

Dr Violaine Charriau*, Dr Florian Naudet**

* Fédération d'Addictologie, EPSM Morbihan, Rue de l'Hôpital, F-56896 Saint-Avé Cedex.

Tél. : 02 97 54 49 22 – Courriel : violaine.charriau@epsm-morbihan.fr

** EA-425 – Unité Comportement et noyaux gris centraux, Université de Rennes 1. Centre d'investigation clinique CIC-P Inserm 0203, Hôpital de Pontchaillou, CHU de Rennes et Université de Rennes 1, France

Reçu juin 2013, accepté juillet 2014

Hospitalisation sans consentement en addictologie

en comparaison avec l'hospitalisation libre en aigu et à deux ans

Résumé

Contexte : les hospitalisations sans consentement en addictologie sont fréquentes et peu évaluées. L'objectif était de comparer la population en hospitalisation libre (HL) avec celle hospitalisée à la demande d'un tiers (HDT). **Méthodologie :** 108 adultes hospitalisés en HDT et 108 adultes hospitalisés en HL en addictologie, appariés selon le sexe, l'âge, le statut marital et le statut professionnel, ont été inclus dans cette étude monocentrique, rétrospective durant l'année 2008. **Résultats :** Les patients en HDT étaient plus souvent hospitalisés pour des motifs d'alcoolisation aiguë ($p < 0,01$), d'ivresse pathologique ($p < 0,01$), d'autoagressivité ($p < 0,01$) et d'hétéroagressivité ($p = 0,02$) que les patients en HL. Les patients en HL présentaient quant à eux plus de comorbidités psychiatriques (troubles anxieux : $p < 0,01$, et trouble de la personnalité : $p = 0,05$). À deux ans cependant, aucune différence d'évolution, en termes de recours aux soins, n'a pu être mise en évidence entre les deux groupes. **Discussion :** la motivation au changement est fluctuante chez les patients dépendants. L'hospitalisation sans consentement traduit le plus souvent un moment de crise et ne semble pas corrélée à un pronostic aggravé pour ces patients en comparaison aux patients en HL.

Mots-clés

Addiction – Hospitalisation sans consentement – Évolution.

Summary

Usefulness of involuntary hospitalization in addictology: a retrospective study

Background: hospitalizations without consent of patients with substance use disorders are frequent and under-evaluated. The aim of the study was to compare inpatients treated for detoxification both without consent or voluntary admission. **Methods:** this comparative retrospective and monocentric study compared 108 admitted inpatients without consent (WP) with 108 voluntary admitted inpatients (VP) matched for age, gender, marital and professional status. **Results:** WP were more often admitted for an acute substance related disorder (acute intoxication ($p < 0.01$) or a behavioral disorder like autoagressivity ($p < 0.01$) or heteroagressivity ($p = 0.02$). VP were more often admitted for detoxification itself ($p < 0.01$) and had more chronic psychiatric disorders (anxiety disorder: $p < 0,01$, and personality disorder: $p = 0,05$). No differences were found in two-year time between WP and VP. **Discussion:** hospitalization without consent may not be associated with a negative prognosis compared to voluntary hospitalization for patients with substance use disorder.

Key words

Addiction – Admission without consent – Treatment outcome.

Les hospitalisations sans le consentement du patient (HSC) représentent 13 % de l'ensemble des hospitalisations en psychiatrie en France (1) et sont indiquées en présence de troubles mentaux nécessitant des soins immédiats et rendant impossible le consentement aux

soins. Il s'agit à la fois de mesures de privation de liberté, qui peuvent être prises pour des raisons d'ordre public, et de mesures d'obligation de soins. La question du discernement en cas de maladie mentale a été au centre de la construction de l'organisation des soins en psychiatrie,

depuis la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés jusqu'à sa réforme avec la loi de 1990, puis plus récemment avec la loi de 2011. Il est nécessaire de trouver un *"juste équilibre entre, d'une part, un devoir d'assistance à des personnes qui ne peuvent justement évaluer leurs besoins en raison de leurs troubles mentaux [...] et, d'autre part, la garantie des libertés individuelles et de la dignité des personnes"* (2). La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 distingue les soins à la demande d'un tiers (SDT), anciennement hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), et les soins sur demande du représentant de l'État (SDRE), anciennement hospitalisation d'office (HO) (3).

Les problèmes addictologiques représentent de 18 à 37 % des HSC (1, 4, 5), les indications étant définies par la Haute autorité de santé (6) : 1) l'alcoolisation aiguë ou chronique, si elle est associée à des troubles psychiatriques et/ou des antécédents de passage à l'acte et/ou un risque prévisible pour le patient ou pour autrui ; 2) l'incurie en lien avec l'alcool-dépendance en association avec des troubles cognitifs et/ou des troubles de l'humeur et/ou un délire ou des hallucinations. Les données épidémiologiques concernant les HSC pour troubles addictifs sont rares. Une étude réalisée dans le Morbihan – sur l'ensemble des établissements de santé concernés du département – indique que les SDT représentent la plus grande partie de ces HSC (87 % contre 13 % pour les SDRE) et qu'un tiers des patients passent de SDT en hospitalisation libre (HL) (1).

Au-delà d'un premier objectif de protection vis-à-vis d'un danger immédiat pour la personne, le deuxième objectif d'une HSC est la cure en elle-même. Celle-ci est nécessaire dans le parcours de soin de nombreux patients ayant un trouble addictif : elle permet, d'une part, la mise à distance de la substance et, d'autre part, le travail sur la motivation, la création d'une alliance thérapeutique, le traitement des comorbidités et la préparation du suivi (7). Le travail motivationnel est central en addictologie et repose notamment sur la balance décisionnelle, mettant en perspective deux leviers : la motivation au changement et la contrainte au changement (8). Dans la majorité des cas, les patients adhèrent au processus de soin, mais lorsque cela n'est pas le cas, leur refus de soin ne doit pas être seulement perçu comme une décision relevant du libre-arbitre car les troubles addictifs entraînent souvent une aliénation (perte de liberté de s'abstenir de consommer par exemple), voire un déni. Si l'hospitalisation contrainte permet de garantir la protection immédiate de la personne, les données venant étayer son intérêt thérapeutique au-delà du court terme sont en revanche très limitées (1).

En vue de clarifier la place des SDT en addictologie, l'objectif principal de cette étude était de comparer la population en HL avec celle hospitalisée en HDT. L'hypothèse générale était que ces deux populations diffèrent cliniquement en aigu, au moment de la décision de l'admission (point de vue synchronique), alors qu'elles ne diffèrent pas dans leur trajectoire de soin après l'hospitalisation (point de vue diachronique).

Pour caractériser les patients hospitalisés en HDT, l'objectif secondaire était de comparer au sein de cette population les patients poursuivant les soins en HL et ceux restant hospitalisés sous contrainte jusqu'à la fin de la cure.

Méthodes

Afin de répondre à l'objectif principal, ont été inclus dans cette étude monocentrique, comparative et rétrospective l'ensemble des patients hospitalisés en HDT dans la Fédération d'addictologie de l'Établissement public de santé mentale (EPSM) Morbihan durant l'année 2008 (1^{er} janvier au 31 décembre inclus). La Fédération d'addictologie accueille dans deux unités de 25 lits chacune des patients hospitalisés librement ou sans leur consentement, en hospitalisation complète. Les patients admis en HDT dans la Fédération pour un motif autre qu'addictologique – patients "hébergés" en attente d'une place dans un pavillon de psychiatrie générale – étaient exclus de l'étude. Un échantillon témoin a été constitué de patients en HL, également hospitalisés dans la Fédération d'addictologie durant cette même période : chaque patient HDT a été apparié à un patient HL selon le sexe, l'âge (moins de 20 ans, 20 à 30 ans, 30 à 40 ans, 40 à 50 ans, 50 à 60 ans, plus de 60 ans), le statut marital (seul ou en couple) et le statut professionnel (actif ou inactif). Les échantillons ont été constitués grâce à une requête SQL (annexe 1) à partir du Dossier patient informatisé (9). Pour tous les patients, s'il y avait eu plusieurs hospitalisations dans l'année 2008, les données retenues concernaient la première hospitalisation de l'année.

En vue de répondre à l'objectif secondaire, deux sous-groupes de patients en HDT ont été définis : les patients poursuivant l'hospitalisation en HDT (HDT_{hdt}) jusqu'à son terme et ceux dont la mesure était levée afin de poursuivre la prise en charge en HL (HDT_{hl}). Ils ont été comparés entre eux et aux patients en HL.

Les critères de jugement ont été recueillis dans le dossier médical des patients : observations médicales pour les

patients en HL ; observations médicales et certificats médicaux pour les patients en HDT.

Les critères de jugement suivants permettaient de comparer les groupes de manière synchronique, en aigu :

- le motif d'hospitalisation, les patients pouvant avoir plusieurs motifs d'hospitalisation associés parmi les suivants : 1) sevrage, 2) addiction connue, 3) troubles du comportement, 4) alcoolisation aiguë, 5) hétéroagressivité, 6) ivresse pathologique, 7) autoagressivité, 8) trouble psychiatrique aigu, 9) trouble psychiatrique chronique, 10) dégradation somatique (altération de l'état général), 11) problème somatique (ou de sevrage) ;
- le mode d'entrée : urgente – via le service d'accueil des urgences ou le service d'admission de l'EPSM où le patient peut se présenter de lui-même ou être adressé par un médecin – ou programmée – suite à une consultation de préadmission ou suite à une hospitalisation en médecine ou dans un pavillon de psychiatrie générale ;
- les diagnostics retenus, cotés dans le dossier médical selon la CIM-10 (10), les patients pouvant avoir plusieurs diagnostics associés parmi les suivants : 1) trouble lié à l'utilisation d'alcool – code F10, 2) trouble lié à l'utilisation d'autres substances (opiacés, cannabis, sédatifs et hypnotiques, drogues multiples) – codes F11, F12, F13 et F19, 3) trouble de la personnalité – codes F60-69, 4) trouble psychotique (trouble délirant persistant, schizophrénie, personnalité schizoïde) – codes F20-29, 5) trouble de l'humeur – codes F30, F31, F34, F38 et F39, 6) trouble dépressif – codes F32 et F33, 7) trouble anxieux – codes F40-43, 8) retard mental – codes F70-79 ;
- la durée de l'hospitalisation en addictologie ; cette donnée permettait de préciser quels patients poursuivaient la

cure de sevrage jusqu'à son terme (le service propose des cures de trois semaines).

Les critères de jugement suivants permettaient de comparer les groupes de manière diachronique, concernant l'évolution du patient dans les deux années suivant l'hospitalisation :

- le nombre de réhospitalisations dans ce même service d'addictologie durant l'année (2008) : les réhospitalisations en addictologie hors de l'EPSM Morbihan n'étaient pas renseignées de manière systématique donc n'ont pas été prises en compte ;
- le nombre de réhospitalisations dans ce même service d'addictologie à deux ans (année 2010) ;
- l'existence d'un suivi ambulatoire post-hospitalisation, c'est-à-dire au moins un acte ambulatoire (consultation psychiatrique ou infirmière) ou d'hospitalisation de jour ou de centre d'accueil thérapeutique à temps partiel. Les consultations aux urgences médico-psychologiques ou en addictologie de liaison n'étaient pas considérées comme un acte de suivi ambulatoire ;
- le nombre de patients décédés en 2010, sans préciser la cause du décès.

Une analyse statistique descriptive a été réalisée, comportant des estimations ponctuelles, nombres et pourcentages pour les variables qualitatives, moyennes, écart types pour les variables quantitatives. Les comparaisons des groupes entre eux ont été effectuées à l'aide du test du χ^2 (ou du test de Fisher) pour les variables qualitatives et du test t de Student (ou du test de Wilcoxon) pour les variables quantitatives. L'analyse a été réalisée à partir du logiciel R (11).

Résultats

Sur une file active en addictologie de 956 patients, 112 (11,7 %) ont été hospitalisés en HDT durant l'année 2008. Seuls 108 de ces patients ont été retenus pour l'étude, quatre d'entre eux n'ayant pas trouvé d'appariement avec un patient en HL : il s'agissait d'une femme seule et active d'une vingtaine d'années, d'un homme seul et actif de moins de 20 ans, d'un homme seul et inactif de moins de 20 ans et d'une femme en couple, active, entre 40 et 50 ans. La grande majorité était hospitalisée pour des troubles en lien avec la consommation d'alcool. Les patients en HDT qui restaient en HDT (HDT_{hdt}) étaient au nombre de 64 (59 %) et 44 patients en HDT (41 %) poursuivaient les soins en HL (HDT_{hl}). Les données sociodémographiques des échantillons constitués sont précisées dans le tableau I.

Annexe 1. – Requêtes SQL utilisées pour identifier les patients à inclure dans l'étude

• Patients HDT en addictologie en 2008

```
SELECT count (distinct (nident)) from identites where
nident in (select distinct (NIDENT) from pec where
(debutmvt <='31/12/2008' and (finmvt>='01/01/2008' or
finmvt is null) and type in (select type from actes where
categorie='1') and placement ='2' and lieu in (select lieu
from lieux where secteur in('56Z04'))))
```

• Patients HL en addictologie en 2008

```
SELECT count (distinct (nident)) from identites where
nident in (select distinct (NIDENT) from pec where
(debutmvt <='31/12/2008' and (finmvt>='01/01/2008' or
finmvt is null) and type in (select type from actes where
categorie='1') and placement ='1' and lieu in (select lieu
from lieux where secteur in('56Z04'))))
```

Tableau I : Description initiale (variables sociodémographiques)

Variable		Hospitalisation libre – HL (n = 108)	Hospitalisation à la demande d'un tiers – HDT (n = 108)		Valeur p
			HDThl (n = 44)	HDThdt (n = 64)	
Sexe	Homme	73 (67,6 %)	31 (70,5 %)	42 (65,6 %)	0,68
	Femme	35 (32,4 %)	13 (29,5 %)	22 (34,4 %)	
Âge	< 20 ans	1 (0,9 %)	0 (0,0 %)	1 (1,6 %)	1,00
	20-30 ans	17 (15,7 %)	6 (13,6 %)	11 (17,2 %)	0,77
	30-40 ans	23 (21,2 %)	4 (9,1 %)	19 (29,7 %)	0,02
	40-50 ans	33 (30,6 %)	20 (45,5 %)	13 (20,3 %)	< 0,01
	50-60 ans	22 (20,4 %)	8 (18,2 %)	14 (21,9 %)	0,80
	> 60 ans	12 (11,1 %)	6 (13,6 %)	6 (9,4 %)	0,54
Statut marital	En couple	52 (48,1 %)	20 (45,5 %)	32 (50,0 %)	0,68
	Célibataire	56 (51,9 %)	24 (54,5 %)	32 (50,0 %)	
Statut professionnel	Actif	33 (30,6 %)	15 (34,1 %)	18 (28,1 %)	0,53
	Inactif	75 (69,4 %)	29 (65,9 %)	46 (71,9 %)	

HDThdt : hospitalisation à la demande d'un tiers maintenue jusqu'à la sortie de l'hospitalisation. HDThl : hospitalisation à la demande d'un tiers convertie en hospitalisation libre durant le séjour. Valeur p : comparaison HDThl et HDThdt (HDT et HL étant appariés sur ces variables).

Tableau II : Comparaison des patients en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) avec les patients en hospitalisation libre (HL)

Variables		HDT (n = 108)	HL (n = 108)	Valeur p
Synchroniques	Durée des soins (jours)	17,53 ± 9,79	15,83 ± 9,79	0,18
	Soins addictologiques menés à terme	46 (42,6 %)	54 (50,0 %)	0,35
	Entrée urgente	108 (100,0 %)	86 (79,6 %)	< 0,01
Motifs d'hospitalisation	Trouble du comportement	14 (12,9 %)	7 (6,5 %)	0,17
	Alcoolisation aiguë	85 (78,7 %)	32 (29,6 %)	< 0,01
	Hétéroagressivité	18 (16,7 %)	6 (5,5 %)	0,02
	Ivresse pathologique	15 (13,8 %)	2 (1,8 %)	< 0,01
	Autoagressivité	35 (32,4 %)	13 (12,0 %)	< 0,01
	Trouble psychiatrique aigu	26 (24,1 %)	35 (32,4 %)	0,21
	Trouble psychiatrique chronique	20 (18,5 %)	33 (30,6 %)	0,07
	Dégradation somatique	18 (16,7 %)	12 (11,1 %)	0,33
	Problème somatique	8 (7,4 %)	14 (13,0 %)	0,27
	Sevrage	0 (0,0 %)	92 (85,2 %)	< 0,01
	Dépendance à l'alcool connue	90 (83,3 %)	11 (10,2 %)	< 0,01
	Dépendance aux autres toxiques connue	11 (10,2 %)	16 (14,8 %)	0,41
Diagnostics CIM10	Trouble lié à l'utilisation d'alcool	93 (86,1 %)	87 (80,6 %)	0,37
	Trouble lié à l'utilisation d'autres toxiques	10 (9,3 %)	18 (16,7 %)	0,15
	Cannabis	3 (2,8 %)	5 (4,6 %)	0,72
	Opiacés	2 (1,8 %)	5 (4,6 %)	0,44
	Sédatifs et hypnotiques	3 (2,8 %)	3 (2,8 %)	1,00
	Drogues multiples	2 (1,8 %)	4 (3,7 %)	0,69
	Trouble de l'humeur	9 (8,3 %)	10 (9,3 %)	1,00
	Trouble dépressif	29 (26,9 %)	38 (35,2 %)	0,25
	Trouble anxieux	4 (3,7 %)	23 (21,3 %)	< 0,01
	Trouble de la personnalité	19 (17,6 %)	32 (29,6 %)	0,05
	Trouble psychotique	8 (7,4 %)	7 (6,5 %)	1,00
	Retard mental	1 (0,9 %)	1 (0,9 %)	1,00
	Notion de toxicomanie	16 (14,8 %)	23 (21,3 %)	0,29
	Notion de dépendance médicamenteuse	12 (11,1 %)	23 (21,3 %)	0,07
Diachroniques	Réhospitalisations en 2008	36 (33,3 %)	35 (32,4 %)	1,00
	Réhospitalisations en 2010	30 (27,8 %)	29 (26,8 %)	1,00
	Suivi ambulatoire	82 (75,9 %)	81 (75,0 %)	0,88
	Patients décédés	6 (5,5 %)	6 (5,5 %)	1,00

Le tableau II présente la comparaison des patients en HDT avec les patients en HL. Du point de vue synchronique, les motifs d'hospitalisation, tels que l'alcoolisation aiguë, l'ivresse pathologique, l'autoagressivité et l'hétéroagressivité, étaient significativement plus fréquents chez les patients en HDT. Le motif "sevrage" était significativement plus fréquent chez les patients en HL, alors que le motif "dépendance à l'alcool" était plus fréquent chez ceux en HDT. Du point de vue des diagnostics, les troubles de la personnalité et les troubles anxieux étaient plus fréquemment posés chez les patients en HL. Du point de vue diachronique, il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes concernant les critères de jugement retenus.

En comparaison aux patients en HL, les patients en HDThl étaient significativement plus souvent hospitalisés pour une alcoolisation aiguë (HDThl : 88,6 %, HL : 29,6 %,

$p < 0,01$), pour des conduites autoagressives (HDThl : 34,1 %, HL : 12 %, $p < 0,01$), pour le motif "dépendance à l'alcool" (HDThl : 81,8 %, HL : 10,2 %, $p < 0,01$), alors que le sevrage (HDThl : 0 %, HL : 85,2 %, $p < 0,01$) était un motif d'hospitalisation plus fréquent chez les patients en HL. Les diagnostics de dépendance aux médicaments (HDThl : 4,5 %, HL : 21,3 %, $p = 0,01$) et de trouble anxieux (HDThl : 2,3 %, HL : 21,3 %, $p < 0,01$) étaient plus fréquemment observés chez les patients en HL. La durée moyenne des soins en addictologie (HDThl : 22,9 jours, HL : 15,8 jours, $p < 0,01$) et le nombre de patients poursuivant les soins à terme (HDThl : 84,1 %, HL : 50 %, $p < 0,01$) étaient plus élevés pour les patients en HDThl.

En comparaison aux patients en HL, les patients en HDThdt étaient significativement plus souvent hospitalisés pour une alcoolisation aiguë (HDThdt : 71,8 %,

Tableau III : Comparaison des deux sous-groupes de patients en hospitalisation à la demande d'un tiers, convertie en hospitalisation libre durant le séjour (HDThl) ou maintenue jusqu'à la sortie de l'hospitalisation (HDThdt)

Variables		HDT (n = 108)	HDThl (n = 44)	HDThdt (n = 64)	Valeur p
Synchroniques	Durée des soins (jours)	17,53 ± 9,79	22,9 ± 6,4	13,8 ± 10,0	< 0,01
	Soins addictologiques menés à terme	46 (42,6 %)	37 (84,1 %)	18 (28,1 %)	< 0,01
	Entrée urgente	108 (100,0 %)	44 (100,0 %)	64 (100,0 %)	1,00
Motifs d'hospitalisation	Trouble du comportement	14 (12,9 %)	7 (15,9 %)	7 (10,9 %)	0,56
	Alcoolisation aiguë	85 (78,7 %)	39 (88,6 %)	46 (71,8 %)	0,06
	Hétéroagressivité	18 (16,7 %)	7 (15,9 %)	11 (17,2 %)	1,00
	Ivresse pathologique	15 (13,8 %)	4 (9,1 %)	11 (17,2 %)	0,28
	Autoagressivité	35 (32,4 %)	15 (34,1 %)	20 (31,2 %)	0,82
	Trouble psychiatrique aigu	26 (24,1 %)	13 (29,5 %)	13 (20,3 %)	0,35
	Trouble psychiatrique chronique	20 (18,5 %)	7 (15,9 %)	13 (20,3 %)	0,63
	Dégradation somatique	18 (16,7 %)	6 (13,6 %)	12 (18,7 %)	0,58
	Problème somatique	8 (7,4 %)	4 (9,1 %)	4 (6,2 %)	0,72
	Sevrage	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1,00
	Dépendance à l'alcool connue	90 (83,3 %)	36 (81,8 %)	54 (84,4 %)	0,79
	Dépendance aux autres toxiques connue	11 (10,2 %)	3 (6,8 %)	8 (12,5 %)	0,52
Diagnostics CIM10	Trouble lié à l'utilisation d'alcool	93 (86,1 %)	39 (88,6 %)	54 (84,4 %)	0,60
	Trouble lié à l'utilisation d'autres toxiques	10 (9,3 %)	2 (4,5 %)	8 (12,5 %)	0,19
	Cannabis	3 (2,8 %)	0 (0,0 %)	3 (4,7 %)	0,27
	Opiacés	2 (1,8 %)	1 (2,3 %)	1 (1,6 %)	1,00
	Sédatifs et hypnotiques	3 (2,8 %)	1 (2,3 %)	2 (3,1 %)	1,00
	Drogues multiples	2 (1,8 %)	0 (0,0 %)	2 (3,1 %)	0,50
	Trouble de l'humeur	9 (8,3 %)	5 (11,4 %)	4 (6,3 %)	0,48
	Trouble dépressif	29 (26,9 %)	11 (25 %)	18 (28,1 %)	0,82
	Trouble anxieux	4 (3,7 %)	1 (2,3 %)	3 (4,7 %)	0,65
	Trouble de la personnalité	19 (17,6 %)	7 (15,9 %)	12 (18,7 %)	0,79
	Trouble psychotique	8 (7,4 %)	2 (4,5 %)	6 (9,4 %)	0,47
	Retard mental	1 (0,9 %)	0 (0,0 %)	1 (1,6 %)	1,00
	Notion de toxicomanie	16 (14,8 %)	4 (9,1 %)	12 (18,7 %)	0,18
	Notion de dépendance médicamenteuse	12 (11,1 %)	2 (4,5 %)	10 (15,6 %)	0,10
Diachroniques	Réhospitalisations en 2008	36 (33,3 %)	17 (38,6 %)	19 (29,7 %)	0,40
	Réhospitalisations en 2010	30 (27,8 %)	14 (31,8 %)	16 (25,0 %)	0,52
	Suivi ambulatoire	82 (75,9 %)	37 (84,1 %)	45 (70,3 %)	0,11
	Patients décédés	6 (5,5 %)	0 (0,0 %)	6 (9,4 %)	0,09

HL : 29,6 %, $p < 0,01$), pour une ivresse pathologique (HDThdt : 17,2 %, HL : 1,8 %, $p < 0,01$), pour des conduites hétéroagressives (HDThdt : 17,2 %, HL : 5,5 %, $p = 0,01$) ou autoagressives (HDThdt : 31,2 %, HL : 12 %, $p < 0,01$) et pour le motif “dépendance à l’alcool” (HDThdt : 84,4 %, HL : 10,2 %, $p < 0,01$), alors que le motif “sevrage” (HDThdt : 0 %, HL : 85,2 %, $p < 0,01$) et le diagnostic de troubles anxieux (HDThdt : 4,7 %, HL : 21,3 %, $p < 0,01$) étaient significativement plus fréquents chez les patients en HL. Le nombre de patients poursuivant les soins à terme (HDThdt : 28,1 %, HL : 50 %, $p < 0,01$) était plus élevé pour les patients en HL.

Le tableau III présente la comparaison entre les patients en HDThdt et ceux en HDThl. Si les groupes HDThdt et HDThl se distinguent entre eux du point de vue synchrone (durée des soins plus longue et soins menés à terme plus fréquents chez les patients en HDThl), aucune différence significative n’a pu être retrouvée quand aux variables diachroniques. Sans que cela ne soit significatif, tous les décès ont été observés dans le groupe HDThdt.

Discussion

Principaux résultats

Il existait des différences, en aigu, entre les patients en HDT et ceux en HL. L’incapacité à consentir aux soins apparaît, en accord avec la littérature (4, 6), avant tout liée à la conduite d’alcoolisation en elle-même (alcoolisation aiguë) et à son retentissement en termes de troubles comportementaux (autoagressivité, hétéroagressivité et ivresse pathologique). Contrairement à des travaux précédents (12-14) mais en accord avec une étude plus récente (15), il n’y avait pas plus de comorbidités psychiatriques (ni d’atteinte cognitive) chez les patients en HDT qui auraient pu justifier ce mode d’hospitalisation. Les patients en HL avaient d’ailleurs reçu plus de diagnostics de troubles anxieux et de troubles de la personnalité. L’impact des comorbidités psychiatriques sur l’évolution de la maladie addictive est actuellement discuté : la plupart des études retrouvent un pronostic péjoratif (en termes de rechutes, sévérité clinique, mauvaise observance thérapeutique, comportements auto- et hétéroagressifs), cependant il y a peu d’études prospectives et des biais de confusion existent (notamment la co-occurrence avec un environnement défavorisé) (12). Une étude ne retrouve pas ce pronostic aggravé en termes de recherche de soin et de rémission sans aide (16) et une autre ne retrouve pas de différence

d’évolution de la maladie addictive entre patients déprimés et non déprimés (17).

Aucune différence d’évolution à deux ans, en termes de recours aux soins et de mortalité, n’a pu être mise en évidence entre les patients en HDT et ceux en HL. Ainsi, l’hospitalisation en HDT semble avoir le même impact qu’une HL dans le parcours de soin du patient dépendant. Pourtant, les soins sous contrainte en addictologie sont parfois considérés comme associés à un pronostic péjoratif, soit du fait de l’absence de conscience de la pathologie, soit du fait de l’existence d’une “pathologie plus grave” chez les patients en HDT (13, 18, 19). L’intérêt d’une prise en charge spécifique addictologique est pointé par plusieurs auteurs (1, 19) et peut expliquer le devenir similaire des deux populations de notre étude : la prise en charge était identique pour tous les patients ; ils bénéficiaient d’un programme de soin addictologique spécifique, individuel et de groupe, favorisant la création de l’alliance thérapeutique, permettant l’émergence de la motivation et limitant le mal-être pouvant découler du mélange des pathologies en secteur psychiatrique. Est-ce alors l’effet de la contrainte en elle-même ou l’effet des soins reçus qui est opérant ? Dissocier ainsi ces deux aspects est peu contributif. La réussite d’une prise en charge dépend de plusieurs facteurs (motivation au changement, qualité de la relation thérapeutique et des soins, contexte environnemental) jouant chacun un rôle plus ou moins grand : ce qui ressort de notre étude comparativement à d’autres est l’importance d’une prise en charge spécifique, peut-être d’autant plus que la motivation est faible.

De plus, si l’application de la loi relève d’une logique binaire à un temps donné, la conscience de la maladie et son corollaire, le consentement aux soins, relèvent d’un processus dynamique (8) évoluant au cours du temps et en fonction de l’“état” addictologique (intoxication en cours, en sevrage ou à distance du sevrage). La différence est parfois ténue, pour ce qui est de la motivation au changement, entre un refus de soins (actif) et l’acceptation (passive) d’être hospitalisé “de son plein gré” sur la pression des proches (famille, travail). Le fait que les patients en HDT, pour qui la mesure est transformée en HL, poursuivent plus fréquemment les soins à terme que les patients hospitalisés en HL illustre cette complexité.

La comparaison des deux sous-groupes de patients en HDT permet d’apporter quelques nuances. Si les deux sous-groupes ne présentent pas de différences significatives dans les critères d’évolution à deux ans, tous les décès ont été observés chez les patients dont l’HDT a été maintenue durant la totalité de l’hospitalisation.

Par ailleurs, les hospitalisations sont plus longues chez les patients en HDThl que chez ceux en HDThdt, ce qui peut traduire une dépendance plus forte, corrélée à un âge plus élevé chez ces patients, correspondant au “pic de la dépendance” (20). A contrario, les hospitalisations plus courtes chez les patients en HDThdt peuvent être en lien avec une problématique d’abus plutôt qu’une dépendance, corrélée à l’âge plus jeune de ces patients (21) : l’apaisement de la crise ayant motivé l’hospitalisation peut prendre moins de temps que la cure “classique” de sevrage proposée au patient dépendant.

Limites

Le recueil des données étant rétrospectif, les évaluations des patients (observations et diagnostics) ont été faites à partir du dossier médical. En pratique courante dans le service, l’utilisation de questionnaires d’évaluation n’est pas systématique, ce qui peut avoir pour effet de réduire la fiabilité diagnostique. L’étude étant rétrospective, il n’a pas été possible d’utiliser d’autres données que les données cliniques subjectives. Concernant les motifs d’hospitalisation, il peut exister un biais d’information dès lors que le recueil d’informations pouvait se faire inégalement entre les groupes constitués : l’hospitalisation sous contrainte nécessite la réalisation de certificats médicaux circonstanciés qui peuvent contenir des informations qui n’auraient pas été présentes dans le dossier médical autrement. Ce biais ne peut cependant pas exister sur les données de suivi post-hospitalisation puisque tous les actes ont été cotés de la même manière.

Les critères utilisés dans notre étude pour définir le devenir post-hospitalier des patients doivent être mis en perspective. Dans la littérature, l’évolution de la maladie addictive est fréquemment basée sur les périodes d’abstinence (ou de consommations non problématiques) (22). Dans notre étude, le dossier médical des patients ne contenait pas systématiquement cette donnée : d’une part, certains patients étaient perdus de vue après l’hospitalisation de 2008 et, d’autre part, les cliniciens ne la précisaient pas toujours dans leurs observations (soit par manque de rigueur clinique, soit par difficulté à recueillir cette information dans l’anamnèse). Nous avons donc choisi comme critères pour évaluer l’évolution des patients le nombre de ré-hospitalisations et la présence d’un suivi ambulatoire, critères quantitatifs fiables, mais qui peuvent aussi bien traduire la gravité du trouble que l’alliance thérapeutique. Nous n’avons pas pris en compte les consultations d’urgence (service d’accueil des urgences, équipe de liaison

et de soins en addictologie), considérant qu’elles ne relevaient pas d’un “suivi”. Cependant, nous aurions pu en faire un critère à part entière pour déterminer une évolution négative (passages récurrents aux urgences). Ainsi, ces indicateurs sont imparfaits dans une pathologie où la rechute est souvent la règle et la réhospitalisation une étape du processus de changement, témoignant aussi du maintien dans le soin (6, 23-25) : plus de la moitié des patients qui entrent dans un programme de soins requièrent plusieurs épisodes de traitement sur plusieurs années (26).

Compte tenu du schéma expérimental, des facteurs de confusion peuvent être présents. Par rapport aux études précédentes (4, 5, 13, 19), l’appariement permet ici de contrôler les principales variables (individuelles et environnementales) associées à un moins bon pronostic, plus souvent retrouvées chez les patients en HDT, comme l’âge, l’isolement affectif et la désinsertion professionnelle (20, 27-30). Si la possible existence d’autres facteurs, comme un biais d’indication, doit être prise en compte pour l’interprétation des résultats, il faut rappeler que l’utilisation d’un autre modèle, telle la randomisation prévenant de ces biais, n’est pas éthiquement et légalement envisageable. Concernant la maladie addictive, il existe des variables qui sont liées à un pronostic favorable. Certaines font consensus (22, 31-34) : le sexe féminin ; la participation à un groupe de soutien type Alcooliques anonymes ; le fait d’être ou d’avoir été marié ; un réseau social soutenant n’encourageant pas la consommation ; un objectif initial d’abstinence. D’autres sont controversées : âge plus (22, 31-33) ou moins (34) avancé ; gravité de la dépendance (âge plus précoce de début de la maladie, critères DSM plus nombreux, prise de toxiques associée, plus grand nombre d’années d’alcoolisation) (22) ou non (32) ; traitement initial plus (33) ou moins (35) long ; plus (32) ou moins (31) de réadmissions en soin ; nombre de cures antérieures plus (34) ou moins (36) élevé. L’appariement des deux groupes par âge, sexe, statuts marital et professionnel permettait d’éliminer une grande partie des caractéristiques individuelles en jeu dans l’évolution de la maladie. Les variables liées à la maladie addictive – durée d’évolution, âge de début de la maladie, gravité de la maladie, nombre et durée des rechutes – n’ont pas été détaillées car les données étaient souvent manquantes et, notamment, les diagnostics n’étaient pas portés de manière objective à l’aide de questionnaires (diagnostics cliniques subjectifs). Une autre variable individuelle importante, détaillée dans la première partie de la discussion, est la présence de comorbidités psychiatriques. Celles-ci ont été recueillies et chiffrées, mais là encore avec la réserve liée à l’absence d’utilisation de questionnaires.

L'absence de différence significative retrouvée sur les variables diachroniques peut aussi être en lien avec un manque de puissance. Enfin, l'exclusion des patients en hospitalisation d'office entraîne un biais de sélection et ne rend pas compte des soins sous contrainte dans leur globalité.

Perspective

Sur du moyen terme, le devenir (en termes de trajectoire de soin) des patients en HDT ne semble pas différent de celui des patients en HL. L'hospitalisation de ces deux groupes de patients au sein des mêmes unités spécialisées peut être une explication intéressante à ce résultat. Le motif d'hospitalisation principal en addictologie est le sevrage qui est nécessaire lorsque la dépendance est telle qu'elle entraîne des difficultés dans différents domaines de la vie du sujet et que les tentatives de réduction ou d'arrêt du produit ont échoué. Ce sevrage hospitalier est de meilleur pronostic lorsqu'il est programmé, fruit d'un travail motivationnel déjà entamé par le patient seul ou avec l'aide d'un professionnel de santé (18). Cependant, la nécessité d'un recours à un sevrage hospitalier et non ambulatoire (ou a fortiori sans aide médicale) est en lui-même un indice de sévérité de la dépendance et est plus souvent associée à des comorbidités somatiques ou psychiatriques (7). Un autre motif d'admission en hospitalisation n'est pas le sevrage en lui-même, mais la présence de conséquences des consommations sur le patient ou son entourage (troubles comportementaux, troubles psychiatriques comorbides ou secondaires à l'addiction, crise psychosociale) qui relèvent de l'HSC aussi bien que de l'HL, que cette dernière soit motivée par le sujet ou sur pression d'un tiers. L'hospitalisation est alors le plus souvent urgente, non programmée et permet là aussi le sevrage, qui ne constitue plus le motif de l'hospitalisation mais l'outil thérapeutique. La différence entre ces deux cas de figure est donc motivationnelle, dans l'initiation de la démarche d'hospitalisation, mais elle ne préjuge pas à elle seule de la "réussite" de la cure.

Conclusion

Implications pour la pratique

L'ANAES, dans ses recommandations, indique que *"plus la motivation d'abstinence est forte, plus l'indication d'un sevrage s'impose et meilleur est le pronostic"* (18). Cela pourrait amener à penser que l'HSC n'est que d'utilité ponctuelle

en cas de crise et sans intérêt thérapeutique au long cours. Pourtant, les trajectoires de soin à long terme dans notre étude n'étaient pas différentes entre patients en HDT et ceux en HL. La motivation au changement suit un processus dynamique et l'addiction est une maladie chronique faite de rémissions et de rechutes : même s'il est préférable de préparer une hospitalisation pour sevrage, le recours à l'HDT est parfois justifié et doit permettre aux patients concernés de bénéficier, dans la mesure du possible, d'une prise en charge addictologique spécifique qui favorisera l'alliance thérapeutique. Imposer une hospitalisation longue ne va pas forcément dans ce sens chez un patient en absence totale de demande de soin.

Implications pour la recherche

Les soins en psychiatrie ne reposent pas toujours sur des données scientifiques. C'est le cas pour les HSC du patient en addictologie. Ces données préliminaires invitent à penser des protocoles plus spécifiques, prospectifs, qui étudieraient les processus en jeu afin de confirmer l'existence d'un éventuel effet bénéfique de ce type d'hospitalisation. ■

Conflits d'intérêt. – Les auteurs déclarent l'absence de tout conflit d'intérêt en lien avec ce travail de recherche.

V. Charriau, F. Naudet

Hospitalisation sans consentement en addictologie en comparaison avec l'hospitalisation libre en aigu et à deux ans

Alcoologie et Addictologie. 2014 ; 36 (4) : 307-315

Références bibliographiques

- 1 - Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances. Les hospitalisations sans consentement dans le Morbihan en lien avec une addiction. Rapport final. Rennes : CIRDD ; 2010.
- 2 - Assemblée Nationale. Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. N° 2494. Étude d'impact. Paris : Assemblée Nationale ; 2010.
- 3 - République Française. Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. *JORF*. 2011 ; (0155, 6 juillet) : 11705.
- 4 - Brousse G, Llorca PM, Malet L, Gerbaud L, Reynaud M. Place de l'alcoolodépendance dans l'hospitalisation sous contrainte. *Alcoologie et Addictologie*. 2003 ; 25 (4) : 279-88.
- 5 - Kijek D, Triantafyllon M, Jonas C. Étude comparative socio-démographique et clinique d'une population de patients hospitalisés en psychiatrie en service libre et sur demande d'un tiers. *Synapse*. 1998 ; 148 : 35-9.
- 6 - Haute Autorité de Santé. Modalité de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Recommandations professionnelles. Paris : HAS ; 2005.
- 7 - Société Française d'Alcoologie, Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Conférence de consensus. Paris : SFA, ANAES ; 1999.
- 8 - Benyamina A. Modèle transthéorique du changement. In : Reynaud M. Traité d'addictologie. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 2008. p. 233-5.
- 9 - Intellitec. CIMAISE-JPSY intranet version 3.1, édition 19 mars 2012. Paris : Intellitec ; 2012.
- 10 - Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies. Genève : OMS ; 2003.
- 11 - R Development Core Team. R: a language and environment for statistical computing. Vienna : R Foundation for Statistical Computing ; 2008.
- 12 - Lukasiewicz M. Le "double diagnostic" en addictologie : état des lieux et prise en charge. In : Reynaud M. Traité d'addictologie. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 2008. p. 95-102.
- 13 - Roubini A, Drapier D, Millet B. L'hospitalisation des alcooliques sans leur consentement. À propos de 130 cas. *Alcoologie et Addictologie*. 2003 ; 25 (2) : 113-6.
- 14 - Sallmen B, Nilsson LH, Berglund M. Psychiatric comorbidity in alcoholics treated at an institution with both coerced and voluntary admission. *European Psychiatry*. 1997 ; 12 : 329-34.
- 15 - Opsal A, Kristensen O, Larsen TK, Syversen G, Rudshaug EBA, Gerdner A, et al. Factors associated with involuntary admissions among patients with substance use disorders and comorbidity: a cross sectional study. *BMC Health Services Research*. 2013 ; 13 : 57.
- 16 - Bischof G, Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U, John U. Influence of psychiatric comorbidity in alcohol-dependent subjects in a representative population survey on treatment utilization and natural recovery. *Addiction*. 2005 ; 100 : 405-13.
- 17 - Charney DA, Paraherakis AM, Gill KJ. Integrated treatment of comorbid depression and substance use disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001 ; 62 : 672-7.
- 18 - Société Française d'Alcoologie, Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Conférence de consensus 1999. *Alcoologie et Addictologie*. 1999 ; 21 (25) : 15-2205.
- 19 - Guillery X. La cure de sevrage : un an après, étude de 78 patients alcooliques hospitalisés avec ou sans leur consentement [Thèse de médecine]. Rennes : Université de Rennes ; 1999.
- 20 - Costes JM. Principales données épidémiologiques concernant les addictions en France. In : Reynaud M. Traité d'addictologie. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 2008. p. 123-32.
- 21 - Schwan R. Usage nocif d'alcool. In : Reynaud M. Traité d'addictologie. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 2008. p. 361-5.
- 22 - Schuckit MA, Tipp JE, Smith TL, Bucholz KK. Periods of abstinence following the onset of alcohol dependence in 1,853 men and women. *Journal of Studies on Alcohol*. 1997 ; (November) : 581-9.
- 23 - Grebot E, Coffinet A, Laugier C. Changements au cours d'une cure de sevrage de l'alcool : dépression, désespoir, mécanismes de défense et croyances. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 2008 ; 18 : 77-83.
- 24 - Rosseger A, Keller A, Odenwald M, Endrass J. The appropriateness of the treatment setting for the inpatient post-acute treatment of alcohol dependence disorders in Switzerland. *International Journal of Mental Health Systems*. 2009 ; 3 : 16.
- 25 - Van Aertryck G. Mettre sous clefs l'alcoolodépendant ? *Vie Sociale et Traitements*. 2010 ; 4 (108) : 40-3.
- 26 - Dennis M, Scott CK. Managing addiction as a chronic condition. *Addiction Science and Clinical Practice*. 2007 ; 4 (1) : 45-55.
- 27 - Karila L, Reynaud M. Facteurs de risque et de vulnérabilité. In : Reynaud M. Traité d'addictologie. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 2008. p. 43-6.
- 28 - McGovern MP, Caputo GC. Outcome prediction of inpatient alcohol detoxification. *Addictive Behaviors*. 1983 ; 8 : 167-71.
- 29 - Brousse G, Sautereau M, Lehugeur L, Benyamina A, Malet L. Alcool et soins sous contrainte. *EMC Psychiatrie*. 2010 ; 37-901-A-30.
- 30 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Indicateur et tendance 2010. Saint-Denis : OFDT ; 2010.
- 31 - Satre DD, Chi FW, Mertens JR, Weisner CM. Effects of age and life transitions on alcohol and drug treatment outcome over nine years. *Journal of Studies on Alcohol*. 2012 ; (May) : 459-68.
- 32 - Weisner C, Ray GT, Mertens JR, Satre DD, Moore C. Short-term alcohol and drug treatment outcomes predict long-term outcome. *Drug and Alcohol Dependence*. 2003 ; 71 : 281-94.
- 33 - Satre DD, Blow FC, Chi FW, Weisner C. Gender differences in seven-year alcohol and drug treatment outcomes among older adults. *The American Journal on Addictions*. 2007 ; 16 : 216-21.
- 34 - Witbrodt J, Romelsjö A. Treatment seeking and subsequent 1-year drinking outcomes among treatment clients in Sweden and the USA: a cross cultural comparison. *Addictive Behaviors*. 2012 ; 37 : 1122-31.
- 35 - Mertens JR, Kline-Simon AH, Delucchi KL, Moore C, Weisner CM. Ten-year stability of remission in private alcohol and drug outpatient treatment: non-problem users versus abstainers. *Drug and Alcohol Dependence*. 2012 ; 125 (0) : 67-74.
- 36 - Soyka M, Schmidt P. Outpatient alcoholism treatment – 24-month outcome and predictors of outcome. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2009 ; 4 : 15.