motivation ou une perception erronée des bénéfices à long terme du suivi thérapeutique. Ce désengagement peut être aggravé par la précarité sociale, le manque de soutien ou une faible motivation initiale. Les patients qui abandonnent

rapidement le programme peuvent ne pas être prêts à faire face aux exigences du suivi ou sous-estimer la gravité de leur condition.

Il convient également de reconnaître que les hypothèses formulées à partir des motifs d'absence demeurent subjectives et peuvent être affectées par des biais potentiels, tels que la réticence des patients à divulguer la vérité par honte ou la crainte de la réaction des soignants.

6. Limites de l'étude

6.1 Taille de l'échantillon

Le nombre de patients inclus (81) peut être suffisant pour certaines analyses, mais peut limiter la puissance statistique.

Un échantillon plus large permettrait d'améliorer la représentativité des résultats, surtout pour des variables où les différences sont faibles ou non significatives.

6.2 Période d'étude

La période relativement courte de l'étude (5 mois) peut ne pas permettre de capturer les fluctuations saisonnières ou les effets à long terme du traitement sur l'observance. Une étude longitudinale plus longue pourrait mieux évaluer la dynamique de l'observance et les rechutes éventuelles.

6.3 Biais de sélection

Les patients inclus dans l'étude proviennent d'un seul centre et d'une seule unité, l'hôpital de jour d'addictologie de Poitiers, ce qui pourrait limiter la généralisation des résultats à d'autres contextes ou régions. Les résultats peuvent être influencés par des facteurs spécifiques à cet environnement.

Il existe aussi un biais potentiel dans la sélection des patients, ceux ayant des troubles cognitifs importants étant peut-être moins recrutés. De plus, les patients encore dans des consommations importantes et quotidiennes ne peuvent adhérer au suivi rigoureusement. Ils n'accèdent donc souvent pas aux soins en hôpital de jour et sont orientés sur d'autres modes de suivi, ce qui pourrait biaiser nos résultats sur l'observance.

6.4 Auto-déclarations et biais de mémoire

Une partie des données a été collectée par questionnaires et enquêtes téléphoniques, ce qui expose l'étude à un biais d'autodéclaration. Les patients peuvent sous-estimer ou surestimer

leur critère de précarité sociale ou les raisons de leur absence ou même leurs antécédents judiciaires ce qui affecte la fiabilité des données.

Le biais de mémoire peut également affecter la qualité des réponses des patients sur leurs comportements passés, en particulier pour des événements liés à leur addiction (évaluation de la sévérité).

6.5 Hétérogénéité des patients

L'hétérogénéité des types d'addictions (alcool, autres drogues, ou addictions mixtes) et des facteurs biopsychosociaux peut rendre difficile la comparaison directe entre sous-groupes. Les interactions entre ces facteurs peuvent compliquer l'analyse des résultats et entraîner des conclusions moins précises sur certains aspects spécifiques.

6.6 Limites des mesures cognitives et sociales

Certaines variables cognitives ou sociales, comme les atteintes cognitives associées à l'addiction ou la précarité, ont été abordées via des scores standards (MoCA, EPICES), mais ces outils peuvent ne pas capturer toute la complexité de ces dimensions. Une analyse plus détaillée de ces facteurs pourrait enrichir les résultats.

6.7 Perte de vue des patients

La perte de suivi de certains patients inobservants dès le début de l'étude peut biaiser les résultats, surtout si ces patients ont des caractéristiques spécifiques qui ne sont pas reflétées dans les données collectées. Cela pourrait affecter la compréhension des facteurs influençant l'observance.

6.8 Pistes d'amélioration pour les prochaines études

Ainsi pour améliorer les futures études sur l'observance des patients en addictologie, il serait utile d'augmenter la taille de l'échantillon en incluant des centres multiples et divers contextes socio-économiques, tout en allongeant la durée de l'étude pour mieux comprendre les dynamiques à long terme. Il serait également pertinent d'utiliser des outils de mesure plus précis pour les troubles cognitifs et sociaux, tout en intégrant des solutions technologiques pour réduire les biais d'autodéclaration. Enfin, l'ajout de mesures psychologiques et de facteurs environnementaux permettrait de mieux cerner l'influence du soutien social et de la motivation des patients sur leur engagement dans les soins.

V. CONCLUSION

Cette étude a permis d'identifier plusieurs facteurs biopsychosociaux influençant l'absentéisme chez les patients présentant un trouble de l'usage de substances psychoactives, suivis à l'hôpital de jour d'addictologie de Poitiers. Elle a révélé un taux d'inobservance élevé, avec plus de la moitié des patients ne parvenant pas à maintenir un suivi régulier. Ce constat souligne la nécessité d'améliorer les stratégies d'engagement pour ces patients.

Parmi les facteurs les plus significatifs, la précarité sociale, mesurée par le score EPICES, s'est révélée être un déterminant majeur de l'inobservance. La majorité des patients inobservants avaient un score EPICES supérieur à 30, indiquant une précarité sociale marquée. Ce résultat met en avant l'importance de prendre en compte les conditions socio-économiques des patients pour mieux les accompagner dans leur parcours de soins.

Par ailleurs, l'analyse multivariée a montré une tendance paradoxale concernant la distance entre le domicile et le centre de soins. Les patients vivant loin du centre, bénéficiant de prescriptions de transport, étaient plus observants que ceux habitant à proximité. Cette observation met en lumière l'importance de lever les obstacles logistiques pour favoriser l'engagement des patients et suggère que l'attribution de prescriptions de transport pourrait avoir un effet structurant, au-delà du simple aspect pratique.

Concernant la sévérité de l'addiction, les patients avec une addiction sévère étaient plus observants que ceux avec une addiction modérée. Ce résultat, contrairement à certaines études, pourrait refléter une meilleure prise de conscience de l'importance du suivi chez les patients les plus gravement affectés.

Cette étude a également mis en lumière des points critiques de déperdition dans le parcours de soins, en particulier dès le début de l'engagement dans la démarche de suivi. Il pourrait être intéressant de s'interroger sur les moyens d'améliorer cet engagement initial, en envisageant notamment une clarification des attentes du programme et un renforcement du soutien social et médical.

Les motifs principaux d'absentéisme étaient liés à des intoxications à des substances psychoactives, rendant les patients incapables d'assister aux séances et au désengagement, souvent lié à une perte de motivation ou une difficulté à percevoir les bénéfices à long terme du

traitement. Cela justifie la nécessité d'adapter les interventions pour maintenir l'engagement dans les soins.

Les résultats de cette recherche offrent des pistes concrètes pour améliorer les pratiques cliniques en addictologie. Ils suggèrent que des interventions ciblées sur la précarité sociale et une meilleure gestion des contraintes logistiques pourraient contribuer à réduire l'absentéisme.

Pour les recherches futures, il serait utile d'élargir l'échantillon et de mener des études longitudinales sur une durée plus longue afin de mieux comprendre les dynamiques à long terme de l'observance. De plus, l'utilisation d'outils plus spécifiques pour évaluer les troubles cognitifs et socio-économiques pourrait apporter un éclairage supplémentaire. Enfin, il serait intéressant d'explorer l'association entre l'insight, les expériences antérieures des soins addictologiques et les rechutes passées pour déterminer si elles renforcent ou, au contraire, freinent l'engagement des patients à long terme.

Abstract

Introduction: Absenteeism in addiction care facilities negatively impacts the continuity of care and patient recovery. While several factors are known to influence patient adherence, few studies have focused on the biopsychosocial factors in the specific context of substance use disorders. This study aims to identify the demographic, clinical, and socio-economic factors associated with non-adherence at the addiction day hospital in Poitiers.

Methods: This prospective longitudinal observational study included 81 patients followed at the addiction day hospital in Poitiers between March and July 2024. Data were collected from medical records and standardized questionnaires. Statistical analysis focused on various biopsychosocial variables, including social deprivation, distance from home to care center, transportation prescriptions, and addiction severity.

Results: The results show a high rate of non-adherence (58.1%), mainly related to socio-economic factors such as social deprivation, measured by the EPICES score. More than 95% of non-adherent patients had an EPICES score above 30, indicating social deprivation. Addiction severity was also a predictive factor, with higher adherence among patients suffering from severe addiction.

Conclusion: This study highlights the importance of biopsychosocial factors in the non-adherence to addiction treatment. Social deprivation and the severity of disorders significantly influence patient engagement. Further studies, with larger samples and longer observation periods, are necessary to refine these findings and propose appropriate interventions.

Keywords: absenteeism; addiction; adherence; social deprivation; transportation vouchers; biopsychosocial factors

Résumé

Introduction : L'absentéisme dans les structures de soins addictologiques a des impacts négatifs sur la continuité des soins et le rétablissement des patients. Bien que plusieurs facteurs soient connus pour influencer l'observance des patients, peu d'études se sont concentrées sur l'impact des facteurs biopsychosociaux dans le contexte spécifique des troubles liés à l'usage de substances psychoactives. Cette étude vise à identifier les caractéristiques démographiques, cliniques, socio-économiques associées à l'inobservance à l'hôpital de jour d'addictologie de Poitiers.

Méthodes : Cette étude observationnelle longitudinale prospective a inclus 81 patients suivis à l'hôpital de jour d'addictologie de Poitiers, entre mars et juillet 2024. Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux et de questionnaires standardisés. L'analyse statistique a porté sur plusieurs variables biopsychosociales, telles que la précarité sociale la distance domicile-centre de soins, les prescriptions de transport et la sévérité de l'addiction.

Résultats : Les résultats montrent un taux d'inobservance élevé (58,1 %), principalement lié à des facteurs socio-économiques, tels que la précarité sociale mesurée par le score EPICES. Plus de 95 % des patients inobservants présentaient un score EPICES supérieur à 30, indicateur de précarité sociale. La sévérité de l'addiction était également un facteur prédictif, avec une observance plus élevée chez les patients souffrant d'une addiction sévère.

Conclusion : Cette étude souligne l'importance des facteurs biopsychosociaux dans l'inobservance des soins en addictologie. La précarité sociale et la sévérité des troubles exercent une influence dans l'engagement des patients. Des études supplémentaires, incluant un échantillon plus large et une durée d'observation plus longue, sont nécessaires pour affiner ces résultats et proposer des interventions adaptées.

Mots-clés : absentéisme ; addiction ; observance ; précarité sociale ; bons de transport ; facteurs biopsychosociaux

BIBLIOGRAPHIE

1. American Society of Addiction Medicine. Definition of Addiction. Rockville, MD: American Society of Addiction Medicine; 2011.
2. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014. HHS Publication No. (SMA) 14-4863.
3. Sussman S, Sussman AN. Considering the Definition of Addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. oct 2011;8(10):4025-38.
4. Goodman A. Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*. 1990;85(11):1403-8.
5. Chiron C, Guilbaud E, Chauchard E, Gaillard M, Naudin C. La Prévention de la Rechute en théorie. *Carrefour des psychothérapies*. 2022;21-35.
6. Auriacombe M. LE CRAVING : MARQUEUR DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE DES ADDICTIONS ?
7. Tassin JP. Neurobiologie de l'addiction : proposition d'un nouveau concept. *L'information psychiatrique*. 2007;83(2):91-7.
8. Durand E, Gayet C. *Conduites addictives et travail*. 2008;
9. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Tomasi D, Telang F, Baler R. Addiction: Decreased reward sensitivity and increased expectation sensitivity conspire to overwhelm the brain's control circuit. *Bioessays*. sept 2010;32(9):748-55.
10. Nestler EJ. *Parcours de récompense cérébrale*. Icahn School of Medicine at Mount Sinai; 2011.
11. Loonis E, Apter MJ. *Addictions et système d'actions*.
12. Naassila M. Bases neurobiologiques de l'addiction à l'alcool. *La Presse Médicale*. 1 juin 2018;47(6):554-64.
13. Weistuch C, Mujica-Parodi LR, Dill K. The Refractory Period Matters: Unifying Mechanisms of Macroscopic Brain Waves. *Neural Computation*. 13 avr 2021;33(5):1145-63.
14. Kalivas PW, Volkow ND. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *Am J Psychiatry*. août 2005;162(8):1403-13.
15. Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*. janv 2010;35(1):217-38.
16. National Institute on Drug Abuse (NIDA). *Drogues, cerveaux et comportement : La science de la toxicomanie*. 2024.
17. Alcohol & Drug Rehab Centers | Addiction Treatment Information. 2024;
18. *The Impacts of a Parent With Alcohol Use Disorder*. Verywell Mind.

19. Hathaway PB. Problems with alcohol? 29 gene variants may explain why. *YaleNews*. 25 mai 2020;
20. VA/Yale Researchers Lead Multi-ancestry Study of Genetics of Problematic Alcohol Use.
21. Goldman D, Oroszi G, Ducci F. The genetics of addictions: uncovering the genes. *Nat Rev Genet*. juill 2005;6(7):521-32.
22. Blum K, Sheridan PJ, Wood RC, Braverman ER, Chen TJ, Cull JG, et al. The D2 dopamine receptor gene as a determinant of reward deficiency syndrome. *J R Soc Med*. juill 1996;89(7):396-400.
23. Anderson EM, Taniguchi M. Epigenetic Effects of Addictive Drugs in the Nucleus Accumbens. *Front Mol Neurosci*. 23 juin 2022;15.
24. MedlinePlus. Épigénétique et épigénome. Bethesda (MD) : National Library of Medicine (US) ; 2024.
25. Agarwal G, Kudapa H, Ramalingam A, Choudhary D, Sinha P, Garg V, et al. Epigenetics and epigenomics: underlying mechanisms, relevance, and implications in crop improvement. *Funct Integr Genomics*. 1 nov 2020;20(6):739-61.
26. Nestler EJ. Epigenetic mechanisms of drug addiction. *Neuropharmacology*. janv 2014;76 Pt B(0):259-68.
27. Szyf M. Prospects for the development of epigenetic drugs for CNS conditions. *Nat Rev Drug Discov*. juill 2015;14(7):461-74.
28. Sinha R. Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Ann N Y Acad Sci*. oct 2008;1141:105-30.
29. Ajonijebu DC, Abboussi O, Russell VA, Mabandla MV, Daniels WMU. Epigenetics: a link between addiction and social environment. *Cell Mol Life Sci*. 1 août 2017;74(15):2735-47.
30. American Medical Association | AMA. Alcoholism as a Disease H-30.977. American Medical Association. 1956;
31. Jellinek. *The Disease Concept of Alcoholism*. 1960.
32. Marlatt GA, Baer JS, Donovan DM, Kivlahan DR. Addictive behaviors: etiology and treatment. *Annu Rev Psychol*. 1988;39:223-52.
33. Turner S, Mota N, Bolton J, Sareen J. Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: A narrative review of the epidemiological literature. *Depress Anxiety*. sept 2018;35(9):851-60.
34. Jones BT, Corbin W, Fromme K. A review of expectancy theory and alcohol consumption. *Addiction*. janv 2001;96(1):57-72.
35. Martin C, Otter C. Locus of Control and Addictive Behaviour. In: Bonner A, Waterhouse J, éditeurs. *Addictive Behaviour: Molecules to Mankind: Perspectives on the Nature of Addiction*. London: Palgrave Macmillan UK; 1996. p. 121-34.
36. Wills TA, Vaccaro D, McNamara G, Hirky AE. Escalated substance use: a longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *J Abnorm Psychol*. mai 1996;105(2):166-80.

37. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*. 2000;55(1):68-78.
38. Miblevins. A General Overview of the Biopsychosocial Model With a Diagram. *Psychologenie*. 17 déc 2014;
39. Florin J, Trytek J. *Bio-Psycho-Social Issues*. 2015;
40. Washington, DC APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. 1980.
41. Washington, DC APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. 1994.
42. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. 2013.
43. *Cognitive Behavioral Therapy for Addiction Treatment* | Oxford. Oxford Treatment Center.
44. *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide: Third Edition: (686332012-001)*. 2012;
45. American Psychological Association (APA). *What is Cognitive Behavioral Therapy?* 2017;
46. Bandawar M, Narasimha VL, Chand P. Use of digital technology in addiction disorders. *Indian J Psychiatry*. févr 2018;60(Suppl 4):S534-40.
47. ONUDC. Office des Nations unies contre la drogue et le crime. *Rapport mondial sur les drogues 2023*. Vienne : Office des Nations unies contre la drogue et le crime ; 2023.
48. National Institute on Drug. *Tendances et statistiques* | Institut national sur l'abus des drogues (NIDA). 2019;
49. ANSM. *Actualité - Antalgiques opioïdes : l'ANSM publie un état des lieux de la consommation en France*. ANSM. 2020;
50. Gandilhon M. *L'offre de stupéfiants en France en 2021*.
51. Institut National du Cancer. *Tabac et cancer : perception des risques en 2021 et évolutions depuis 2015 - Baromètre cancer*. 2021;
52. *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2021 National Survey on Drug Use and Health*. 2021;
53. Santé Publique France. *Évolutions et caractéristiques des usagers de drogues injectables ayant découvert leur séropositivité au VIH en France entre 2004 et 2019*. 2021;
54. Mauri MC, Paletta S, Di Pace C. Hallucinations in the Substance-Induced Psychosis. In: Brambilla P, Mauri MC, Altamura AC, éditeurs. *Hallucinations in Psychoses and Affective Disorders: A Clinical and Biological Approach*. Cham: Springer International Publishing; 2018. p. 57-83.
55. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. *THE EPIDEMIOLOGY OF CO-OCCURRING ADDICTIVE AND MENTAL DISORDERS: Implications for Prevention and Service Utilization*. janv 1996

56. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 21 nov 1990;264(19):2511-8.
57. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Tomasi D, Telang F. Addiction: beyond dopamine reward circuitry. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 13 sept 2011;108(37):15037-42.
58. Abuse NI on D. NIDA.NIH.GOV | Institut national sur l'abus des drogues (NIDA)
59. Observatoire français, des drogues et des, tendances addictives (OFDT). Drogues et addictions : chiffres clés. 2022;
60. Addictions France. Rapport d'activité 2021.
61. Fals-Stewart W, Leonard KE, Birchler GR. The occurrence of male-to-female intimate partner violence on days of men's drinking: the moderating effects of antisocial personality disorder. *J Consult Clin Psychol*. avr 2005;73(2):239-48.
62. Dumas C. Exploration des liens entre addictions et victimes de violences conjugales: réalisation d'une enquête qualitative dans l'Allier. 2021.
63. UNODC World Drug Report. Warns of converging crises as illicit drug markets continue to expand. United Nations : Information Service Vienna. 2023;
64. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Le dispositif de soins en addictologie. <https://www.drogues.gouv.fr/le-dispositif-de-soins-en-addictologie-0>
65. Weaver MF, Jarvis MAE, Schnoll SH. Role of the Primary Care Physician in Problems of Substance Abuse. *Archives of Internal Medicine*. 10 mai 1999;159(9):913-24.
66. Heather. Personalized Addiction Recovery Plans - Tailoring Treatment to Individual Needs. Brighton Recovery Center - Utah Addiction Recovery. 2024;
67. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*. 4 oct 2000;284(13):1689-95.
68. Makeba Royall. Social Workers Can Help with The Substance Use Crisis. 2024;
69. Auriacombe M. Addiction : importance des facteurs individuels dans le déclenchement de la rechute.
70. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Group Therapy In Substance Use Treatment. 2021;
71. Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES, Hackett BC, Taylor DW, Roberts RS, et al. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet*. 31 mai 1975;1(7918):1205-7.
72. Karve S, Cleves MA, Helm M, Hudson TJ, West DS, Martin BC. Good and poor adherence: optimal cut-point for adherence measures using administrative claims data. *Current Medical Research and Opinion*. 1 sept 2009;25(9):2303-10.

73. Lo-Ciganic WH, Donohue JM, Thorpe JM, Perera S, Thorpe CT, Marcum ZA, et al. Using Machine Learning to Examine Medication Adherence Thresholds and Risk of Hospitalization. *Medical Care*. août 2015;53(8):720.
74. Simpson DD. A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *J Subst Abuse Treat*. sept 2004;27(2):99-121.
75. Kheirkhah P, Feng Q, Travis LM, Tavakoli-Tabasi S, Sharafkhaneh A. Prevalence, predictors and economic consequences of no-shows. *BMC Health Serv Res*. 14 janv 2016;16:13.
76. Warrak N. LES CONSULTATIONS NON HONOREES AU CSAPA [Mémoire de DIU]. Poitiers; 2022.
77. Zwick J, Appleseth H, Arndt S. Stigma: how it affects the substance use disorder patient. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 27 juill 2020;15(1):50.
78. Shahrabadi S, Jalali A, Jalali R, Gholami A. Psychological, social, and motivational factors in persons who use drugs. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 29 avr 2020;15(1):32.
79. Kelly TM, Daley DC. Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders. *Soc Work Public Health*. 2013;28(3-4):388-406.
80. Centre hospitalier Laborit. La filière d'addictologie.
<https://ch-laborit.fr/services-de-soins/adultes/la-filiere-daddictologie/>
81. Menecier P, Plattier S, Rotheval L, Orosco C, Lefranc D, Rezard R. L'hôpital de jour en addictologie. Outil d'aide au maintien de l'abstinence ou étape vers le sevrage. 2017;
82. Molfenter T. Reducing Appointment No-Shows: Going from Theory to Practice. *Substance Use & Misuse*. 6 juin 2013;48(9):743-9.
83. Piérard C, Vogel M, Platel JP, Chazard E. Rendez-vous non-honorés par les patients, ou « lapins »: quel est leur impact en ville et à l'hôpital ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 mars 2023;71:101485.
84. Mitchell AJ, Selmes T. A comparative survey of missed initial and follow-up appointments to psychiatric specialties in the United kingdom. *Psychiatr Serv*. juin 2007;58(6):868-71.
85. Chauvin P, Parizot I, Vallée J O régional de la santé PAC d'Azur. Construction d'un indicateur de précarité à partir de données individuelles : le score EPICES. 2006;
86. Labbe E, Blanquet M, Gerbaud L, Poirier G, Sass C, Vendittelli F, et al. A new reliable index to measure individual deprivation: the EPICES score. *European Journal of Public Health*. 1 août 2015;25(4):604-9.
87. Ko KY, Ridley N, Bryce SD, Allott K, Smith A, Kamminga J. Screening Tools for Cognitive Impairment in Adults with Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Journal of the International Neuropsychological Society*. août 2022;28(7):756-79.
88. Gallefoss LJ, Gabrielsen KB, Haugland SH, Clausen T, Vederhus JK. Effects of a brief pre-admission telephone reminder on no-show and dropout rates in substance use disorder treatment: a quasi-experimental study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 23 août 2022;17(1):61.

89. Loveland D, Driscoll H. Examining attrition rates at one specialty addiction treatment provider in the United States: a case study using a retrospective chart review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 25 sept 2014;9(1):41.
90. Beynon CM, McMinn AM, Marr AJE. Factors predicting drop out from, and retention in, specialist drug treatment services: a case control study in the North West of England. *BMC Public Health*. 6 mai 2008;8:149.
91. GATIER Francis. Rendez-vous manqués en médecine générale par les patients précaires : quels sont les motifs? [Université de Strasbourg]; 2022.
92. Firth N, Barkham M, Delgadillo J, Allery K, Woodward J, O’Cathain A. Socioeconomic Deprivation and Dropout from Contemporary Psychological Intervention for Common Mental Disorders: A Systematic Review. *Adm Policy Ment Health*. mai 2022;49(3):490-505.
93. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychological Review*. 1943;50(4):370-96.
94. Brown CH, Bennett ME, Li L, Bellack AS. Predictors of Initiation and Engagement in Substance Abuse Treatment among Individuals with Co-occurring Serious Mental Illness and Substance Use Disorders. *Addict Behav*. mai 2011;36(5):439-47.
95. Joe GW, Simpson DD, Broome KM. Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*. 1 déc 1999;57(2):113-25.
96. O’Connor AM, Cousins G, Durand L, Barry J, Boland F. Retention of patients in opioid substitution treatment: A systematic review. *PLoS One*. 2020;15(5):e0232086.
97. Chambers SE, Baldwin DS, Sinclair JMA. Course and outcome of patients with alcohol use disorders following an alcohol intervention during hospital attendance: mixed method study. *BJPsych Open*. 2 déc 2020;7(1):e6.
98. Wild TC, Yuan Y, Rush BR, Urbanoski KA. Client Engagement in Legally-Mandated Addiction Treatment: A Prospective Study Using Self-Determination Theory. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1 oct 2016;69:35-43.
99. Carroll KM, Ball SA, Nich C, Martino S, Frankforter TL, Farentinos C, et al. Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: a multisite effectiveness study. *Drug Alcohol Depend*. 28 févr 2006;81(3):301-12.
100. Hurlocker MC, Moyers TB, Hatch M, Curran G, McCrady B, Venner KL, et al. Effectiveness and feasibility of a motivational interviewing intake (MII) intervention for increasing client engagement in outpatient addiction treatment: an effectiveness-implementation hybrid design protocol. *Addiction Science & Clinical Practice*. 21 oct 2023;18(1):63.
101. National Institute on Drug. Différences entre le sexe et le genre dans le traitement des troubles liés à la consommation de substances | National Institute on Drug Abuse (NIDA). 2020;
102. Motyka MA, Al-Imam A, Haligowska A, Michalak M. Helping Women Suffering from Drug Addiction: Needs, Barriers, and Challenges. *Int J Environ Res Public Health*. 28 oct 2022;19(21):14039.
103. Maloney I. Woburn Addiction Treatment. 2022. 4 Common Barriers Women Face in Addiction Treatment and How to Overcome Them.

104. Hecksher D, Hesse M. Women and Substance Use Disorders. *Mens Sana Monogr.* 2009;7(1):50-62.
105. Drugs and associated issues among young people and older people WORLD DRUG REPORT 2018.
106. Bagley SM, Ventura AS, Lasser KE, Muench F. Engaging the Family in the Care of Young Adults With Substance Use Disorders. *Pediatrics.* 1 janv 2021;147(Supplement 2):S215-9.
107. Maeda U, Shen BJ, Schwarz ER, Farrell KA, Mallon S. Self-efficacy mediates the associations of social support and depression with treatment adherence in heart failure patients. *Int J Behav Med.* mars 2013;20(1):88-96.
108. Vaingankar JA, Abdin E, Chong SA, Shafie S, Sambasivam R, Zhang YJ, et al. The association of mental disorders with perceived social support, and the role of marital status: results from a national cross-sectional survey. *Arch Public Health.* 2020;78:108.
109. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin.* 1985;98(2):310-57.
110. Frank JW, Wang EA, Nunez-Smith M, Lee H, Comfort M. Discrimination based on criminal record and healthcare utilization among men recently released from prison: a descriptive study. *Health Justice.* 25 mars 2014;2:6.
111. Dornquast C, Tomzik J, Reinhold T, Walle M, Mönter N, Berghöfer A. To what extent are psychiatrists aware of the comorbid somatic illnesses of their patients with serious mental illnesses? – a cross-sectional secondary data analysis. *BMC Health Services Research.* 23 févr 2017;17(1):162.
112. Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research Report; Bethesda (MD): National Institutes on Drug Abuse (US); 2020.
113. Krawczyk N, Feder KA, Saloner B, Crum RM, Kealhofer M, Mojtabai R. The association of psychiatric comorbidity with treatment completion among clients admitted to substance use treatment programs in a U.S. national sample. *Drug Alcohol Depend.* 1 juin 2017;175:157-63.
114. Ball SA, Carroll KM, Canning-Ball M, Rounsaville BJ. Reasons for dropout from drug abuse treatment: symptoms, personality, and motivation. *Addict Behav.* févr 2006;31(2):320-30.
115. Adams EA, Yang JC, O'Donnell A, Minot S, Osborn D, Kirkbride JB. Investigating social deprivation and comorbid mental health diagnosis as predictors of treatment access among patients with an opioid use disorder using substance use services: a prospective cohort study. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 26 oct 2023;18(1):59.
116. Weisner C. A comparison of alcohol and drug treatment clients: are they from the same population? *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1992;18(4):429-44.
117. Al-Mandhari A, Al-Adawi S, Al-Zakwani I, Al-Shafae M, Eloul L. Impact of Geographical Proximity on Health Care Seeking Behaviour in Northern Oman. *Sultan Qaboos Univ Med J.* nov 2008;8(3):310-8.
118. Buzza C, Ono SS, Turvey C, Wittrock S, Noble M, Reddy G, et al. Distance is Relative: Unpacking a Principal Barrier in Rural Healthcare. *J Gen Intern Med.* nov 2011;26(Suppl 2):648-54.

119. Learnihan V, Schroers RD, Coote P, Blake M, Coffee NT, Daniel M. Geographic variation in and contextual factors related to biguanide adherence amongst medicaid enrollees with type 2 Diabetes Mellitus. *SSM Popul Health*. 24 déc 2021;17:101013.
120. Syed ST, Gerber BS, Sharp LK. Traveling towards disease: transportation barriers to health care access. *J Community Health*. oct 2013;38(5):976-93.
121. Rosen MI, Beauvais JE, Rigsby MO, Salahi JT, Ryan CE, Cramer JA. Neuropsychological correlates of suboptimal adherence to metformin. *J Behav Med*. août 2003;26(4):349-60.
122. Sofuoglu M, DeVito EE, Waters AJ, Carroll KM. Cognitive enhancement as a treatment for drug addictions. *Neuropharmacology*. janv 2013;64:452-63.
123. Copersino ML, Fals-Stewart W, Fitzmaurice G, Schretlen DJ, Sokoloff J, Weiss RD. Rapid cognitive screening of patients with substance use disorders. *Exp Clin Psychopharmacol*. oct 2009;17(5):337-44.
124. Harrison R, Van Hout MC, Cochrane M, Eckley L, Noonan R, Timpson H, et al. Experiences of Sustainable Abstinence-Based Recovery: an Exploratory Study of Three Recovery Communities (RC) in England. *Int J Ment Health Addiction*. 1 juin 2020;18(3):640-57.
125. Sterling M, McPherson P, Sara Parent ND, André Miguel P, Michael McDonell P, John M. Roll P. Contingency Management Is a Powerful Clinical Tool for Treating Substance Use Research Evidence and New Practice Guidelines for Use. 9 sept 2022
126. Rivera D, Dueker D, Amaro H. Examination of referral source and retention among women in residential substance use disorder treatment: a prospective follow-up study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2 mars 2021;16(1):21.

ANNEXES

- Annexe 1 : Lettre de non-opposition pour inclusion dans l'étude
- Annexe 2 : Questionnaire EPICES (outil d'évaluation de la précarité)
- Annexe 3 : Test MocA (outil de dépistage des troubles cognitifs)
- Annexe 4 : Tableau A1 : Analyse comparatives des variables de l'étude
- Annexe 5 : Serment d'Hippocrate

Annexe 1 : Lettre de non-opposition pour l'inclusion dans l'étude



LETTRÉ D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION DESTINÉE AUX PARTICIPANTS A UNE RECHERCHE OBSERVATIONNELLE

[ETUDES DES FACTEURS BIOPSYCHOSOCIAUX ASSOCIES A
L'ABSENTEISME DANS LE SUIVI DES TROUBLES DE L'USAGE DE
SUBSTANCE PSYCHOACTIVES]

- Prénom / Nom du participant :
- Lettre d'information envoyée au patient le ---- / ---- / 20---
- Opposition exprimée : oui non
- Nom et prénom du médecin en charge du suivi :

Madame, Monsieur,

Votre médecin qui vous suit dans le cadre de votre suivi addictologique et vous propose de participer à une étude sur les facteurs biopsychosociaux associés à l'absentéisme dans le suivi des troubles de l'usage de substance psychoactives. Cette étude est observationnelle, elle est réalisée à partir des éléments de votre dossier médical, des questionnaires EPICES et du test MOCA que vous aurez à réaliser lors de votre suivi. Aucun examen ni acte médical supplémentaire ne vous sera demandé.

Le centre Hospitalier Henri Laborit est le promoteur de cette étude. Il en est le responsable et en assure l'organisation.

Si vous souhaitez participer à cette recherche il est important que vous lisiez attentivement ce document qui vous apportera les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette étude. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à votre médecin.

Votre participation est entièrement volontaire. Si vous ne désirez pas prendre part à cette étude, faites-le savoir à votre médecin durant la consultation de suivi.

1. Contexte

Les troubles liés à l'usage de substances psychoactives constituent un défi de santé publique majeur avec un impact considérable sur la santé individuelle, les relations interpersonnelles et



LETTRÉ D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION DESTINÉE AUX PARTICIPANTS A UNE RECHERCHE OBSERVATIONNELLE

la société dans son ensemble. Malgré les avancées en addictologie, le maintien des patients dans un suivi régulier reste problématique.

2. A qui s'adresse cette étude ?

Cette étude s'adresse aux patients suivis à l'hôpital de jour d'addictologie de Poitiers.

3. Quel est l'objectif de l'étude ?

Cette étude à l'hôpital de jour d'addictologie de Poitiers vise à évaluer les facteurs biopsychosociaux associés à l'absentéisme, afin d'identifier des stratégies pour améliorer l'engagement des patients et optimiser la qualité des soins.

4. Comment va se dérouler l'étude ?

L'étude sera réalisée à partir d'une collecte de données dans les dossiers médicaux des patients. Les informations recueillies seront seulement celles du cadre du soin courant et le participant n'aura pas à accomplir d'actes liés à la recherche. Les données seront pseudonymisées pour le respect de la confidentialité du patient.

5. Alternatives à l'étude proposée

Si vous ne souhaitez pas participer à l'étude, cela ne changera pas votre prise en charge et vous continuerez à bénéficier de la meilleure prise en charge médicale possible, conformément aux connaissances actuelles.

6. Bénéfices potentiels de l'étude

Sur le plan individuel, il n'y a pas de bénéfice direct.

Sur le plan collectif, cette étude vise à identifier les déterminants de l'absentéisme et à proposer des interventions ciblées pour améliorer l'engagement des patients. Elle cherche à réduire les inégalités en santé en répondant aux besoins des populations marginalisées, contribuant ainsi à l'équité dans l'accès aux soins. En optimisant les services de soins et en réduisant l'absentéisme, cette recherche pourrait avoir un impact positif sur la santé des patients.

7. Risques potentiels de l'étude

Vous ne serez exposé à aucun risque en lien avec votre participation dans cette étude. Quelques informations personnelles seront récoltées pour l'étude, mais aucune information personnelle directe qui permettrait de vous identifier.

8. Participation volontaire



LETTRE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION DESTINEE AUX PARTICIPANTS A UNE RECHERCHE OBSERVATIONNELLE

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Le protocole de recherche ne prévoit pas d'indemnisation financière. Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à tout moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et sans que cela n'entraîne de conséquences sur la qualité des soins qui vous seront prodigués. Dans ce cas, vous devez informer le médecin en charge de votre suivi de votre décision. Nous effectuerons un traitement informatique de vos données personnelles sauf opposition de votre part. Vous serez averti(e) par votre médecin, si des faits nouveaux pouvaient affecter votre volonté de participer à l'étude.

9. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, un médecin ou infirmier(ère) du service d'addictologie de Poitiers pourra répondre à tout moment à toutes vos questions concernant l'étude. Vous pourrez contacter le secrétariat du service au 05 49 01 43 43.

A l'issue de l'étude, et à votre demande, vous pourrez être informé(e) des résultats globaux de la recherche par votre médecin.

10. Confidentialité et utilisation des données médicales

Conformément au RGPD, vos données sont traitées sur la base légale de l'exécution d'une mission d'intérêt public et en accord avec la nécessité de traiter les données de santé à des fins scientifiques. Vos données individuelles identifiantes nécessaires à l'étude, sont transmises sous forme codée (pseudonymisation) au promoteur, pour être traitées par informatique afin d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif qui vous a été présenté. Sous cette forme, il peut les transmettre, en Europe, à des organismes collaborant à la recherche ainsi qu'aux Autorités de Santé Françaises ou Étrangères.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique et aux libertés, à la MR003 de la CNIL :

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification que vous pouvez exercer auprès l'investigateur de l'étude qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui, seul, connaît votre identité.

Il est possible que vous ne puissiez exercer certains droits prévus par le RGPD (limitation, effacement) si cela devait compromettre la réalisation des objectifs de l'étude.

Vous disposez d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées et traitées dans le cadre de cette recherche.

Si vous décidez de vous retirer de l'étude, les données codées recueillies avant votre retrait seront traitées avec les autres données recueillies dans le cadre de l'étude, mais aucune donnée



LETTRÉ D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION DESTINÉE AUX PARTICIPANTS A UNE RECHERCHE OBSERVATIONNELLE

nouvelle vous concernant ne sera recueillie ou traitée. Dans ce cas, vos données ne seront absolument pas utilisées ultérieurement ou pour une autre recherche.

Le représentant mandaté par le promoteur ou par des Autorités de Santé, tenu au secret professionnel, peut avoir accès à votre dossier médical pour contrôle de conformité.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique. »

Vous pouvez également contacter la Déléguée à la Protection des Données désignée par le CH Henri Laborit par mail (traitement.donnees.urc@ch-poitiers.fr) ou par voie postale (Déléguée à la Protection des Données, CH Henri Laborit, 370 avenue Jacques Cœur, 86021 Poitiers Cedex).

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés – CNIL (autorité française de contrôle des données personnelles) à l'adresse suivante : <https://www.cnil.fr/fr/webform/adresser-une-plainte> , située 3 Pl. de Fontenoy, 75007 Paris.

L'ensemble des données sera conservé jusqu'à publication des résultats finaux de l'étude, puis les données seront archivées selon les délais établis par la réglementation en vigueur.

Annexe 2 : Questionnaire EPICES

Calcul du score EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	constante	75,14	

Calcul du score : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées**
Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions
 $EPICES = 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09$

Annexe 4 : Tableau A1

Tableau A1 : Tableau récapitulatif des différentes analyses de comparaison (Test du Chi-² de Pearson)

	Observant (N=34)	Inobservant (N=47)	Total (N=81)	p value
Sexe				0.063
<i>Femme</i>	9.0 (26.5%)	22.0 (46.8%)	31.0 (38.3%)	
<i>Homme</i>	25.0 (73.5%)	25.0 (53.2%)	50.0 (61.7%)	
Tranches Age				0.195
<i>18-25 ans</i>	0.0 (0%)	5.0 (10.64%)	5.0 (6.17%)	
<i>25-35 ans</i>	4.0 (11.76%)	8.0 (17.02%)	12.0 (14.81%)	
<i>35-45 ans</i>	14.0 (41.18%)	12.0 (25.53%)	26.0 (32.10%)	
<i>45-55 ans</i>	6.0 (17,65%)	13.0 (27.66%)	19.0 (23.46%)	
<i>55-65 ans</i>	7.0 (20,59%)	7.0 (14.89%)	14.0 (17.28%)	
<i>65-75 ans</i>	3.0 (8.82%)	2.0 (4.26%)	5.0 (6.17%)	
Statut Marital				0.377
<i>Marié/Pacsé</i>	4.0 (11.76%)	4.0 (8.51%)	8.0 (9.88%)	
<i>Célibataire</i>	14.0 (41.18%)	27.0 (57.45%)	41.0 (50.62%)	
<i>Divorce</i>	9.0 (26.47%)	6.0 (12.77%)	15.0 (18.52%)	
<i>Concubinage</i>	5.0 (14.71%)	9.0 (19.15%)	14.0 (17.28%)	
<i>Veuf</i>	2.0 (5.88%)	1.0 (2.13%)	3.0 (3.70%)	
Distance entre le domicile et le centre de soins				0.003
<i>< 10km</i>	6.0 (17.65%)	29.0 (61.70%)	35.0 (43.21%)	
<i>10-20 km</i>	6.0 (17.65%)	4.0 (8.51%)	10.0 (12.35%)	

20-30km	6.0 (17.65%)	6.0 (12.77%)	12.0 (14.81%)
30-40km	7.0 (20.59%)	4.0 (8.51%)	11.0 (13.58%)
40-50km	3.0 (8.82%)	3.0 (6.38%)	6.0 (7.41%)
>50km	6.0 (17.65%)	1.0 (2,13%)	7.0 (8,64 %)
Modalité adressage			0.345
Autonome	2.0 (5.88%)	5.0 (10.64%)	7.0 (8.64%)
CSAPA	11.0 (32.35%)	12.0 (25.53%)	23.0 (28.40%)
ELSA	2.0 (5.88%)	3.0 (6.38%)	5.0 (6.17%)
Post-cure	4.0 (11.76%)	1.0 (2.13%)	5.0 (6.17%)
Calliope	15.0 (44.12%)	22.0 (46.81%)	37.0 (45.68%)
Service d'hospitalisation en psychiatrie	0.0 (0%)	3.0 (6.38%)	3.0 (3.70%)
CMP	0.0 (0%)	1.0 (2.13%)	1.0 (1.23%)
Motif de venue			0.869
Sevrage	3.0 (8.82%)	5.0 (10.64%)	8.0 (9.88%)
Gestion	6.0 (17.65%)	10.0 (21.28%)	16.0 (19.75%)
Maintien	25.0 (73.53%)	32.0 (68.09%)	57.0 (70.37%)
Prescription médicale de transport			0.035
Non	16.0 (47.1%)	33.0 (70.2%)	49.0 (60.5%)
Oui	18.0 (52.9%)	14.0 (29.8%)	32.0 (39.5%)
Comorbidités Psychiatriques			0.303
Absence	9.0 (26.5%)	8.0 (17.0%)	17.0 (21.0%)
Présence	25.0 (73.5%)	39.0 (83.0%)	64.0 (79.0%)
Comorbidités Somatiques			0.339
Absence	13.0 (38.2%)	23.0 (48.9%)	36.0 (44.4%)
Présence	21.0 (61.8%)	24.0 (51.1%)	45.0 (55.6%)
Activité professionnelle			0.105

	<i>RSA</i>	3.0 (8.8%)	11.0 (23.4%)	14.0 (17.3%)	
	<i>Chômage</i>	2.0 (5.9%)	4.0 (8.5%)	6.0 (7.4%)	
	<i>Invalidité/AAH</i>	5.0 (14.7%)	15.0 (31.9%)	20.0 (24.7%)	
	<i>Arrêt de travail</i>	9.0 (26.5%)	5.0 (10.6%)	14.0 (17.3%)	
	<i>En emploi</i>	10.0 (29.4%)	7.0 (14.9%)	17.0 (21.0%)	
	<i>Retraite</i>	3.0 (8.8%)	2.0 (4.3%)	5.0 (6.2%)	
	<i>Sans revenu</i>	2.0 (5.9%)	3.0 (6.4%)	5.0 (6.2%)	
	Antécédent judiciaire				0.940
	<i>Non</i>	27.0 (79.4%)	37.0 (78.7%)	64.0 (79.0%)	
	<i>Oui</i>	7.0 (20.6%)	10.0 (21.3%)	17.0 (21.0%)	
	Présence de soutien social perçu par le patient				0.872
	<i>Non</i>	7.0 (20.6%)	9.0 (19.1%)	16.0 (19.8%)	
	<i>Oui</i>	27.0 (79.4%)	38.0 (80.9%)	65.0 (80.2%)	
	Type Addiction				0.640
	<i>DROGUES</i>	3.0 (8.8%)	6.0 (12.8%)	9.0 (11.1%)	
	<i>MIXTE</i>	8.0 (23.5%)	14.0 (29.8%)	22.0 (27.2%)	
	<i>ALCOOL</i>	23.0 (67.6%)	27.0 (57.4%)	50.0 (61.7%)	
	Sévérité				0.035
	<i>Sévère</i>	30.0 (88.2%)	32.0 (68.1%)	62.0 (76.5%)	
	<i>Modérée</i>	4.0 (11.8%)	15.0 (31.9%)	19.0 (23.5%)	
	Trouble de la personnalité				0.192

	<i>Non</i>	33.0 (97.1%)	42.0 (89.4%)	75.0 (92.6%)	
	<i>Oui</i>	1.0 (2.9%)	5.0 (10.6%)	6.0 (7.4%)	
	EDC				0.842
	<i>Non</i>	13.0 (38.2%)	19.0 (40.4%)	32.0 (39.5%)	
	<i>Oui</i>	21.0 (61.8%)	28.0 (59.6%)	49.0 (60.5%)	
	Trouble bipolaire				0.679
	<i>Non</i>	31.0 (91.2%)	44.0 (93.6%)	75.0 (92.6%)	
	<i>Oui</i>	3.0 (8.8%)	3.0 (6.4%)	6.0 (7.4%)	
	Trouble psychotique				0.133
	<i>Non</i>	34.0 (100.0%)	44.0 (93.6%)	78.0 (96.3%)	
	<i>Oui</i>	0.0 (0.0%)	3.0 (6.4%)	3.0 (3.7%)	
	Déficit intellectuel				0.377
	<i>Non</i>	32.0 (94.1%)	46.0 (97.9%)	78.0 (96.3%)	
	<i>Oui</i>	2.0 (5.9%)	1.0 (2.1%)	3.0 (3.7%)	
	PTSD				0.961
	<i>Non</i>	31.0 (91.2%)	43.0 (91.5%)	74.0 (91.4%)	
	<i>Oui</i>	3.0 (8.8%)	4.0 (8.5%)	7.0 (8.6%)	
	TDAH				0.392
	<i>Non</i>	34.0 (100.0%)	46.0 (97.9%)	80.0 (98.8%)	
	<i>Oui</i>	0.0 (0.0%)	1.0 (2.1%)	1.0 (1.2%)	
	Trouble anxieux				0.062

	<i>Non</i>	23.0 (67.6%)	40.0 (85.1%)	63.0 (77.8%)	
	<i>Oui</i>	11.0 (32.4%)	7.0 (14.9%)	18.0 (22.2%)	
	TCA				0.133
	<i>Non</i>	34.0 (100.0%)	44.0 (93.6%)	78.0 (96.3%)	
	<i>Oui</i>	0.0 (0.0%)	3.0 (6.4%)	3.0 (3.7%)	
	Système respiratoire : <i>Maladie pulmonaires (BPCO, Emphysème, SAOS)</i>				0.628
	<i>Non</i>	30.0 (88.2%)	43.0 (91.5%)	73.0 (90.1%)	
	<i>Oui</i>	4.0 (11.8%)	4.0 (8.5%)	8.0 (9.9%)	
	Système cardio-vasculaire : <i>Maladies cardiovasculaires (HTA, AVC Insuffisance cardiaque)</i>				0.542
	<i>Non</i>	28.0 (82.4%)	41.0 (87.2%)	69.0 (85.2%)	
	<i>Oui</i>	6.0 (17.6%)	6.0 (12.8%)	12.0 (14.8%)	
	Système endocrinien et métabolique <i>Maladies métaboliques et endocriniennes (Obésité, Hypercholestérolémie, Diabète de type 1 ou 2, Dysthyroïdie)</i>				0.679
	<i>Non</i>	31.0 (91.2%)	44.0 (93.6%)	75.0 (92.6%)	
	<i>Oui</i>	3.0 (8.8%)	3.0 (6.4%)	6.0 (7.4%)	
	Système gastro-intestinale <i>Maladies gastro-intestinales (Ulcères gastriques, Cirrhose hépatique, Hépatite B)</i>				0.577

	<i>Non</i>	31.0 (91.2%)	41.0 (87.2%)	72.0 (88.9%)	
	<i>Oui</i>	3.0 (8.8%)	6.0 (12.8%)	9.0 (11.1%)	
Système nerveux : Neuropathies, Maladie neurologiques (Epilepsie, AVC)					0.344
	<i>Non</i>	27.0 (79.4%)	41.0 (87.2%)	68.0 (84.0%)	
	<i>Oui</i>	7.0 (20.6%)	6.0 (12.8%)	13.0 (16.0%)	
Maladies infectieuses : VIH/SIDA, Tuberculose					0.237
	<i>Non</i>	33.0 (97.1%)	47.0 (100.0%)	80.0 (98.8%)	
	<i>Oui</i>	1.0 (2.9%)	0.0 (0.0%)	1.0 (1.2%)	

|

Annexe 5 : Serment d'Hippocrate



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



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

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

