



HAL
open science

Les soins sans consentements peuvent-ils s'appliquer en cas d'addiction dans le contexte français? Une analyse critique des données

S. Digé, L.-A. Jakubiec, M. Auriacombe

► To cite this version:

S. Digé, L.-A. Jakubiec, M. Auriacombe. Les soins sans consentements peuvent-ils s'appliquer en cas d'addiction dans le contexte français? Une analyse critique des données. *L'Encéphale*, 2020, 46, pp.471 - 481. 10.1016/j.encep.2020.04.012 . hal-03493666

HAL Id: hal-03493666

<https://hal.science/hal-03493666>

Submitted on 15 Dec 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Les soins sans consentements peuvent-ils s'appliquer en cas d'addiction dans le contexte français ? Une analyse critique des données.

Is involuntary commitment to treatment applicable in case of an addictive disorder in the French context? A critical review of available evidence?

**Simon Digé (1, 2, 3), Louise-Adélaïde Jakubiec (1, 2, 3),
Marc Auriacombe (1, 2, 3, 4)***

- (1) Université de Bordeaux, Bordeaux, France.
- (2) Équipe phénoménologie et déterminants des comportements appétitifs, Sanpsy CNRS USR 3413, Université de Bordeaux, Bordeaux, France.
- (3) Pôle addictologie et filière régionale, CH Charles Perrens et CHU de Bordeaux, Bordeaux, France.
- (4) Center for studies of addiction, department of psychiatry, Perelman school of medicine, university of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA

* **Auteur pour la correspondance** : Marc Auriacombe
Pôle addictologie, CHCP, 121 rue de la Béchade, 33076 Bordeaux Cedex, France
e-mail : marc.auriacombe@u-bordeaux.fr

Résumé

Objectifs. L'objectif était de déterminer si l'addiction (trouble de l'usage) peut faire l'objet de soins sans consentement en France du point de vue de la réglementation et des recommandations professionnelles. L'objectif secondaire était d'analyser ces pratiques d'un point de vue épidémiologique et évaluatif. **Méthode.** Une revue de documents sélectionnés suivant les principes de la recherche systématique selon la méthode PRISMA adaptée pour les documents qui n'étaient pas des articles scientifiques dans les bases de données suivantes : réglementaires (Legifrance), sociétés savantes (Haute Autorité de santé (HAS), Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), Société Française d'Alcoologie (SFA)). Pour les objectifs secondaires, une revue de la Banque de données en santé publique (BDSP), Base Santé Psy, EM-Premium, Pubmed. **Résultats.** La recherche dans les bases a retrouvé 163 documents, dont 13 répondaient aux critères de sélection après examen. Les textes législatifs et les recommandations professionnelles n'excluent pas le possible recours aux soins sans consentement dans le cadre d'une addiction. Les données épidémiologiques rapportent ce motif comme l'un des plus fréquemment invoqué dans l'hospitalisation sous contrainte, avec une amélioration notable des troubles au cours des soins tant que dure la contrainte. **Conclusion.** La législation française n'interdit pas les soins sans consentement en psychiatrie dans le cadre de l'addiction. Les soins sans consentement dans le cadre de l'addiction pourraient être un mode d'accès aux soins pour certains patients et une mesure d'urgence pour limiter l'accumulation de dommages ou en cas de risque vital.

Mots-clés : addiction, trouble de l'usage, soins sans consentement, hospitalisation sous contrainte

Abstract

Objective. The objective of this work was to determine whether compulsory psychiatric treatment is applicable in France to patients with an addiction. To this end, several questions were formulated, at the legislative level and in terms of professional recommendations. Our secondary objective was to analyse those practices epidemiologically and in terms of evaluating their impact. **Methods.** Using the PRISMA method for systematic research, documents were selected from the following databases : regulatory (Legifrance), scientific societies (High Authority for Health (HAS), French Society of Emergency Medicine (SFMU), French Society of Alcoholology (SFA); concerning our secondary objective (epidemiological and evaluative) documents from several data bases (Public Health Database (BDSP), Psy Health Foundation, EM-Premium, Pubmed) were reviewed. **Results.** The search retrieved 163 documents, of which 13 were included based on examination. Legislative texts and professional recommendations do not exclude involuntary commitment to treatment in case of an addictive disorder. Epidemiological data describe use disorder as one of the most mentioned disorders in cases of involuntary commitment to treatment, with clinical improvement as long as treatment lasts. **Conclusion.** French law does not prohibit compulsory addiction treatment in psychiatry. Compulsory addiction treatment could be an access to health care for some patients and an emergency measure to limit at one point the accumulation of damage or in view of a life-threatening situation.

Keywords: addiction, substance use disorder, compulsory treatment, civil commitment

I. Introduction :

Le trouble de l'usage est un trouble mental défini dans la dernière version du Manuel Statistique et Diagnostique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-5) par un phénomène central, la perte du contrôle de l'usage d'une substance ou d'un comportement

renforçant dont la conséquence est la poursuite de l'usage malgré des conséquences nocives et dont l'accumulation de dommages ne permet pas la suspension durable (1, 2). Dans la dernière version du chapitre des troubles mentaux de la classification internationale des maladies (CIM-10) publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (3) et publiée au Bulletin Officiel en France (4), l'addiction est désignée par l'appellation "syndrome de dépendance" caractérisé par le même phénomène de perte du contrôle de l'usage, mais uniquement pour les substances. Quoique dans chacune de ces classifications, l'addiction est définie comme un trouble mental chronique, elle garde un statut à part, dû au fait que le caractère pathologique nécessitant des soins est resté longtemps débattu (5-8), de même que la volonté des malades à se soigner (9, 10). En France, depuis 1838, la législation autorise et encadre les soins sans consentement en psychiatrie (11). Cette loi a été remplacée par celle de 1990 relative à la lutte contre les maladies mentales (12, 13), puis par celle de 2011 (14), modifiée en 2013 (15). Ces lois encadrent de manière plus précise les modalités de soins sans consentement dans le cas des maladies mentales. Elles précisent que les soins libres restent la norme et que les soins sans consentement doivent être réservés à des situations spécifiques. Plusieurs auteurs se sont intéressés à la possibilité de recourir aux soins sans consentement dans le cadre d'une addiction (16-21). Pour certains auteurs la contrainte n'est d'aucune utilité (22), du fait de la nécessité d'une motivation préalable du patient aux soins, sans laquelle la prise en charge serait vouée à l'échec, voire contre-productive en raison de l'impossibilité ultérieure d'établir une alliance thérapeutique à la suite de la contrainte (9, 10, 22). À l'inverse, d'autres auteurs avancent que de par la nature même de l'addiction, à savoir une maladie mentale pouvant altérer le jugement individuel, les patients ne seraient pas toujours en mesure de consentir librement aux soins, auquel cas des soins sans consentement pourraient permettre une stabilisation de leur état et la mise en place de soins, sans que cela ne constitue un obstacle à une adhésion ultérieure aux soins (10, 19, 23).

L'objectif de ce travail était d'inventorier, afin de les examiner de façon critique, les données disponibles sur les soins sans consentement dans le cadre d'une addiction, ou trouble de l'usage. Sont exclus les cas particuliers des soins pénalement ordonnés et de l'irresponsabilité pénale, dont le motif d'initiation n'est par nature pas uniquement médical et qui relève en France d'une législation spécifique dont les modalités d'initiation et d'application diffèrent des autres modalités de soins sans consentement (24-26). Sont également exclues les femmes enceintes, du fait de l'enjeu spécifique de l'enfant à naître, et les détenus, du fait du contexte d'enfermement préalable et qui fait l'objet d'un régime particulier en termes de soins sans consentement (27-29). Ces cas nous semblent être des cas particuliers pour lesquels il est souhaitable de résoudre préalablement le cas général. Nous avons souhaité examiner ces données, de façon systématique et indépendante, d'un point de vue réglementaire (en quoi la réglementation en France, permet-elle ou ne permet-elle pas

d'organiser des soins sans consentement pour une personne avec une addiction ?), et d'un point de vue des recommandations (existe-t-il des recommandations professionnelles dans ce domaine en France et que disent-elles ?)

Notre objectif secondaire était d'analyser ces pratiques d'un point de vue épidémiologique descriptif (quelle place occupent les patients avec addiction dans les soins sans consentement en France ?), mais aussi d'un point de vue évaluatif (existe-t-il des évaluations des soins sans consentement dans le cadre de l'addiction et que disent-elles ?)

II. Méthode

Il s'agit d'une revue de documents sélectionnés suivants des principes de la recherche systématique (30), en s'inspirant en particulier de la méthode PRISMA (31, 32), adaptée pour les documents qui n'étaient pas des articles scientifiques.

[II.1. Critères de sélection des documents](#)

II.1.1. Type de documents

Les documents devaient être soit des textes législatifs, soit des recommandations professionnelles de société savante, soit des études avec des données originales épidémiologiques ou évaluatives.

II.1.2 Critères d'inclusion

II.1.2.a. Population

La population cible était les individus avec addiction (définie ou explorée selon des critères standardisés ou non), sans critère restrictif géographique, d'âge, de sexe, d'origine ethnique ou de nationalité, à l'exception des détenus et des femmes enceintes. Dans le cas des textes de loi, étaient retenus ceux qui traitaient des motifs de soins sans consentement.

II.1.2.b. Soins sans consentement :

Les documents sélectionnés devaient traiter des soins sans consentement, à l'exclusion des soins pénalement ordonnés et des cas de soins sans consentement dans le cadre d'une irresponsabilité pénale.

II.1.3 Critères d'exclusion

Les revues de la littérature, les articles d'opinions, les éditoriaux et les commentaires étaient exclus, ainsi que les études concernant les femmes enceintes et les détenus.

[II.2. Méthode de recherche et sélection des documents](#)

II.2.1. Identification

Les bases de données consultées et leurs modalités de recherche documentaire sont résumées dans le Tableau 1. Les bases de données consultées ont été sélectionnées en fonction des objectifs de recherche : réglementaires (Legifrance), sociétés savantes (Haute Autorité de santé (HAS), Société

Française de Médecine d'Urgence (SFMU), Société Française d'Alcoologie (SFA)), épidémiologiques et évaluatifs (Banque de données en santé publique (BDSP), Base Santé Psy, EM-Premium, Pubmed).

II.2.2. Sélection

Les documents étaient sélectionnés à partir de la lecture du titre et des résumés ou de l'article intégral en l'absence de résumé. Les critères de sélection des documents en fonction de chaque base de données sont détaillés dans le Tableau 1. Pour les recommandations professionnelles et les textes pédagogiques, lorsqu'il existait plusieurs textes pour une même société savante ou de mêmes auteurs, seul le document le plus récent était retenu.

II.2.3. Eligibilité

Les documents retenus après la lecture du résumé ont été lus intégralement pour confirmer les critères d'inclusion.

II.3. Analyse des documents

Une liste de critères nécessaires pour répondre aux questions de notre objectif a été constituée pour extraire les données contenues dans les documents inclus : titre, auteur et année de publication ; type de document et dans le cas des études : caractéristiques de l'étude, population étudiée, diagnostic posé ou consommations concernées et les types de variables recueillies. Pour chaque document étaient recherchées les données à propos des soins sans consentement dans l'addiction du point de vue de la législation française, du point de vue des recommandations professionnelles, mais aussi, afin de répondre à notre objectif secondaire, du point de vue épidémiologique et de l'évaluation de leur impact.

Pour chaque question posée dans les objectifs, nous avons recensé les documents y apportant des éléments de réponse et nous avons examiné si les différentes réponses apportées étaient concordantes entre elles, en prenant notamment en compte les sources dont elles étaient issues, leurs dates de publications, et, pour les articles scientifiques, la méthodologie ayant abouti à l'élaboration des données rapportées.

III. Résultats

III.1. Description des documents inclus

La recherche documentaire a été effectuée jusqu'au 31 juillet 2019 et a trouvé 163 documents. Après lecture des titres et résumés quand ils étaient disponibles, puis lecture intégrale, 13 documents ont été retenus pour analyse. La Figure 1 présente le diagramme de flux du processus de sélection des documents. Parmi ces documents, 5 ont été utilisés pour répondre aux objectifs principaux.

III.2. Objectifs principaux

III.2.1 Données réglementaires sur les soins sans consentement dans le cadre de l'addiction

Deux textes de loi règlementent les soins sans consentement en France, le texte de 2013 (15) apportant des modifications à celui de 2011 (14). Les données descriptives de ces documents sont présentées Tableau 2. Les motifs mentionnés par les textes de loi (14, 15) pour mettre en place des soins sans consentement sont la présence de troubles mentaux requérant des soins, qui rendent impossible le consentement aux soins alors qu'ils sont immédiatement nécessaires ou qui compromettent la sûreté des personnes autres que le malade ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public.

Il n'existe aucune précision quant à un diagnostic particulier dans les textes de loi (14). La législation ne précise ni n'exclut aucun diagnostic de trouble mental, mais se fonde sur l'existence d'une impossibilité de consentir du fait du trouble mental ou de la dangerosité.

III.2.2 Données concernant les recommandations des sociétés savantes et les documents pédagogiques

Trois textes de recommandations professionnelles ont été inclus. Les données descriptives extraites de ces documents sont présentées Tableau 3. La SFMU (33) propose dans un premier temps, dans le cas des ivresses éthyliques aiguës, une « mise en observation sans consentement » si nécessaire, en service d'urgences somatiques. Il ne s'agit pas ici d'une mesure de soins sans consentement au sens de la loi de 2011, mais d'une mesure de soins d'urgence limitée à la prise en charge de l'intoxication aiguë. La SFMU invoque l'article 16-4 (34) du Code civil qui dispense du recueil du consentement si la personne nécessitant un soin n'est pas apte à consentir. Dans le cas de « prise d'alcool ou de toxiques, aiguë ou chronique », les recommandations de la HAS (29) proposent, dans un second temps, à la suite de la prise en charge somatique aux urgences et à distance de l'intoxication aiguë, des critères d'évaluation de l'indication d'une hospitalisation sans consentement. Ces critères sont repris par la SFA dans ses préconisations portant notamment sur la prise en charge de l'addiction à l'alcool (35), qui confirment le possible mécanisme du déni dans l'addiction, pouvant entraver le consentement aux soins. La HAS propose également une méthode d'évaluation de la capacité à consentir, indépendante du diagnostic psychiatrique.

Les textes de recommandations professionnelles (29, 35) proposent bien des soins sans consentement, sous la forme d'hospitalisation, dans le cadre de l'usage problématique de substances. Cet usage problématique peut notamment concerner l'addiction avec substances, du fait des consommations qu'elles impliquent et au vu des recommandations de 2015 de la SFA (35) qui en traitent explicitement.

III.3. Objectifs secondaires

III.3.1 Données épidémiologique sur les soins sans consentement dans le cadre de l'addiction en France

Deux études épidémiologiques traitant des soins sans consentement en France ont été retenues. Les données sont présentées dans le Tableau 4. Dans l'une de ces études (36), limitée à un département, l'addiction à l'alcool serait le diagnostic principal le plus fréquent dans le cadre des hospitalisations à la demande d'un tiers avec une fréquence de 27,7% à l'issue du certificat des 24 heures. Il s'agirait du deuxième diagnostic le plus fréquent dans le cadre des hospitalisations d'office après les états délirants, avec une fréquence de 25,4% à l'issue du certificat des 24 heures. Selon une étude plus récente (37), à l'échelle nationale, l'addiction, sans autre précision, serait le troisième diagnostic principal le plus fréquent, derrière la schizophrénie et les autres troubles délirants, dans le cadre des mesures de soins sans consentement en France, avec une fréquence de 13%.

III.3.2 Données concernant l'évaluation des soins sans consentement dans le cadre de l'addiction

Six études ont été sélectionnées, dont les données sont présentées dans le Tableau 5.

Dans la plupart de ces études, les personnes en soins sans consentement sont comparées de façon non randomisée à des personnes n'ayant pas eu cette mesure. À l'exception d'une des études (38), les données retrouvées sont en faveur d'une amélioration des troubles, tant que durent les soins sans consentement (39), sans différence retrouvée après la levée de la mesure de soins sans consentement (39-41). Les données disponibles ne permettent pas d'affirmer que les soins sans consentement sont un obstacle à l'adhésion ultérieure aux soins puisque la majorité des personnes à qui ces mesures étaient appliquées estimaient a posteriori que la mesure était justifiée (38) et qu'on ne retrouve pas de différence significative en termes de recours aux soins à l'issue de la contrainte (40-42).

IV. DISCUSSION

Il s'agit à notre connaissance de la première revue critique et systématisée de la littérature traitant des soins sans consentement dans le cadre de l'addiction en France, et s'intéressant aux textes législatifs et aux recommandations, mais aussi aux données épidémiologiques et évaluatives sur le sujet.

[IV.1. Synthèse des résultats](#)

L'objectif de ce travail était d'inventorier et d'analyser de façon critique les données disponibles sur les soins sans consentement dans le cadre d'une addiction en France d'un point de vue législatif et des recommandations de pratique.

La législation française ne se prononce pas sur la nature du trouble mental pouvant faire l'objet de soins sans consentement et aucun n'est exclu, mais elle indique les conditions nécessaires, indépendamment de la nature du trouble mental : trouble mental nécessitant des soins et, soit défaut de consentement aux soins du fait du trouble mental alors qu'ils sont immédiatement nécessaires, soit trouble à l'ordre public ou danger pour autrui. Les recommandations professionnelles françaises

proposent des critères pour juger de la nécessité de mettre en place une hospitalisation sans consentement, pouvant s'appliquer aux addictions avec substances.

Concernant nos objectifs secondaires : les données épidémiologiques suggèrent que l'addiction serait le motif principal des soins sans consentement dans 10 à 30% des cas. Les études d'évaluation de ces soins montrent une amélioration des troubles tant que dure la contrainte, sans différence significative retrouvée, en termes de bénéfice ou de préjudice, après la contrainte.

IV.2. Discussion des résultats

La loi stipule que tout trouble mental, sans exception, qui rend impossible le consentement aux soins alors qu'ils sont immédiatement nécessaires ou qui compromet la sûreté des personnes autres que le malade ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public nécessite la mise en place de soins sous contrainte. La question est donc de savoir si une addiction peut faire entrave au consentement ou amener à une situation de danger. Dans la CIM-10 (3) comme le DSM-5 (1, 2) l'addiction est caractérisée par une perte de contrôle de l'usage qui a pour conséquence la poursuite de l'usage malgré la survenue et l'accumulation de conséquences nocives et des mises en danger de la personne malade. Concernant la mise en danger des personnes et le trouble à l'ordre public, les critères d'intoxication pour certaines substances, dans le DSM-5, indiquent clairement la possibilité d'une agitation ou d'un comportement dangereux pour autrui.

En accord avec les recommandations professionnelles (29, 35), l'addiction pourrait entraver la capacité à consentir aux soins. Les recommandations traitant du cas particulier de l'addiction à l'alcool (35) estiment clairement que ce trouble nécessite des soins. L'addiction, ou trouble de l'usage peut donc, dans certaines circonstances, remplir les conditions énoncées par la loi pour faire l'objet de soins sans consentement. Parmi ces conditions, l'intensité de l'entrave à consentir aux soins reste discutée. Bien que les recommandations HAS 2005 (29) ne tranchent pas clairement cette question, elles proposent une série de critères pour guider le clinicien dans l'évaluation de la capacité à consentir aux soins : capacité à recevoir une information adaptée ; capacité à comprendre et à écouter ; capacité à raisonner ; capacité à exprimer librement sa décision ; capacité à maintenir sa décision dans le temps. Dans le cas de l'addiction, c'est sans doute la capacité à maintenir une décision dans le temps qui pourra poser le plus de problèmes. Les recommandations SFMU (33) estiment que l'intoxication éthylique aiguë peut entraver le consentement à des soins nécessaires, pouvant justifier une intervention contre la volonté de la personne, dans l'attente d'une éventuelle mesure de soins sans consentement, situation qui pourrait concerner une personne avec une addiction à l'alcool. Les recommandations HAS de 2005 (29) sont reprises par plusieurs auteurs (8, 18, 43) sans y apporter davantage de précision. Si la littérature a longtemps été défavorable aux soins sans consentement dans le cadre de l'addiction (9, 22, 44, 45), les textes plus récents traitant de sujets connexes (8, 18, 43, 46), estiment que l'addiction pourrait effectivement faire l'objet de soins sans consentement, du fait de l'impossibilité de consentir aux soins malgré des dommages

importants, en particulier du fait du déni (47) qui est à l'origine de l'absence de conscience parfois totale du trouble de l'usage, et dans des situations de mises en danger répétées, ou de mise en danger d'autrui (8, 18, 43). En accord avec la littérature, l'intensité de l'entrave au consentement aux soins peut, dans certains cas, être jugée suffisante pour justifier de telles mesures.

Concernant les critères proposés par les recommandations (29) pour mettre en place des soins sans consentement, on retrouve la présence d'une comorbidité psychiatrique autre que l'addiction et les antécédents de passage à l'acte. Ces critères ne sont pas accompagnés de précisions et on peut s'interroger sur l'interprétation à leur accorder. Les consommations d'alcool ou d'autres toxiques sont en effet un facteur de risque de passage à l'acte, sur soi-même (48) ou autrui (49). Davantage de précisions sur le degré de sévérité globale de l'ensemble des troubles seraient souhaitables. Les notions d'antécédents de passage à l'acte et de risque prévisible pour le patient et/ou pour autrui renvoient à la dangerosité du malade pour lui-même ou autrui, notion difficile à évaluer d'après plusieurs auteurs (48-55).

Les recommandations françaises (29) préconisent des soins sans consentement uniquement sous la forme d'une hospitalisation. Les recommandations HAS de 2005 traitant des prises de décision de soins sans consentement (29) précèdent la loi de 2011 qui a instauré la possibilité de soins sans consentement sous une autre forme que l'hospitalisation complète.

Les addictions sans substance ne sont pas traitées dans les recommandations HAS 2005 sur les soins sans consentement (29). Cependant, on note dans les recommandations HAS de 2010 (56), la préconisation d'une hospitalisation sans consentement dans le cadre de l'anorexie mentale en cas de refus de soin malgré un risque vital.

Concernant le point de vue épidémiologique, il semblerait que les soins sans consentements soient effectivement appliqués en cas d'addiction puisque ce motif est parmi les trois plus fréquents et pourrait représenter de 10 à 30% des motifs de soins sans consentement en France (36, 37). Cependant, il existe peu d'études comparatives entre hospitalisations avec et sans consentement dans le cadre d'une addiction. Il est néanmoins à noter qu'en l'absence d'appariement sur la gravité des troubles, on aurait pu s'attendre à un état significativement plus sévère à distance de la contrainte pour les patients hospitalisés sans leur consentement. Les données disponibles, majoritairement hors de France suggèrent que des soins sans consentement pourraient permettre d'améliorer les troubles le temps de leur application (39), sans impact après la levée de la contrainte (40, 41). Les données ne permettent pas d'affirmer que de tels soins pourraient compromettre une alliance thérapeutique ultérieure (42). Les conclusions à tirer de ces données pour la France restent

limitées, du fait du caractère hétérogène des études en termes de méthodologie et des biais existants. Dans les pays où ces études ont été faites les législations diffèrent nettement de la législation française avec globalement une judiciarisation de plein droit dès l'initiation des mesures de soins sans consentement, telles que l'existence d'un agent de supervision (non soignant) qui évalue la situation du patient (et son état), la possibilité d'une réadmission systématique en cas de re-consommation ou une durée de soins sans consentement prononcé à priori par un tribunal (39, 57). Les modalités exactes de prise en charge, d'un point de vue sanitaire, sont très peu détaillées (38-41). Les études s'intéressent à une population assez hétérogène : patients usagers de substances « illicites » (57), de « stupéfiants » (39), atteints de troubles du comportement au sens de la CIM-10 (40, 41), ou de dépendance (38), le plus souvent dans le cas particulier de l'alcool (40). Une des études comporte de nombreux perdus de vue (38). Les critères de jugement varient notablement d'une étude à l'autre : abstinence ou non (57), consommation de « stupéfiants » (39), consommation d'alcool (41), consommation « importante » d'alcool (39), recours aux soins (40) ou passation d'échelle de qualité de vie (40). Les effectifs des études sont assez faibles (40, 41). Les groupes comparés (38, 40-42) diffèrent nécessairement, ne serait-ce qu'en termes de motif d'admission.

Les résultats de notre recherche, concernant le jugement porté par les patients sur les soins sans consentement, semblent cohérents avec d'autres recherches portant sur ce sujet (23). Bien que ce sujet semble aujourd'hui nettement moins débattu, les auteurs précisent que les soins sans consentement dans le cadre de l'addiction sont encore discutés (8), mettant en avant un débat éthique et le peu de données disponibles quant aux bénéfices à en attendre. Notre revue critique suggère que de tels soins pourraient permettre d'améliorer les troubles le temps de la mesure de contrainte, sans préjudice pour les soins ultérieurs. Le débat persistant dont ces soins font l'objet pourrait être l'héritage de l'évolution nosographique de l'addiction, passant de « l'ivrognerie » (58) à un trouble mental décrit dans les classifications internationales (1, 3). Il ne semble pas se limiter ni au champ médical ni à la France, en attestent les différentes positions adoptées par les textes de loi étrangers (59, 60) et les commentaires s'attardant davantage sur les aspects législatifs et politiques du sujet que sur les aspects diagnostiques et thérapeutiques (16, 21, 61, 62).

[IV.4. Limites](#)

Ce travail a des limites à prendre en compte. Les bases de données ont été sélectionnées sur la base de nos connaissances et des préconisations de guides méthodologiques (63, 64) afin de répondre à des questions portant sur des aspects différents, à savoir sur le plan législatif, des recommandations, de l'épidémiologie et de l'évaluation des mesures de soins. Bien que nous ayons appliqué une démarche de recherche systématique sur des bases de données adaptées, il reste possible que certaines réponses aux questions posées existent dans la littérature actuelle, mais qu'elles n'aient

pas été trouvées. La carence de données pour certaines questions était attendue, elle-même déjà rapportée (29, 35, 62).

VI. CONCLUSION

Cette revue de la littérature a permis de mettre en évidence que la législation française (14, 15), ne prend pas en compte le type de trouble mental pour la mise en place de soins sans consentement et que dans cette perspective, le diagnostic d'addiction ne devrait pas influencer la décision. La législation demande à mettre en évidence une impossibilité de consentir ou une dangerosité du fait d'un trouble mental, qui peut être l'addiction. Les recommandations professionnelles françaises (29, 35, 65) proposent des axes d'évaluation de la capacité à consentir aux soins et des critères d'hospitalisation sans consentement dans le cas de prise d'alcool ou de toxiques, aiguë ou chronique : en cas d'association à des troubles psychiatriques autres que l'addiction et/ou des antécédents de passage à l'acte et/ ou un risque prévisible pour le patient et/ou pour autrui. En pratique, l'addiction semble être un motif fréquent de soins sans consentement (36, 37). Ils pourraient permettre d'initier des soins pour les patients dans le déni malgré d'importants dommages, ou en cas de risque vital pour le patient ou autrui. L'application de soins sans consentement en cas d'addiction ne semble pas associée à une diminution à long terme de l'alliance thérapeutique. De plus amples recherches sur le sujet restent nécessaires.

Sources de financements et les liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts en lien avec ce travail.

Bibliographie

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5 ed. 5, editor. Washington, DC2013 2013.
2. Gazel C, Fatséas M, Auriacombe M. Quels changements pour les addictions dans le DSM-5 ? La Lettre du Psychiatre. 2014;10(2):50-3.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies. 10 ed2017 30/05/2017.
4. Ministère de la solidarité et de la santé. CIM-10 FR 2018 à usage PMSI. Bulletin officiel. 2018(20189 bis).
5. Fernandez L, Sztulman H. Approche du concept d'addiction en psychopathologie. Annales Médico-psychologiques. 1997;155(4):255-65.
6. Aubin JH, Benyamina A, Karila L. Stratégies actuelles de prise en charge des troubles de l'alcoolisation. La Revue du Praticien. 2011;61(10):1373-7.

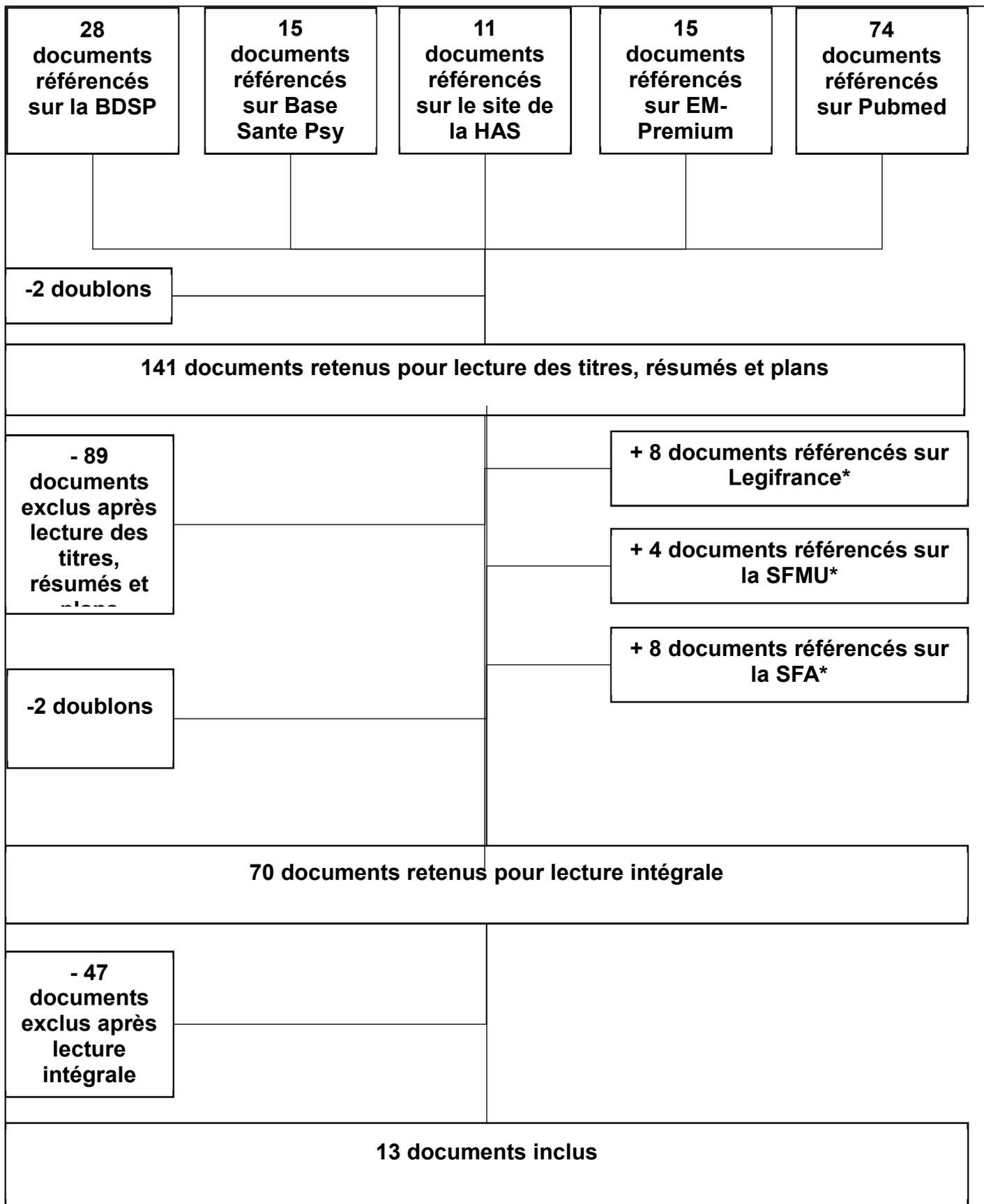
7. Balester-Mouret S. Place de l'hospitalisation dans la prise en charge des troubles de l'alcoolisation. *La Revue du Praticien*. 2011;61(10):1381-5.
8. Pignon B, Rolland B, Tebeka S, Zouitina-Lietaert N, Cottencin O, Vaiva G. Critères de soins psychiatriques sans consentement. *Revue de littérature et synthèse des différentes recommandations*. *Presse Med*. 2014;43(11):1195-205.
9. Gibier L. *Prise en charge des usagers de drogues*. Paris: Doin; 2002 juillet 2002.
10. Williamson L. Destigmatizing alcohol dependence: the requirement for an ethical (not only medical) remedy. *Am J Public Health*. 2012;102(5):5-8.
11. Loi n° 7443 sur les aliénés, (1838).
12. Code de la santé publique - Article L332-3, (1990).
13. Senon JL, Lafay N. Hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office, tutelle, curatelle, sauvegarde de justice. *La Revue du Praticien*. 2000;20(50):2285-94.
14. 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, (2011).
15. Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la 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, (2013).
16. Le Bigot S. Peut-on invoquer le principe de précaution pour justifier une hospitalisation d'office ? *Le Concours Médical*. 2005;127(34):1935-7.
17. Franck J. Le patient alcoolique : quelle est la responsabilité juridique du médecin ? *La Revue du Praticien*. 2006;2006(56).
18. Brousse G, Sautereau M, Lehugeur L, Benyamina A, Malet L. Alcool et soins sous contrainte. *EMC - Psychiatrie*. 2010;7(1):1-12.
19. McCormack RP, Williams AR, Goldfrank LR, Caplan AL, Ross S, Rotrosen J. Commitment to assessment and treatment: comprehensive care for patients gravely disabled by alcohol use disorders. *The Lancet*. 2013;382(9896):995-7.
20. Cottencin O, Bence C. Addictions : soins obligés et soins motivés. *Presse Med*. 2016;45(12 Pt 1):1108-16.
21. Walton MT, Hall MT. Involuntary Civil Commitment for Substance Use Disorder: Legal Precedents and Ethical Considerations for Social Workers. *Soc Work Public Health*. 2017;32(6):382-93.
22. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. *Rapports du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé sur les toxicomanies*. 1 994 23 novembre 1994. Contract No.: 43.
23. David J. *Hospitalisations sous contrainte dans le cadre de la dépendance aux substances psychoactives (mémoire thèse de médecine)*. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2003.
24. Article L3213-7 du Code de Santé Publique, (2013).
25. Article 122-1 du Code Pénal, (2014).
26. Rossini K, Senon JL, Verdoux H. Hospitalisation sans consentement : fondements éthiques, contraintes et justice procédurale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2016;174(10):832-8.
27. Article D398 du Code de Procédure Pénale, (2010).
28. Terra J. *Prévention du suicide des personnes détenues, Evaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention* Paris: Ministère de la Justice, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées 2003.

29. Haute Autorité de la Santé. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Recommandations professionnelles. Paris2005.
30. Denis CM, V., Notz N, Auriacombe M. Rôle de l'expertise scientifique sur les drogues et les dépendances : l'exemple de la collaboration Cochrane. *Revue Toxibase*. 2004(11):1-10.
31. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Prisma Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097.
32. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*. 2015;15(157):39-44.
33. Sureau C, Charpentier S, Philippe JM, Perrier C, Trinh-Duc A, Fougeras O, et al. Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992 "l'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences". Société française de médecine d'urgence-commission de veille scientifique [Internet]. 2006 30/07/2019. Available from: http://www.sfm.org/upload/consensus/Actualisation_consensus_ivresse__thylique_aigu__2006.pdf.
34. Article 16-3 du Code Civil 16-3 (2004).
35. Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcooldépistage, diagnostic et traitement [Recommandation de bonne pratique]. *Alcoologie et Addictologie*. 2015 37 (1):5- 84.
36. 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.
37. Coldefy M, Nestrigue C. L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011. *Question d'économie de la santé* [Internet]. 2013 30/07/19; 193. Available from: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/193-l-hospitalisation-sans-consentement-en-psychiatrie-en-2010.pdf>.
38. Bourquin-Tieche D, Besson J, Lambert H, Yersin B. Involuntary treatment of alcohol-dependent patients: a study of 17 consecutive cases of civil commitment. *Eur Addict Res*. 2001;7(2):48-55.
39. Anglin MD. The Efficacy of Civil Commitment in Treating Narcotics Addiction. *Journal of Drug Issues*. 1988;18(4):527-45.
40. Charriau V, Naudet F. Hospitalisation sans consentement en addictologie en comparaison avec l'hospitalisation libre en aigu et à deux ans. *Alcoologie et Addictologie*. 2014;36(4):307-15.
41. Balthazard-Olette S, Laugier C. Hospitalisation sous contrainte versus hospitalisation libre et addiction à l'alcool : influence sur le devenir des patients. *Alcoologie et Addictologie*. 2014;36(4):293-305.
42. Sweeney TJ, Strolla MP, Myers DP. Civil commitment for substance use disorder patients under the Florida Marchman Act: demographics and outcomes in the private clinical setting. *J Addict Dis*. 2013;32(1):108-15.
43. Jonas C, Vaiva G, Pignon B. Sémiologie du consentement. *EMC - Psychiatrie* [Internet]. 2015; 0(0):[1-11 pp.].
44. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé, Société Française d'Alcoologie. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. Paris2001.
45. Agence d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Société Française d'Alcoologie. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant [Conférence de consensus]. Paris1999.
46. Cottencin O, Guardia D, Rolland B. Critères d'hospitalisation pour un patient souffrant

d'addiction(s). Urgences 2011: SFMU; 2011

47. Aubert B, Franques P, Auriacombe M, Tignol J. Les mécanismes de défense inconscients. Evaluation par le Questionnaire de Bond. Données chez les toxicomanes. . Le Courrier des Addictions. 1999;1(3):97-9. .
48. Fédération Française de Psychiatrie, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, Conférence de consensus. Paris2000.
49. Voyer M, Senon J-L, Paillard C, Jaafari N. Dangerosité psychiatrique et prédictivité. L'information psychiatrique. 2009;85(8):745-52.
50. Le Clainche C, Courtet P. Facteur de risque de suicide et de vulnérabilité au suicide. Paris: Dress, CHU Montpellier,; 2016.
51. Gravier B, Moulin V, Senon JL. L'évaluation actuarielle de la dangerosité : impasses éthiques et dérives sociétales. L'information psychiatrique. 2012;88(8):599-604.
52. Ducher JL, Terra JL. L'échelle d'évaluation du risque suicidaire RSD possède-t-elle une valeur prédictive ? L'Encéphale. 2006;32(5):738-45.
53. Voyer M, Millaud F, Dubreucq JL, Senon JL. Clinique et prédiction de la violence en psychiatrie. EMC - Psychiatrie. 2012;9(4):1-12.
54. Haute Autorité de la Santé. Guide méthodologique, Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie Paris2016.
55. Haute Autorité de la Santé. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Paris2011.
56. Haute Autorité de la Santé. Anorexie mentale : prise en charge. 3 - Critères d'hospitalisation à temps plein. Paris2010.
57. Kramer JC, Bass RA, Berecochea JE. Civil commitment for addicts: the California program. Am J Psychiatry. 1968;125(6):816-24.
58. Vernalde E. Le concept de réduction des risques: Quelles applications en alcoologie? Lilles: Lilles 2; 2012.
59. Christopher PP, Pinals DA, Stayton T, Sanders K, Blumberg L. Nature and Utilization of Civil Commitment for Substance Abuse in the United States. The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. 2015;43(3):313-20.
60. Williams AR, Cohen S, Ford EB. Statutory definitions of mental illness for involuntary hospitalization as related to substance use disorders. Psychiatr Serv. 2014;65(5):634-40.
61. Schmolling P. Social policy issues in narcotics abuse. Journal of health & social policy. 1993;5(2):49-65.
62. Hiday VA. Coercion in Civil Commitment: Process, Preferences, and Outcome. International Journal of Law and Psychiatry, . 1992;15:359-77.
63. Maisonneuve H. Guide pratique du thésard. Paris: Paris; 2010.
64. Frappé P. Initiation à la recherche. 2 ed. Paris: Coédition Global Média Santé/CNGE productions; 2018.
65. Pasquier de Franclieu S. Urgences psychiatriques. EMC - Traité de médecine AKOS. 2013;8(1):1-6.

Figure 1 : Diagramme de flux de la recherche documentaire sur les soins sans consentement dans le cadre de l'addiction:



* Les bases de données marquées d'un * sont celles qui ne proposent pas systématiquement un résumé et pour lesquels les documents ont nécessité une lecture intégrale

Tableau 1: Modalités de la recherche documentaire sur les soins sans consentement dans le cadre de l'addiction

	Legifrance	HAS	SFMU	SFA	BDSP	Santé Psy	EM-Premium	PubMed
	www.legifrance.gouv.fr	www.has-sante.fr/	www.sfmu.org/fr/publications/recommandations-de-la-sfmu	www.sfalcoologie.asso.fr	www.bdsp.ehesp.fr/Base/SearchForm	www.ascodocpsy.org/base-santepsy-pmb-opac	www.em-premium.com	www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
Mots-clés en lien avec les soins sans consentement	-soins sans consentement	-soins sans consentement -soins sous contrainte -hospitalisation à la demande d'un tiers -hospitalisation d'office	-contrainte -consentement -tiers -office	-contrainte -consentement -tiers -office	-soins sans consentement -soins sous contrainte -hospitalisation à la demande d'un tiers -hospitalisation d'office	-soin sans consentement -soin sous contrainte -hospitalisation à la demande d'un tiers -hospitalisation d'office	-soins sans consentement -soins sous contrainte -hospitalisation à la demande d'un tiers -hospitalisation d'office	-civil commitment -involuntary hospitalization -mentally ill commitment -involuntary commitment
Mots-clés traitants addiction		-addiction -alcool* -drogues toxi*	-addiction -alcool -drogues -toxi		-addiction -alcool -drogue -toxicomanie	-addiction -alcool -drogue -toxicomanie	-addiction -alcool* -drogues toxi*	-substance use disorder*/substance abuse*/substance dependence* -alcohol* -drugs -addict*
Mots-clés traitants indications		-motifs -critères -indications	-motifs -critères -indications		-motif hospitalisation -critère -indication	-motif -critère -indication thérapeutique	-motifs -critères -indications	
Type de document	Texte de loi	Recommandations	Recommandations	Recommandations	Etudes avec données originales	Etudes avec données originales	Etudes avec données originales	Etudes avec données originales
Critères de sélection	Informations sur la législation des soins sans consentement en France dans le texte intégral	Mentions dans le résumé des soins sans consentement et, soit de l'addiction, soit	Mention dans le texte intégral d'un mot évoquant les soins sans consentement et, soit d'un mot	Mention des soins sans consentement dans le texte intégral	Mentions dans le résumé des soins sans consentement et, soit de l'addiction, soit	Mentions dans le résumé des soins sans consentement dans le cadre de l'addiction, ou	Mentions dans le résumé ou le plan des soins sans consentement et, soit de l'addiction, soit	Mentions dans le résumé des soins sans consentement et, soit de l'addiction, soit

		de ses indications	évoquant l'addiction, soit d'un mot évoquant leurs indications		de ses indications	de leurs indications	de ses indications	de ses indications
Phrases de recherche	soins sans consentement soins sous contrainte hospitalisation d'office hospitalisation à la demande d'un tiers	((« soins sans consentement ») OR (« soins sous contrainte ») OR (« hospitalisation à la demande d'un tiers ») OR (« hospitalisation d'office »)) AND (« addiction » OR (« alcool* ») OR « drogues » OR (« toxi* ») OR « motifs » OR « critères » OR « indications »)		"consentement" "contrainte" "tiers" "office"	("soins sans consentement" ou "soins sous contrainte" ou "hospitalisation à la demande d'un tiers" ou "hospitalisation d'office") ET ("addiction" ou "alcool" ou "drogue" ou "toxicomanie" ou "motif hospitalisation" ou "indication" ou "critère")	"soin sous contrainte" ET "addiction" "soin sous contrainte" ET "alcool" "soin sous contrainte" ET "drogue" "soin sous contrainte" ET "toxicomanie" "soin sous contrainte" ET "indication thérapeutique" "soin sous contrainte" ET "critère" "soin sous contrainte" ET "motif"	("soins sans consentement" ou "soins sous contrainte" ou "hospitalisation à la demande d'un tiers" ou "hospitalisation d'office") ET ("addiction" ou "alcool" ou "drogue" ou "toxicomanie" ou "motif hospitalisation" ou "indication" ou "critère")	("civil commitment") AND ((substance use disorder*) OR (substance abuse*) OR (substance dependence*) OR alcoho* OR drugs OR addict*)

Tableau 2 : Description des documents législatifs règlementant les soins sans consentement en France

Nom du document	Type de document	Auteurs	Année	Données sur le plan législatif
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 (14), mise à jour par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 (15)	Texte de loi	Parlement français	2011	<p>Soins sans consentement possibles si :</p> <p>=>Présence d'un trouble mental, sans précision du diagnostic</p> <p>=>Et une des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -le trouble mental rend impossible le consentement aux soins alors qu'ils le nécessitent immédiatement -le trouble mental nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes et portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public

Tableau 3 : Description des recommandations des sociétés savantes traitant des soins sans consentement pour les addictions en France

Nom du document	Type de document	Auteurs	Années	Données sur le plan des recommandations
Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux (29)	Texte de recommandations professionnelles	HAS	2005	<p>Evaluation de la capacité à consentir à travers plusieurs axes (non spécifique d'un trouble en particulier) :</p> <ul style="list-style-type: none"> -capacité à recevoir une information adaptée ; -capacité à comprendre et à écouter ; -capacité à raisonner ; -capacité à exprimer librement sa décision ; -capacité à maintenir sa décision dans le temps. <p>La prise d'alcool ou de toxiques, aiguë ou chronique, peut justifier une hospitalisation sans consentement à condition qu'elle soit associée à :</p> <ul style="list-style-type: none"> -des troubles psychiatriques ; -et/ou des antécédents de passage à l'acte ; -et/ ou un risque prévisible pour le patient et/ou pour autrui. <p>L'indication d'une telle mesure est à évaluer au décours de la prise en charge somatique qui est prioritaire.</p>
Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992 "l'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences" (33)	Texte de recommandations professionnelles	SFMU	2006	<p>Dans le cas de l'intoxication éthylique aiguë en cas de refus de soins du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> -risque d'évolution péjorative -incapacité à consentir du fait de l'imprégnation alcoolique - invoque l'article 16-3 du Code Civil (34) : nécessité d'une intervention thérapeutique auquel le patient n'est pas à même de consentir -pas d'hospitalisation sous contrainte d'emblée -« mise en observation sans consentement », pas de sortie contre avis médical -réévaluation à distance de l'intoxication aiguë
Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement (35)	Texte de recommandations professionnelles	SFA	2015	<p>Le mésusage de l'alcool concerne notamment l'addiction à l'alcool qui nécessite des soins</p> <p>« Le recours à l'hospitalisation sans consentement doit être exceptionnel »</p> <p>Reprise des critères d'hospitalisation sous contrainte des recommandations HAS 2005 (29)</p>
<p>HAS : Haute Autorité de la Santé SFA : Société Française d'Alcoologie</p>				

Tableau 4 : Description des études épidémiologiques sur les soins sans consentements pour une addiction en France

Nom du document	Type d'étude	Diagnostic concerné (et outil diagnostic)	Population concernée	Variabes recueillies	Données sur le plan épidémiologique
Place de l'alcoolodépendance dans l'hospitalisation sous contrainte (Brousse et al., 2003) (36)	Étude épidémiologique	Diagnostic de dépendance alcoolique (via les éléments décrits dans les certificats médicaux initiaux et des 24 heures, en accord avec la CIM-10)	Etude rétrospective portant sur six années (1992 à 1997) évaluant la place de la dépendance alcoolique dans l'hospitalisation sous contrainte dans le département du Puy-de-Dôme : 1 251 dossiers étudiés	Recueil des diagnostics à partir des éléments présents dans les certificats médicaux initiaux et des 24 heures	-dans le cas des HDT, la dépendance à l'alcool est le diagnostic principal le plus fréquemment retenu par le psychiatre à l'issue du certificat de 24 heures (27,7 %), il s'agit d'un diagnostic secondaire dans 4,7 % des cas, soit en tout environs 32% des HDT -dans le cas des HO, la dépendance à l'alcool est le deuxième diagnostic le plus fréquemment retenu par les psychiatres à 24 heures (25,4 %) (21% en diagnostic principal et 4,4% en diagnostic secondaire) après les états délirants (36 %)
L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011 (Coldefy et Nestrigue, 2013) (37)	Étude épidémiologique	Dépendance ou abus d'une substance (CIM-10)	Etude rétrospective sur les patients hospitalisés en psychiatrie en France en 2010	Recueil des diagnostics : extraction des données via le système de recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), les rapports d'activité des commissions départementales des soins psychiatriques, les statistiques annuelles des établissements de santé	L'addiction représente en diagnostic principal : -13 % des hospitalisations à la demande d'un tiers, -9,5 % des hospitalisations d'office
<p>HDT : Hospitalisation à la demande d'un tiers HO : Hospitalisation d'office</p>					

Tableau 5 : Description des études évaluant les soins sans consentement pour une addiction

Nom du document	Type d'étude	Diagnostic concerné (et outil diagnostic)	Population concernée	Variables recueillies	Données sur le plan évaluatif
Hospitalisation sans consentement en addictologie en comparaison avec l'hospitalisation libre en aigu et à deux ans (Charriau et Naudet, 2014) (40)	Étude observationnelle rétrospective comparative monocentrique	- Troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation d'alcool (F10.XX de la CIM-10),	-Porte sur 108 patients en HDT apparié à 108 patients en HL, hospitalisé en addictologie en 2008 dans un établissement de santé dans le Morbihan, atteints de dépendance à l'alcool pour plus de 90% des HDT et plus de 80% des HL), appariement sur le sexe	-Recueil de données via le dossier médical -Critères de jugement : réhospitalisation dans l'année, réhospitalisation à deux ans, suivi ambulatoire en cours, mortalité	Aucune différence significative à 2 ans en termes de recours aux soins (p= 0,88 pour le suivi ambulatoire, p=1 pour la réhospitalisation dans l'année et p=1 pour la réhospitalisation à 2 ans) ou en termes de mortalité (p=1).
Hospitalisation sous contrainte versus hospitalisation libre et addiction à l'alcool : influence sur le devenir des patients (Balthazard-Olette et Laugier, 2014) (41)	Étude observationnelle comparative rétrospective monocentrique	-Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10.XX de la CIM-10)	-Porte sur 46 patients en HL et 46 en HDT de 2009 à mi-2011 en service d'addictologie dans un établissement de santé de la Marne, avec appariement en âge, en sexe, en statut marital et professionnel	-Recueil de données via le dossier médical -Critère principal de jugement = toute réalcoolisation à 6 mois -Critères secondaires : -Réhospitalisation à 6 mois -Observance au suivi ambulatoire (défini par la présence à une consultation avec un soignant par mois pendant 6 mois, avec une tolérance pour 1 mois sans consultation) -Réalcoolisation au cours de l'hospitalisation (quelle que soit l'intensité)	-Réalcoolisation à 6 mois : HDT 80,6% et HL 82,4%, pas de différence significative (p=0,8) -Réhospitalisation à 6 mois : HDT 44,8% et HL 48,6%, pas de différence significative (p=0,4) -Observance au suivi ambulatoire : HDT 34,6% et HL 41,7%, pas de différence significative (p=0,6) -Réalcoolisation au cours de l'hospitalisation : HDT 23,9% et HL 13%, pas de différence significative (p=0,17)
Involuntary treatment of alcohol-dependent patients: a study of 17 consecutive cases of civil commitment (Bourquin-Tièche et al., 2001) (38)	Étude de cohorte comportant une comparaison avec d'autres cohortes de la littérature	-Dépendance à l'alcool (CIM-10)	Étude observationnelle prospective de 4 ans portant sur 11 mesures de soins sans consentement résidentiels dans le cadre de l'addiction à l'alcool, représentant 10 patients, en Suisse	-Questionnaire après soins sans consentement (délai médian après inclusion 500 jours) comportant l'abstinence rapportée, l'amélioration ou non des troubles addictifs (choix entre « pas de changement », « amélioration » ou « détérioration »), le bienfondé ressenti des soins sans consentement (choix entre « totalement justifié », « modérément justifié » et « totalement injustifié ») et leur utilité ressentie (choix entre « tout à fait	Sur les 10 patients non perdus de vu ayant accepté de répondre : -80% rapportent une abstinence complète -90% patients rapportent une amélioration sur le plan de l'addiction -20 % trouvent la mesure totalement injustifiée, 40 % modérément justifiés et 40 % totalement justifiés

				<p>utile », « modérément utile » et « complètement inutile »)</p> <p>-questionnaire MOS-SF-36 de qualité de vie en lien avec la santé, dont les scores sont comparés à d'autres cohortes de patients alcoolodépendants de la littérature (dont les effectifs sont respectivement de 147, 630, 103 et 586)</p>	<p>-10 % trouvent la mesure complètement inutile, 30 % modérément utiles, et 60 % tout à fait utiles</p> <p>Score MOS-SF-36 plus élevés dans le cadre de ces patients ayant été pris en charge en soins sans consentement que dans les cohortes de la littérature (pas de calcul de significativité mentionné)</p>
<p>Civil commitment for addicts: the California program. (Kramer et al., 1968) (57)</p>	<p>Étude de cohorte</p>	<p>Usagers de substances illégales (principalement opiacés et cannabis) sans précision quant à un diagnostic addictologique précis</p>	<p>Porte sur une population de patients usagers de substances illicites en soins sans consentement ambulatoire en Californie de 1962 à 1964, suivie à 1 an (1209 individus) et à 3 ans (454 individus)</p>	<p>Evaluation par un agent de supervision :</p> <p>-patients restés abstinents pour les substances illégales (des consommations "modérées » d'alcool sont tolérées)</p> <p>-patient réadmis, sur décision d'une commission spécifique, en centre de soins résidentiel car faisant à nouveau usage de substances illicites OU en raison d'une infraction commise</p> <p>-autres cas (décès, incarcération, sortie du programme de soins sans consentement)</p> <p>NB : les patients « restés abstinents » le sont depuis leur sortie d'un établissement de soin résidentiel (séjour de 6 mois)</p>	<p>A 1 an, sur 1209 individus :</p> <p>-424 restés abstinents de substances illégales + 13 abstinents qui quittent le programme, soit 36% en tout</p> <p>-594 (49%) réadmis en centre de soin addictologique, dont 526 (43%) du fait de consommations, et 68 (6%) du fait d'infractions</p> <p>-178 (15%) individus dans un autre cas : 59 incarcérés, 63 perdus de vue, 46 arrêtés puis libérés sous caution et 10 décès en lien avec les consommations</p> <p>A 3 ans, sur 454 individus :</p> <p>-74 individus restés abstinents + 14 restés abstinents et sortis du programme, soit 19,3% en tout</p> <p>-366 (80,6%) non abstinents ou ayant commis une infraction</p>
<p>The efficacy of civil commitment in treating narcotic addiction (Anglin, 1988) (39)</p>	<p>Étude observationnelle prospective comparative</p>	<p>Usagers de substances illégales sans précision de diagnostic</p>	<p>Étude prospective, menée de 1974 à 1976, sur 1000 consommateurs de stupéfiants, admis en soins sans consentement d'une durée de 7 ans, incluant des soins principalement ambulatoires entre 1962 et 1964.</p>	<p>Sur la base d'entretiens :</p> <p>-consommation de stupéfiants</p> <p>-consommation importante d'alcool (au moins 2 fois par semaine : 6 bières, 1 bouteille de vin ou 7 verres de spiritueux pendant une période de 6 heures)</p> <p>-trafic de stupéfiants</p> <p>-infractions rapportées</p>	<p>Sur la période des soins contraint : diminution des consommations de stupéfiants, significative (p<0,01), et d'alcool, non significative</p> <p>Après la levée des soins sans consentement, la diminution de consommation de stupéfiants n'est plus significative et on retrouve une augmentation des consommations d'alcool, non significative</p>

			<p>-en raison du caractère alors récent de la loi, de nombreuses levées de mesure pour vice de forme sont survenues dans les 18 premiers mois d'application, aboutissant à la libération de la moitié des patients.</p> <p>-constitution de deux groupes aux caractéristiques proches : ceux qui sont restés en soins sans consentement et ceux pour qui la mesure a été levée (pour des raisons non cliniques)</p> <p>-durée de suivi de 7 à 13 ans.</p>	-revenus en lien avec infraction	
Civil commitment for substance use disorder patients under the Florida Marchman Act: demographics and outcomes in the private clinical setting. (Sweeney et al., 2013) (42)	Étude observationnelle rétrospective comparative	Addiction toutes substances	Étude comparative rétrospective sur 100 dossiers de patients entre 2003 et 2012 dans un centre de soins addictologiques en Floride, 100 patients ayant été soignés sous contrainte (principalement en hospitalisation) dont la mesure a été levée et 219 patients en soins libres	<p>Modalité de de sortie de prise en charge du centre de soin après levée de la contrainte :</p> <p>-patient acceptant de terminer la prise en charge,</p> <p>-sortie contre avis médical, à la demande de l'équipe soignante ou transférée</p>	<p>Parmi les patients ayant été soignés sans consentement, à l'issue de la levée de la mesure :</p> <p>-68 patients ont poursuivi les soins (68%)</p> <p>-24 ont demandé une sortie contre avis médical (24%)</p> <p>-5 à la demande de l'équipe médicale (5%)</p> <p>-2 ont été transférés (2%)</p> <p>Parmi les 219 patients n'ayant pas été soignés sans consentement :</p> <p>-154 ont poursuivi les soins jusqu'à leur sortie en accord avec l'équipe médicale (70%)</p> <p>-47 sont sortis contre avis médical (21%)</p> <p>-14 à la demande de l'équipe médicale (6%)</p> <p>-4 ont été transférés (2%)</p>
<p>HDT : Hospitalisation à la demande d'un tiers HO : Hospitalisation d'office</p>					

HL : Hospitalisation libre