

Mémoire de Maîtrise en médecine No

# Correspondance entre la perception de l'impact du traitement perçu par le patient et le thérapeute dans une cohorte de patients alcoolo-dépendants

## **Etudiante**

Jenny Duperrex

## **Tuteur**

Prof. Jean-Bernard Daepfen  
Service d'alcoologie, CHUV

## **Expert**

Prof. Jacques Besson  
Service de psychiatrie communautaire, CHUV

Lausanne, décembre 2016

## Sommaire

---

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>4</b>
<b>MÉTHODOLOGIE:</b> .....	<b>6</b>
ECHANTILLON : .....	6
MESURES : .....	7
ANALYSE STATISTIQUE : .....	8
<b>RÉSULTATS :</b> .....	<b>10</b>
1) NOMBRE DE DONNEES OBTENUES REpondant A LA QUESTION DE LA CORRESPONDANCE PATIENT ET CLINICIEN.....	10
2) COMPARAISON DES GROUPES DE REpondant/NON-REpondant.....	11
3) TAUX DE REponses A LA QUESTION DE LA CORRESPONDANCE.....	12
4) STATISTIQUE DESCRIPTIVE DU PATIENT ET CLINICIEN DE L'IMPACT DU TRAITEMENT .....	13
5) CORRELATION ENTRE L'AVIS DU PATIENT ET DU CLINICIEN .....	2
6) ANALYSE D'EQUATION D'ESTIMATION GENERALISEE.....	15
7) ANALYSE DES DIFFERENTES CATEGORIES DE CORRESPONDANCE .....	15
8) PREDICTEUR DES DIFFERENTES PERCEPTIONS PATIENT ET CLINICIEN .....	16
<b>DISCUSSION:</b> .....	<b>18</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>20</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>21</b>

## Abstract

---

**Introduction:** Dans le domaine des addictions, le principe d'autonomie est fondamental. Le patient a un rôle prédominant dans son traitement. Il doit être un partenaire actif dans ses soins afin de permettre sa guérison. L'entretien motivationnel est le modèle qui permet le mieux au patient d'être le pilier de son traitement. Il évite la confrontation en exigeant du clinicien de s'adapter à l'ambivalence du patient. Ce travail a pour objectif d'évaluer la correspondance de la perception de l'efficacité du traitement qui constitue une mesure de la qualité du partenariat patient-clinicien.

**Méthode:** CONTROL est une étude prospective, observationnelle évaluant un collectif de patients alcoolo-dépendants pris en charge par le service d'alcoologie du CHUV. Les patients ont répondu à un questionnaire initial puis ont été évalués prospectivement, tous les 3 mois pendant les deux premières années puis deux fois par année pendant la 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> année de suivi. Durant ce suivi, 67 couples patients et cliniciens ont répondu aux questions suivantes:

- Depuis les 3/6 derniers mois, selon vous, quel impact a eu le traitement sur l'état du patient?
- Depuis les 3/6 derniers mois, selon vous, quel impact a eu le traitement sur votre état?

**Résultats :** En moyenne, les patients et les cliniciens ont une perception favorable de l'impact du traitement. En effet, 57% des couples patient-clinicien perçoivent que l'état du patient est amélioré. La moyenne des réponses données par les patients, avec un score minimale de -2 et un score maximale de 3, était de 1.60 (état fortement amélioré). D'autre part, pour les cliniciens la moyenne était de 0.93 (état légèrement amélioré). Les patients ont donc eu une perception plus favorable du traitement. La correspondance entre le score donné par le patient et le clinicien était évalué par un coefficient de corrélation de Spearman, celui-ci étant égal à 0.53 (0 aucune corrélation, 1 corrélation parfaite). Cela correspond à une corrélation importante. Nous obtenons des résultats correspondant avec le modèle d'équation d'estimation généralisée qui nous permet de prendre en compte que les évaluations étaient répétées dans le temps. Nous constatons que dans le cas d'un accord entre le patient et le clinicien sur la perception de l'impact du traitement, la consommation d'alcool est moins importante que dans le cas contraire.

**Conclusion :** La correspondance entre la perception de l'impact du traitement perçue par le patient et le clinicien était importante, mais pas complètement partagée. Cette correspondance partielle nous indique qu'il serait important d'apporter plus de valeur au ressenti du patient.

### Mots-clés:

Alcool-patient-clinicien-perception-impact-traitement

## Introduction

---

Les principes éthiques en médecine se basent sur le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice (1) (2). Le principe d'autonomie est appliqué de manière différente dans les soins aigus par rapport aux soins chroniques(3). Dans les soins aigus le clinicien a un rôle actif dans la prise en charge de son patient, alors que le patient reste très passif dans le rôle qu'il peut apporter à sa maladie. Au contraire, dans le domaine des maladies chroniques et de l'addiction, le patient a un rôle prédominant dans son traitement (4)(5). Il doit s'investir pleinement et au long terme dans sa maladie pour éviter une recrudescence de la maladie. Le clinicien, quant à lui, a peu de moyens thérapeutiques pour que son patient prenne son traitement au long cours. Relevons cependant que de multiples maladies chroniques ne permettent que partiellement de respecter le principe d'autonomie dû à la survenue de barrières fonctionnelles, cognitives ou éducationnelles(6).

L'alcoolisme reste très difficile à traiter, le patient doit être très actif dans son traitement pour éviter une rechute. Un nombre important de rechute est reporté au cours des 5 premières années, comme le décrit l'étude de Vaillant (7) qui observe un taux de rechute de 41% après 2 ans d'abstinence, taux qui diminue considérablement pour atteindre seulement 7% après 6 ans. Pour éviter les rechutes, le clinicien dispose de peu de moyens et rencontre beaucoup de difficultés à venir en aide à son patient si celui-ci n'a pas la volonté d'arrêter (8). Le traitement aura une plus grande probabilité de succès s'il provient des choix, des valeurs et des intérêts du patient (9). Le traitement de l'addiction ne peut pas se faire par une prescription, comme pour beaucoup d'autres maladies. Le patient doit donc être un partenaire actif dans ses soins afin de permettre sa guérison(10). Il est au centre de son traitement.

Le modèle paternaliste est marqué par un rapport de force du clinicien face au patient, dans lequel le clinicien s'efforce de prendre la meilleure décision pour son patient sans prendre part de son avis (11). Dans ce modèle, le clinicien a un réflexe correcteur, mais il peut être néfaste lors du traitement des addictions car le patient détient toujours une ambivalence face à son traitement. Ce réflexe correcteur pousse le patient vers le déni de sa maladie et vers la résistance au traitement en le faisant se sentir moins en confiance envers son thérapeute.

Un modèle de plus en plus utilisé de nos jours repose sur l'entretien motivationnel (EM)(12)(13)(14), mentionné pour la première fois par le Prof. William Miller (15) dans la prévention de la consommation d'alcool. Ce modèle thérapeutique, contrairement à celui cité auparavant, cherche à éviter la confrontation entre le patient et le clinicien. Le clinicien s'adapte à l'ambivalence du patient. Le modèle de l'entretien motivationnel s'applique bien aux maladies chroniques et aux addictions. Il guide le patient vers le changement sans le lui imposer. Le patient va lui même trouver ses stratégies. Ce

modèle est centré sur le patient. Le service d'alcoologie du CHUV a été formé à cette approche de l'EM, la cohorte de patients sur laquelle a été réalisée cette étude repose donc sur ce modèle (16)(17).

De nombreuses études ont été réalisées sur les facteurs associés à la réussite du traitement de l'alcoolodépendance (16)(18)(19). Par contre, il y a encore très peu d'études sur la perception du patient alcoolo-dépendant du succès de son traitement (20). Dans la plupart des domaines médicaux, très peu de citations d'études sur la comparaison entre la perception par le patient et le clinicien de l'impact du traitement peuvent être trouvées. L'étude de LoCasale et al. (21) met en évidence la perception différente des effets secondaires du traitement par opioïdes par le patient et le clinicien. La communication entre le patient et le clinicien est essentiel pour optimiser le résultat du traitement (22). Cependant, une communication efficace est parfois difficile à instaurer à cause de la limitation du temps dans le milieu des soins(23)(24)(25) . Il est fréquent d'avoir une discordance entre la perception du patient et du clinicien dans différents domaines de la médecine (21) (26) (27). Cela peut compromettre les soins du patient et la prise en charge globale de sa maladie (21).

Il a été démontré dans différentes études qu'une meilleure communication entre le patient et le clinicien conduit à une augmentation de l'adhérence au traitement (25)(28). Selon Haskard-Zolnierek et al. (25), lorsque le patient se sent affaibli par la maladie, l'adhérence au traitement est diminué. L'inverse est observé dans le cas contraire.

A notre connaissance, aucune recherche n'a été menées sur la perception de l'effet du traitement sur la santé par le patient et le clinicien dans une cohorte de patients alcoolo-dépendants. C'est pour cela que nous nous y intéresserons. De plus, nous allons nous focaliser sur la question suivante: "Quels sont les facteurs qui vont dans le sens d'un accord entre le patient et le clinicien de l'impact du traitement ?".

## Méthodologie:

---

### **Echantillon :**

L'étude CONTROL menée par le Professeur Daepfen (16)(17) au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), est une étude prospective, observationnelle évaluant des adultes dépendant à l'alcool pour la première fois dans un service d'alcoologie (SA) du CHUV.

Les patients suivant un traitement pour la dépendance à l'alcool en consultation ambulatoire ou à l'hôpital ainsi que ceux qui étaient hospitalisés et référés au SA, ont été considérés éligibles pour cette étude. Le service d'alcoologie est une unité spécialisée du CHUV dans le traitement d'alcoologie. Les nouveaux patients qui consultaient ou qui étaient référés au SA ont tout d'abord été évalués par le personnel hospitalier du SA. Par la suite, une évaluation utilisant des questions standardisées a été réalisée par les assistants de recherche afin d'évaluer l'inclusion dans l'étude. Les patients ont été répartis sur 3 sites différents : le département des urgences, la consultation ambulatoire et la consultation hospitalière. Les catégories suivantes ont été exclues car non répondant aux critères de sélection: les patients ne répondant pas aux critères d'alcoolodépendance définis par le Mini Interview Neuropsychiatrique International (MINI) (29), les personnes âgées de moins de 18 ans, les patients non-francophones, les personnes n'ayant pas d'adresse fixe et finalement les patients ayant des problèmes psychologiques (Figure 2). Les participants ont été inclus seulement après leur consentement et il leur était à tout moment possible de se retirer de l'étude. Ce protocole (127/09) a été soumis et approuvé par la Commission d'éthique vaudoise de la recherche sur l'être humain (CER-VD). Les patients inclus dans l'étude ont reçu un traitement standard donné dans le SA par les médecins, infirmières et/ou les psychologues. L'étude se focalise sur les caractéristiques de base des patients ayant eu une influence sur la consommation d'alcool. Au début du traitement, une évaluation de l'histoire de la consommation d'alcool du patient, sa sévérité, les répercussions sur lui-même et une évaluation somatique et psychiatrique ont été réalisées. Après l'évaluation initiale, les patients ont été invités à poursuivre un programme de traitement standard et de décider leurs objectifs quant à leur consommation journalière. Si les patients décidaient d'être totalement abstinents, un traitement d'oxazepam leur était donné pour éviter les symptômes de sevrages (30). Les patients ont été suivis par une combinaison de traitements médicaux, de traitements du sevrage d'alcool, d'entretiens motivationnels et de la prévention de la rechute qui a pu être proposée en groupe pour ceux qui le désiraient. Cette combinaison de traitement a été adaptée pour chaque patient selon ses souhaits. La fréquence et la durée ont été adaptées au cours du traitement.

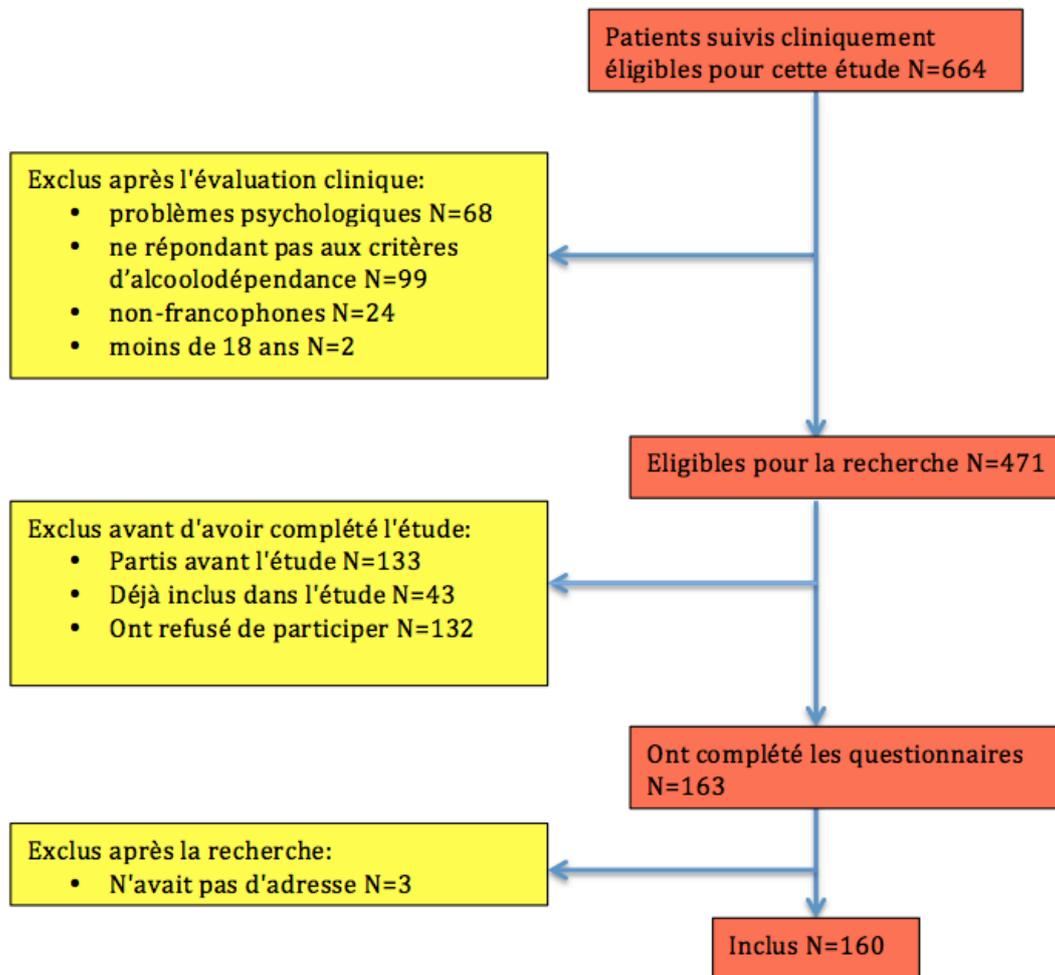


Figure 2: participants inclus

### Mesures :

Les patients ont tout d'abord répondu à un questionnaire de base. Par la suite, la première et la deuxième année, un questionnaire a été établi au sein d'un établissement spécialisé avec une fréquence trimestrielle. Puis, pendant la 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> année, un questionnaire a été proposé avec une cadence semestrielle (30, 36, 42, 48 mois).

Le résultat principal de ce travail a été déterminé par l'évaluation des réponses données par les patients et les cliniciens (P/C) aux questions suivantes:

- Depuis les 3/6 derniers mois, selon vous, quel impact a eu le traitement sur l'état du patient?
- Depuis les 3/6 derniers mois, selon vous, quel impact a eu le traitement sur votre état?

Lors de chaque visite, l'assistant de recherche a questionné le patient et le clinicien séparément, mais lors de la même journée. Les données relatives à cette étude sur la correspondance entre la perception de l'impact du traitement par le patient et le clinicien ont été analysées à 3, 6, 9, 15, 18, 21, 30, 36, 42 et 48 mois. Dans cette étude,

nous n'avons pas pris en compte le fait que certaines données aient été évaluées à 3 mois et d'autres à 6 mois.

En plus des réponses aux questions susmentionnées, nous avons utilisé 7 autres variables susceptibles d'expliquer le degré de correspondance observé entre patient et clinicien de l'impact du traitement. Parmi ces dernières, nous avons inclus les informations sociodémographiques de base, telles que l'âge et le genre. De plus, l'état de santé physique et mental a été évalué avec le score du SF-36 (31). La dépendance à l'alcool a été évaluée avec l'échelle de dépendance à l'alcool "Alcohol dependence Scale" (32), auto-questionnaire évaluant la quantité de la consommation et les symptômes de sevrage. La consommation quotidienne d'alcool, quant à elle, a été recueillie au cours du temps en utilisant la méthode du "time line follow back" (TLFB) (33). Les patients fournissaient une observation rétrospective de leur consommation au cours des 30 derniers jours. Cette méthode est utilisée pour calculer le nombre de jour d'abstinence par mois. Les conséquences d'un abus d'alcool ont été évaluées avec le questionnaire "the drinker inventory of consequences" (34), auto-questionnaire basé sur 5 domaines : physique, intra personnel, social, interpersonnel et le contrôle des impulsions. La dépression a été évaluée avec le score de BECK "Beck's depression inventory" (35), évaluant le désespoir, la culpabilité et les symptômes physiques.

### **Analyse statistique :**

Les points suivants ont été analysés dans cette étude:

1. Nombre de données obtenues répondant à la question de la correspondance patient et clinicien.
2. Comparaison des groupes de répondant /non répondant: A l'aide de la statistique descriptive, nous avons caractérisé ces deux groupes afin de les comparer.
3. Taux de réponses à la question de la correspondance P/C.
4. Statistique descriptive du patient et clinicien de l'impact du traitement.
5. Corrélations entre l'avis du patient et du clinicien: Nous avons évalué le coefficient de corrélation de Spearman pour quantifier la corrélation entre la perception du patient et celle du clinicien quant à l'impact du traitement. De plus, un graphique en nuage de point "scatter plot" a été fait pour permettre la représentation schématique des couples patient et clinicien.
5. Analyse d'équation d'estimation généralisée: nous avons utilisé une équation d'estimation généralisée (36) (37) "generalized estimating equation" (GEE) pour analyser la perception de l'impact du traitement par le clinicien et le patient. Le modèle GEE permet l'analyse des données corrélées et répétées au cours du temps. Il permet aussi de spécifier le type de distribution (ici: Gaussien), la méthode de corrélation utilisée (dans ce travail : "échangeable") ainsi que les fonctions de lien appropriées (ici : "identité").

6. Analyse des différentes catégories de correspondance: Nous avons divisé l'échantillon en 4 sous-groupes selon les réponses données par le patient et le clinicien.
7. Prédicteur des différentes perceptions patient et clinicien

## Résultats :

---

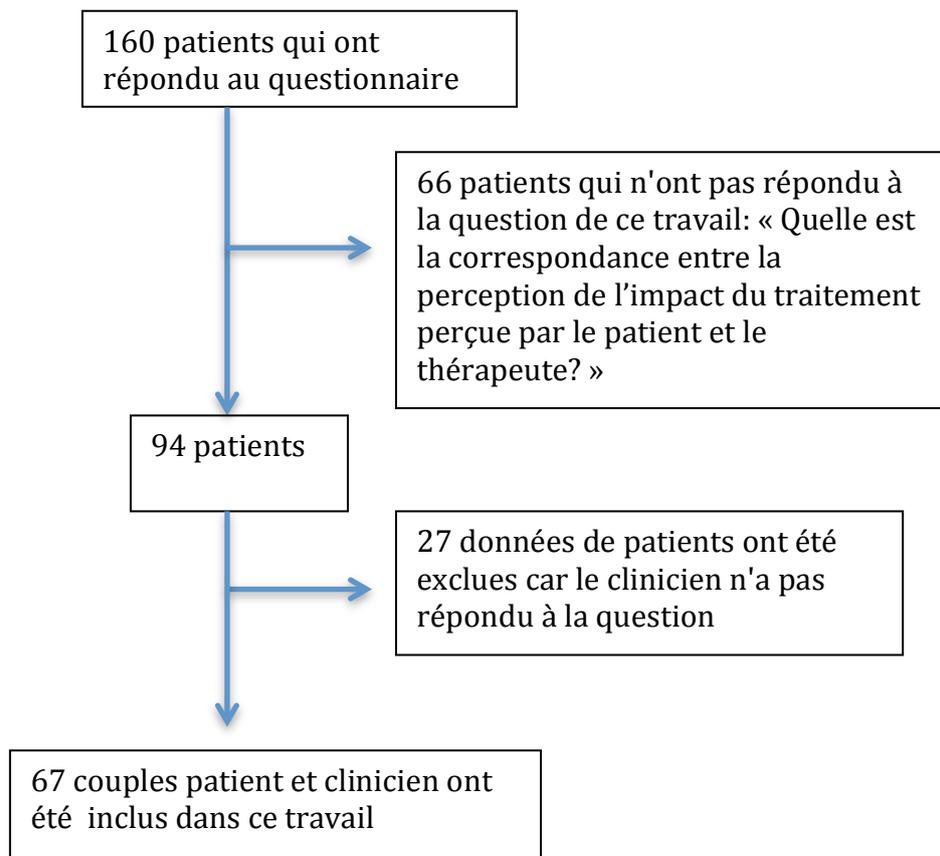
### 1) Nombre de données obtenues répondant à la question de la correspondance patient et clinicien

Globalement, nous disposons de 160 patients qui ont répondu aux questionnaires. Nonante-quatre (94) patients ont répondu à la question de ce travail qui est:

« Quelle est la correspondance entre la perception de l'impact du traitement perçue par le patient et le thérapeute? ».

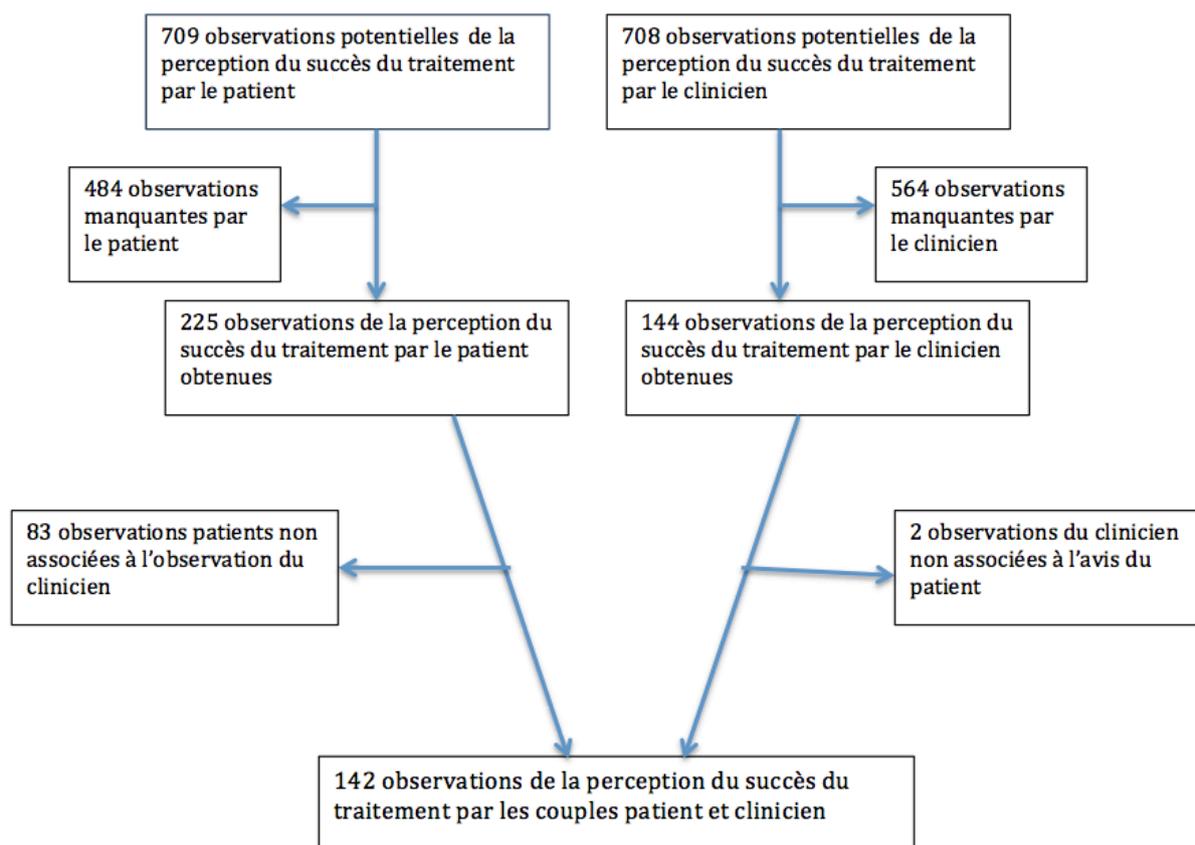
En outre, 27 autres patients ont aussi été exclus car la réponse de leur clinicien n'a pas été évaluée. Finalement, nous obtenons seulement 67 couples patient-clinicien qui ont répondu à la question principale de ce travail (comme illustré dans le Diagramme 1).

#### Diagramme 1: Représentation schématique de l'échantillon statistique du nombre de patient de cette étude



Comme le questionnaire a été évalué à plusieurs reprises, nous avons pu obtenir plusieurs réponses par le même couple patient et clinicien. Pour cette raison, il est plus pertinent d'analyser le nombre d'observations totales plutôt que le nombre de patients dans le contexte de ce travail. Au départ nous avons 709 observations potentielles de la part des patients et 708 par les cliniciens; on définit le nombre d'observations potentielles comme le nombre d'observations maximales théorique si on avait une réponse à cette question lors de tous les entretiens. Cependant, un nombre important d'observations manque car la question n'a pas été évaluée. Nous avons donc obtenu 225 observations de la perception des patients et 144 des cliniciens. Après avoir exclu toutes les observations du patient non associées avec celle du clinicien, nous avons pu inclure dans ce travail 142 observations des couples patient et clinicien sur la perception du succès du traitement (comme illustré dans le Diagramme 2). Les 67 couples patient et clinicien nous ont permis d'obtenir le nombre de 142 observations patient et clinicien.

**Diagramme 2 : Représentation schématique de l'échantillon statistique des observations de cette étude**



## 2) Comparaison des groupes de répondant/non-répondant

Afin de tester l'équivalence entre le groupe où nous avons obtenu une réponse à la question de la correspondance et le groupe de non répondants, nous avons comparé ces deux groupes selon leurs caractéristiques sociodémographiques et celles définissant

leur consommation d'alcool, dans le tableau 1. Si une équivalence est obtenue, nous pourrions généraliser nos résultats à tout le collectif.

L'âge moyen chez les répondant est de 46 ans (SD, 12ans; N=67), 68% sont des hommes, 44% sont mariés et 59% sont actifs dans la vie professionnelle. Parmi les caractéristiques sociodémographiques et les variables de la dépendance à l'alcool, il n'y a pas de différence significative entre les patients qui ont répondu à la question sur leur perception du succès du traitement par rapport à ceux qui n'y ont pas répondu.

**Tableau 1: Descriptif des 67 patients répondant et des patients chez lesquels aucune réponse n'a été obtenue**

	Non répondant N=93	Répondant N=67	p- value
<b>Caractéristique sociodémographique</b>			
Age (SD)	44.8 (11.9)	46.7 (12.1)	0.33
Genre, homme, N(%)	59 (63.4%)	46 (68.8%)	0.49
Marié/vit en concubinage, N(%)	30 (32.3%)	30 (44.8%)	0.11
Personne active, N(%)	39 (44.3%)	39 (59.1%)	0.07
<b>Dépendance à l'alcool, conséquence et facteurs associés</b>			
Age des 1 <sup>er</sup> signes de dépendance à l'alcool (SD)	31.6 (12.5)	34.1 (14)	0.23
Problèmes d'alcool dans la famille, N(%)	66 (71%)	42 (63%)	0.27
Fumeur <sup>1</sup> , N(%)	68 (73.1%)	46 (68.7%)	0.54
A consommé des drogues au cours des 3 derniers mois, N(%)	22 (23.9%)	14 (21.2%)	0.69
Utilisation de médicament actuellement <sup>2</sup> , N(%)	3 (3.2%)	5 (7.5%)	0.23
Score de dépendance à l'alcool <sup>3</sup> (ADS) (SD)	15.9 (7)	17.4 (8.6)	0.22
DrInc (conséquences de l'alcool) <sup>4</sup> (SD)	46.3 (25.5)	43.0 (27.2)	0.44
Dépression <sup>5</sup> (SD)	9.4 (6.3)	10 (7.09)	0.57
Consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours (TLFB) (SD) <sup>6</sup>	251.9 (276.6)	223.1 (242.2)	0.49
Nombre de personne qui soutiennent la démarche de réduction d'alcool <sup>7</sup> , N(%)	48 (52.2%)	39 (58.2%)	0.45

<sup>1</sup> Au moins une cigarette par jour durant les 3 derniers mois

<sup>2</sup> Au moins un de ces 3 médicaments: Naltrexone, acamprosate, disulfiram

<sup>3</sup> Un score de 14-21 indique un niveau intermédiaire de dépendance à l'alcool; 22-30 indique un niveau de dépendance important

<sup>4</sup> Score 0-45: Plus le score est haut plus les répercussions de l'alcool sur la vie du patient sont importantes

<sup>5</sup> Score de dépression de Beck : Score de 1-10 considéré comme normal

<sup>6</sup> Verre standard d'alcool égal à 10-12g d'alcool

<sup>7</sup> Variable dichotomique définie comme 1 lorsque tous leurs entourages les soutiennent dans la réduction de la consommation d'alcool et 0 dans les autres cas.

### 3) Taux de réponses à la question de la correspondance

Dans le tableau 2, nous décrivons le taux de réponses au cours des entretiens. La question de la perception du succès du traitement n'a pas été posée lors de chaque entretien. De plus, elle a été posée seulement au patient en suivi. Une forte baisse du nombre de patients en traitement au fil du temps est observée, le taux de réponses à la question varie de 46.6% à 0% après 4 ans de recherche. A la fin, nous n'obtenons plus aucune réponse. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il n'y a plus de patient en traitement.

**Tableau 2 : Nombre de répondants à la question de la correspondance. N=142 observations incluses dans l'étude**

	Nombre de réponses au questionnaire par le couple patient et clinicien au fil des mois (%), N=142
3 mois	55 (46.6%)
6 mois	36 (34.0%)
9 mois	13 (12.6%)
15 mois	7 (10.5%)
18 mois	11 (18.3%)
21 mois	7 (9.2%)
30 mois	4 (8.5%)
36 mois	2 (2.7%)
42 mois	7 (11.7%)
48 mois	0

### 4) Statistique descriptive du patient et clinicien de l'impact du traitement

Le tableau 3 reporte la statistique descriptive du patient et clinicien sur la correspondance entre la perception de l'impact du traitement. Les patients et les cliniciens ont globalement des réponses positives à cette question. Cela indique que le patient et le clinicien ont une perception favorable de l'impact du traitement. Cependant, le patient avec une moyenne de 1.60 (état fortement amélioré) donne des réponses plus positives que le clinicien avec une moyenne de 0.93 (état légèrement amélioré). Aucun patient ou clinicien ne pense que l'impact du traitement sur son état a été très fortement aggravé.

**Tableau 3: Statistique descriptive patient et clinicien**

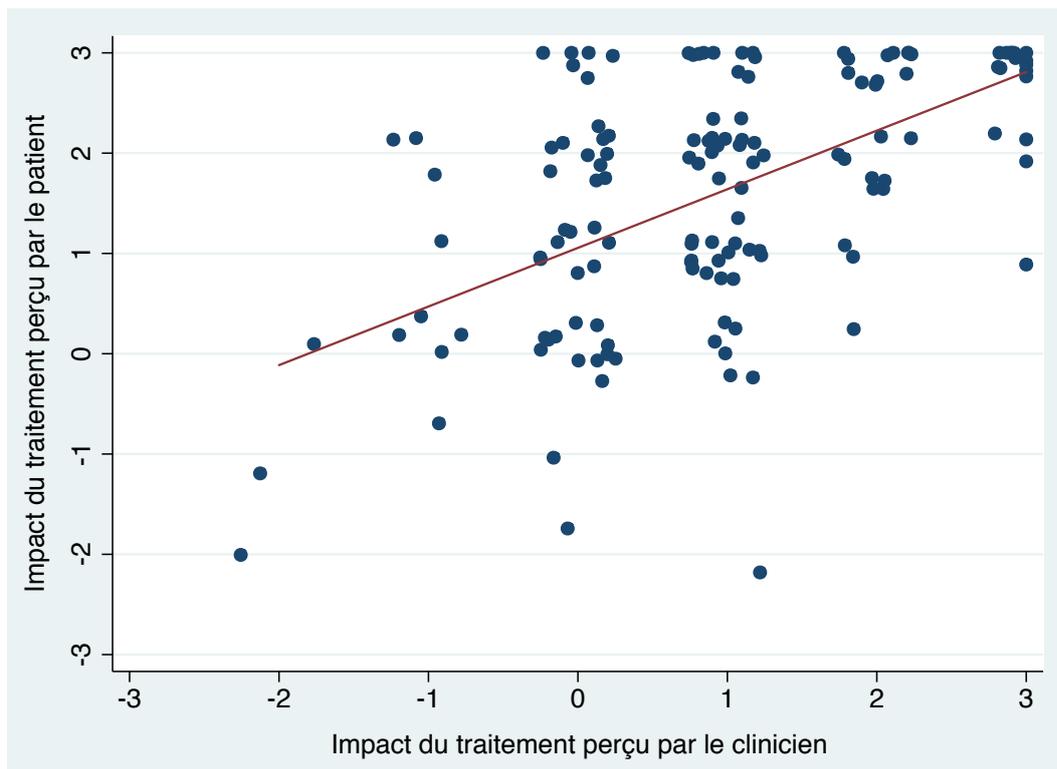
Variable	Nb observation	Moyenne des réponses	Déviations standard	Score Min.	Score Max.
Patient	142	1.60	1.24	-2	3
Clinicien	142	0.93	1.17	-2	3

- |           |                             |                             |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|
| Légende : | -3 : Très fortement aggravé | 0 : Aucun changement        |
|           | -2 : Fortement aggravé      | 1 : Légèrement amélioré     |
|           | -1 : Légèrement aggravé     | 2 : Fortement amélioré      |
|           |                             | 3 : Très fortement amélioré |

### 5) Corrélation entre l'avis du patient et du clinicien

On a calculé la corrélation du score des réponses des patients avec celui des réponses des cliniciens à l'aide du coefficient de corrélation de Spearman. Le coefficient de corrélation est de 0.53; cela correspond à une corrélation importante. La moyenne du score du patient et du clinicien montre que l'impact du traitement a été positif sur l'état du patient. La plupart des données sont concentrées de façon homogène autour de la droite de régression comme illustré dans le graphique 1. La tendance de ce graphique nous montre que les patients ont tendance à surévaluer l'impact de leur traitement par rapport au clinicien. Ce graphique nous montre un plus grand nombre de nuage de point au-delà de 0.

**Graphique 1 : corrélation entre l'avis du patient et celui du clinicien**



- |           |                             |                             |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|
| Légende : | -3 : Très fortement aggravé | 0 : Aucun changement        |
|           | -2 : Fortement aggravé      | 1 : Légèrement amélioré     |
|           | -1 : Légèrement aggravé     | 2 : Fortement amélioré      |
|           |                             | 3 : Très fortement amélioré |

## 6) Analyse d'équation d'estimation généralisée

Nous avons utilisé un modèle d'équation d'estimation généralisée (GEE) dans le but de tenir compte de la répétition des évaluations dans le temps (tableau 4). Ce modèle nous permet de prédire le score du clinicien en utilisant celui du patient. Ce modèle confirme une relation importante entre l'évaluation du patient et du clinicien, statistiquement significative ( $p < 0.0001$ ).

**Tableau 4 : Modèle d'équation d'estimation généralisée (GEE) <sup>1</sup>**

	Coefficient	Erreur standard	z	P>z	[95% Interval.	confiance]
patient	0.52	0.07	7.93	<0.0001	0.39	0.65
constante	0.12	0.14	0.84	0.402	-0.16	0.39

<sup>1</sup> N=67, avec 142 observations de la perception de l'impact du traitement perçu par le patient et le clinicien. Modèle d'équation d'estimation généralisée (GEE) définie par un type de distribution Gaussien et une méthode de corrélation échangeable.

Nombre d'observations par groupe :

Minimale=1  
Moyenne=2.1  
Maximale=9

## 7) Analyse des différentes catégories de correspondance

Dans le tableau 5, nous avons décidé de mettre en évidence les variables patient et clinicien qui sont parfaitement corrélées. Ce groupe représente un tiers de l'échantillon (chiffre en gras). Dans le reste de l'échantillon, même si les réponses ne sont pas parfaitement corrélées, nous pouvons observer qu'elles ont la même tendance (positive).

**Tableau 5 : corrélation entre le patient et le clinicien, N=142**

		Patient							
Score		-3	-2	-1	0	1	2	3	Total
C l i n i c i e n	-3	0	0	0	0	0	0	0	0
	-2	0	1	0	1	1	0	0	3
	-1	0	1	1	1	0	0	0	3
	0	0	1	4	12	6	1	0	24
	1	0	0	1	9	16	2	1	29
	2	0	0	3	11	17	8	3	42
	3	0	0	0	6	10	12	13	41
	Total	0	3	9	40	50	23	17	142

Le groupe bleu montre une correspondance entre l'avis du patient et du clinicien percevant que l'état du patient est aggravé ou sans changement (P-/C-). Ce groupe correspond à 22 (15.5%) couples patient et clinicien.

Le groupe violet montre une discordance entre l'avis du patient et du clinicien. Le clinicien perçoit une aggravation ou aucun changement de l'état du patient alors que le patient trouve que son état est amélioré (P+/C-). Ce groupe est égal à 30 (21.1%) couples patient et clinicien.

Le groupe jaune montre une discordance entre l'avis du patient et du clinicien. Le patient perçoit une aggravation ou aucun changement de son état alors que le clinicien trouve que l'état du patient est amélioré (P-/C+). Ce groupe est égal à 8 (5.6%) couples patient et clinicien.

Le groupe rouge montre une correspondance entre l'avis du patient et du clinicien sur la perception que l'état du patient est amélioré. Ce groupe correspond à 82 (57.6%) couples patient clinicien. Ce groupe est le plus important dans cette étude, le patient et le clinicien sont donc le plus souvent d'accord et satisfaits de l'impact du traitement sur l'état du patient.

## 8) Prédicteur des différentes perceptions patient et clinicien

**Tableau 7 : Comparaison des perceptions différentes entre patient et clinicien  
N=142**

<b>Amélioration + Péjoration -</b>	<b>Patient - Clinicien - N=22</b>	<b>Patient - Clinicien + N=8</b>	<b>Patient + Clinicien - N=30</b>	<b>Patient + Clinicien + N=82</b>
<b>Caractéristique socio- démographique</b>				
Age (SD)	46.6 (11.8)	48.2 (10.7)	50.4 (13.1)	46.7 (11.5)
Genre, homme, N(%)	13 (59.1%)	5 (62.7%)	14 (46.7%)	55 (67.1%)
<b>Dépendance à l'alcool, conséquence et facteurs associés</b>				
Etat de santé physique (SF-36) (SD) <sup>8</sup>	50.7 (11.5)	50.8 (12.4)	40.4 (13.5)	50.9 (10.1)
Etat de santé mentale(SF-36) (SD) <sup>9</sup>	41.9 (12.6)	38.6 (19.7)	40.4 (13.5)	44 (11.4)
DrInc (conséquences de l'alcool) (SD)	19.4 (20.3)	12.9 (16.8)	19 (18.5)	14 (18.7)
Dépression (ScoreBECK) (SD)	7.3 (6.5)	8 (5.7)	7 (6.2)	5.3 (5.2)
Consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours (TLFB) (SD)	135 (187.2)	78.5 (102.9)	119.7 (150.6)	38.5 (88.4)

<sup>8</sup> Score de 0-100: Plus le score est proche de 100 plus l'état de santé physique subjectif du patient est élevé

<sup>9</sup> Score de 0-100: Plus le score est proche de 100 plus l'état de santé mentale subjectif du patient est élevé

Dans le tableau 7, nous observons que l'âge moyen est de 46 à 50 ans et que tous les groupes concernent majoritairement des hommes. Il y a une différence significative en ce qui concerne la consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours dans les différents groupes. Lorsque un couple patient et clinicien pense qu'il y a eu une péjoration de l'état du patient (P-/C-), ce dernier consomme en moyenne 3.5 fois plus d'alcool que dans le cas contraire (P+/C+). Il est aussi intéressant de voir que si la réponse du clinicien va en faveur d'une amélioration de l'état alors que le patient en défaveur (P-/C+), il y a une consommation réduite en alcool par rapport au groupe où le patient est en faveur d'une amélioration de son état alors que le clinicien en défaveur (P+/C-). On peut en déduire que l'avis du clinicien est plus représentatif de l'état du patient lorsque ces deux acteurs ne sont pas d'accord. On observe la même tendance avec le score des conséquences de l'alcool. Les autres variables montrent peu de différences entre les différents groupes.

## Discussion:

---

L'impact du traitement perçu par le patient n'est que partiellement partagé par le clinicien. Malgré cela, nous pouvons faire l'hypothèse que, si un autre modèle que l'entretien motivationnel avait été utilisé, la correspondance entre l'avis du patient et du clinicien aurait été moins bonne. La discordance observée pourrait s'expliquer par le manque de communication entre les deux partis. Le manque de communication peut contribuer à une sous-évaluation de l'état du patient par le clinicien durant le traitement. La communication permet une meilleure compréhension par le patient de sa maladie et des effets secondaires du traitement (38). Cela permet au patient d'être entendu, d'avoir quelqu'un à qui confier les difficultés du traitement. Tous ces facteurs permettraient une meilleure communication et une meilleure adhérence au traitement. Une mauvaise communication peut conduire à une insatisfaction du patient de son traitement et à une moins bonne adhérence (25) voire à son arrêt. C'est pourquoi il serait intéressant d'identifier quelles sont les raisons de cette discordance pour la promotion de la santé dans de nouvelles recherches.

Les raisons d'un manque de communication peuvent être dues à un problème de la part d'un des deux partis. Les cliniciens peuvent être confrontés à un manque de temps ou penser que c'est au patient d'initier la conversation relative à son état. Les patients peuvent être gênés de parler des effets négatifs que le traitement a sur eux-mêmes. Ils pourraient ne pas avoir envie de décevoir leur médecin ou avoir peur des répercussions que cela pourrait engendrer. Certains pourraient croire que leurs problèmes devraient être résolus par eux seuls. Tous ces facteurs peuvent amener à une diminution de la communication entre ces deux acteurs.

En effet, certaines variables ne sont pas perçues de la même manière par le patient et le clinicien. Le clinicien pourrait ne pas prendre en compte les conséquences de l'arrêt de l'alcool sur la vie sociale du patient, son expérience face au traitement et son vécu de la maladie. Pourtant, ces différents facteurs peuvent avoir un rôle prépondérant sur l'impact du traitement.

Pour cette raison, il serait utile d'évaluer ces différents aspects du ressenti du patient lors de chaque consultation. On pourrait soumettre au patient un auto-questionnaire afin qu'il puisse y répondre de manière plus libre. Une formation clinique ainsi qu'une coordination des soins par un plus grand nombre de professionnels de la santé permettraient une amélioration de la prise en charge du problème.

Les limitations de cette étude sont de plusieurs ordres; tout d'abord nous constatons qu'il y a peu de différence entre le sous groupe de patients qui ont répondu à la question de ce travail et le groupe de non répondant. De plus, aucune différence entre ces deux groupes n'a été jugée statistiquement significative. Cela pourrait être une conséquence de la taille restreinte du collectif de patient. Si le collectif de patients était plus grand, les différences non significatives; entre ces deux sous-groupes deviendraient alors peut-

être significatives, ce qui nous permettrait de regrouper l'ensemble de ces données. Toutefois, si le collectif était plus grand, ces différences pourraient devenir tellement grandes, que nous serions forcés d'analyser ce collectif comme deux groupes différents. Pour cette raison, nous ne pouvons donc pas, à ce stade de l'étude, regrouper l'ensemble de ces données.

Deuxièmement, les données récoltées sont constituées en majeure partie par des hommes avec un âge moyen de 46 ans. Selon l'OFSP (39), le traitement de la dépendance à l'alcool est trois fois plus important chez les hommes que les femmes; ceci se retrouve aussi pour d'autres substances. Alors que l'âge d'admission dans un centre de traitement est le plus élevé pour l'alcool, en moyenne 46 ans, pour les consommateurs de cannabis elle se situe au niveau de la vingtaine.

Troisièmement, une diminution significative du nombre de répondants au questionnaire est perçue au cours des mois. Cela peut être dû à plusieurs raisons: tout d'abord, certains patients pourraient avoir complété leur parcours thérapeutique et donc avoir arrêté leur suivi. D'autre part, certains patients pourraient avoir arrêté leur traitement sans l'avoir complété ou pourraient avoir continué leur thérapie sans vouloir continuer leur participation à l'étude.

De plus, le patient perçoit l'impact du traitement de manière plus positive que le clinicien. Cela peut s'expliquer par le fait que le patient donne la réponse que le clinicien voudrait entendre (9). Les patients non satisfaits de l'impact du traitement ont plus de chance d'avoir arrêté cette étude, alors que les patients ayant poursuivi l'étude étaient plus optimistes.

Enfin, les réponses données par le clinicien et le patient auraient pu être influencées par les différences de culture et la pratique clinique.

## Conclusion

---

Pour conclure, l'impact du traitement de la dépendance à l'alcool sur l'état du patient n'est que partiellement partagé par le patient et le clinicien. Cette correspondance partielle nous indique qu'il serait important d'apporter plus de valeur au ressenti du patient. Différents outils pourraient nous permettre une meilleure communication. Tout d'abord, des auto-questionnaires pourraient être remplis de routine par le patient dans l'intervalle des séances. Ces questionnaires nous permettraient d'évaluer plus facilement l'état du patient et pourraient renforcer le lien thérapeutique. De plus, une augmentation des effectifs du personnel hospitalier pourrait faciliter la mise en oeuvre de ce projet, en permettant une augmentation du temps à disposition pour chaque patient. Enfin, des activités extra-formelles (sportive, jeu, cuisine) pourraient être envisagées pour augmenter le lien thérapeutique.

## Bibliographie

---

1. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ*. 1994;309(6948).
2. A. Lacapsagne Beneska. Convention européenne sur la biomédecine et les droits de l'homme. *J Int bioéthique*. 2001;
3. Davis RM, American N, Wagner EG. Patients as partners in managing chronic disease. *Br Medical J*. 2000;320(1):526–7.
4. Holman H, Lorig K. Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. *Public Health Rep [Internet]*. Association of Schools of Public Health; 2004 [cited 2016 Oct 23];119(3):239–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15158102>
5. Montori VM, Gafni A, Charles C. A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: the case of diabetes. *Heal Expect [Internet]*. Blackwell Science Ltd; 2006 Mar [cited 2016 Oct 23];9(1):25–36. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1369-7625.2006.00359.x>
6. Naik AD, Dyer CB, Kunik ME, McCullough LB. Patient Autonomy for the Management of Chronic Conditions: A Two-Component Re-Conceptualization. *Am J Bioeth [Internet]*. Taylor & Francis Group ; 2009 Feb 16 [cited 2016 Oct 23];9(2):23–30. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15265160802654111>
7. Vaillant GE, McGinnis JM FW, Robins LN R DA, EM J, GE V, Glueck S GE, et al. A Long-term Follow-up of Male Alcohol Abuse. *Arch Gen Psychiatry [Internet]*. American Medical Association; 1996 Mar 1 [cited 2016 Aug 19];53(3):243. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.1996.01830030065010>
8. Lavigne G. Perception du traitement de l'alcoolique par les travailleurs sociaux du Québec métropolitain. Université Laval; 1972.
9. Ryan RM, Plant RW, O'Malley S. Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addict Behav*. Pergamon; 1995;20(3):279–97.
10. Barrio P, Gual A. Patient-centered care interventions for the management of alcohol use disorders: a systematic review of randomized controlled trials. *Patient Prefer Adherence [Internet]*. 2016 Sep [cited 2016 Nov 5];Volume 10:1823–45.

Available from: <https://www.dovepress.com/patient-centered-care-interventions-for-the-management-of-alcohol-use-peer-reviewed-article-PPA>

11. Quill TE, Brody H. Physician Recommendations and Patient Autonomy: Finding a Balance between Physician Power and Patient Choice. *Ann Intern Med* [Internet]. American College of Physicians; 1996 Nov 1 [cited 2016 Oct 23];125(9):763. Available from: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-125-9-199611010-00010>
12. Rollnick S, Miller WR, Agostinelli G, Brown JM, Miller WR, BIEN TH, et al. What is Motivational Interviewing? *Behav Cogn Psychother* [Internet]. Cambridge University Press; 1995 Oct 16 [cited 2016 Oct 23];23(4):325. Available from: [http://www.journals.cambridge.org/abstract\\_S135246580001643X](http://www.journals.cambridge.org/abstract_S135246580001643X)
13. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational Interviewing. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. Annual Reviews ; 2005 Apr [cited 2016 Oct 23];1(1):91–111. Available from: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833>
14. Miller WR, Rollnick S. *L'entretien motivationnel: Aider la personne à engager le changement* [Internet]. 2ème. Paris: InterEdition; 2013 [cited 2016 May 10]. 448 p. Available from: [https://books.google.com/books?hl=fr&lr=&id=M\\_0TAgAAQBAJ&pgis=1](https://books.google.com/books?hl=fr&lr=&id=M_0TAgAAQBAJ&pgis=1)
15. Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behav Psychother* [Internet]. 1983;11(2):147–72. Available from: [http://www.journals.cambridge.org/abstract\\_S0141347300006583](http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0141347300006583)
16. Daepfen JB, Faouzi M, Sanglier T, Sanchez N, Coste F, Bertholet N. Drinking patterns and their predictive factors in CONTROL: A 12-month prospective study in a sample of alcohol-dependent patients initiating treatment. *Alcohol Alcohol*. 2013;48(2):189–95.
17. Daepfen JB, Faouzi M, Sanchez N, Rahlali N, Bineau S, Bertholet N. Quality of life depends on the drinking pattern in alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol*. 2014;49(4):457–65.
18. Bertholet N, Cheng DM, Palfai TP, Saitz R. Factors associated with favorable drinking outcome 12 months after hospitalization in a prospective cohort study of inpatients with unhealthy alcohol use. *J Gen Intern Med*. 2010;25(10):1024–9.
19. Long CG, Williams M, Midgley M, Hollin CR. Within-program factors as predictors of drinking outcome following cognitive-behavioral treatment. *Addict Behav*. 2000;25(4):573–8.
20. Fischer J. Alcoholic Patients' Perception of Treatment Milieu using Modified Versions of the Ward Atmosphere Scale (WAS) and Community Oriented Program

- Environment Scale(COPES)\*. *Addiction* [Internet]. Blackwell Publishing Ltd; 1977 Mar [cited 2016 Aug 19];72(3):213–6. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1360-0443.1977.tb00679.x>
21. Locasale RJ, Datto C, Wilson H, Yeomans K, Coyne KS. The Burden of Opioid-Induced Constipation: Discordance Between Patient and Health Care Provider Reports. *J Manag Care Spec Pharm*. 2016;22(3):236–45.
  22. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* [Internet]. 1995 May 1 [cited 2015 Sep 29];152(9):1423–33. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1337906&tool=pmc-entrez&rendertype=abstract>
  23. The American College of Gynecologists Obstetricians and. Effective Patient – Physician Communication. 2014;123(587):389–93.
  24. Travaline JM, Ruchinskas R, D’Alonzo GE. Patient-Physician Communication : Why and How. *JAOA*. 2005;105(1):13–8.
  25. Haskard-Zolnieriek KB, DiMatteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Med Care*. 2009;47(8):826–34.
  26. Janz NK, Wren PA, Copeland LA, Lowery JC, Goldfarb SL, Wilkins EG. Patient-physician concordance: Preferences, perceptions, and factors influencing the breast cancer surgical decision. *J Clin Oncol*. 2004;22(15):3091–8.
  27. Liker HR, Ducrotte P, Malfertheiner P. Unmet medical needs among patients with gastroesophageal reflux disease: a foundation for improving management in primary care. *Dig Dis*. 2009;27(1):62–7.
  28. Bofill LM, Lopez M, Dorigo A, Bordato A, Lucas M, Cabanillas GF, et al. Patient-provider perceptions on engagement in HIV care in Argentina. *AIDS Care* [Internet]. Routledge; 2014 Jan 14 [cited 2016 May 4];26(5):602–7. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540121.2013.844767>
  29. Sheehan D V, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 1998 Jan [cited 2014 Jul 10];59:22–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9881538>
  30. Daepfen J-B, Gache P, Landry U, Sekera E, Schweizer V, Gloor S, et al. Symptom-Triggered vs Fixed-Schedule Doses of Benzodiazepine for Alcohol Withdrawal. *Arch Intern Med* [Internet]. American Medical Association; 2002 May 27 [cited 2016 Apr 25];162(10):1117. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=211434>

31. Ware JE, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol.* 1998;51(11):903–12.
32. Skinner H, Horn J. *Alcohol Dependence Scale: Users Guide.* Toronto: Addiction Research Foundation; 1984.
33. Sobell L, Sobell M. Timeline follow-back. A technique for assessing self-reported ethanol consumption. In: Allen J, Litten RZ, editors. *Measuring Alcohol Consumption: psychosocial and biological methods.* Totowa, NJ: Humana Press; 1992. p. 41–72.
34. Miller W, Tonigan J, Longabaugh R. *The Drinker Inventory of Consequences (DrInC): An Instrument for Assessing Adverse Consequences of Alcohol Abuse.* In: DHHS Publication, editor. *Project MATCH Monograph Series.* Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1995.
35. Beck A, RA S. *Manual for the Beck Depression Inventory.* San Antonio, TX: The Psychological Corp.; 1987.
36. Liang K-Y, Zeger SL. Longitudinal Data Analysis Using Generalized Linear Models. *Biometrika* [Internet]. 1986 [cited 2016 Dec 6];73(1):13–22. Available from: <http://links.jstor.org/sici?sici=0006-3444%28198604%2973%3A1%3C13%3ALDAUGL%3E2.0.CO%3B2-D>
37. Prentic RL, Zha LP. Estimating Equations for Parameters in Means and Covariances of Multivariate Discrete and Continuous Responses. *Biometrics* [Internet]. 1991 [cited 2016 May 4];47:825–39. Available from: [http://www.jstor.org/stable/2532642?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/2532642?seq=1#page_scan_tab_contents)
38. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* [Internet]. Massachusetts Medical Society; 2005 Aug 4 [cited 2015 Jan 21];353(5):487–97. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra050100>
39. Office fédéral de la santé Publique. Fiche d'information : Traitement de la dépendance [Internet]. Office fédéral de la santé publique OFSP; 2012 [cited 2016 May 9]. Available from: <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/04355/10157/index.html?lang=fr>