

Dr Suzel Balthazard-Olette*, Dr Christophe Laugier**

* Psychiatre, Praticien hospitalier, Centre Michel Fontan, CH Belair, F-08013 Charleville-Mézières Cedex. Courriel : sbalthazard@ch-belair.fr

** Praticien hospitalier, Unité Edelweiss, EPSM de la Marne, Hôpital Pierre Briquet, Châlons-en-Champagne, France

Reçu septembre 2013, accepté septembre 2014

Hospitalisation sous contrainte versus hospitalisation libre

et addiction à l'alcool : influence sur le devenir des patients

Résumé

Objectif : ce travail a pour objectif de déterminer si l'hospitalisation sous contrainte exerce une influence sur le devenir de sujets souffrant d'une addiction à l'alcool. **Matériel et méthode :** il s'agit d'une étude exposés/non-exposés, rétrospective, visant à comparer deux groupes de patients, l'un hospitalisé sous contrainte, l'autre sur le mode libre. **Résultats :** il n'existe pas de différence significative entre les groupes concernant la réalcoolisation, la réhospitalisation ou l'observance au suivi dans les six mois après la sortie d'hospitalisation. Nous retrouvons une réalcoolisation chez 80,6 % des patients hospitalisés à la demande d'un tiers et chez 82,4 % des hospitalisés sur le mode libre, non perdus de vue ($p = 0,86$). L'observance concerne 34,6 % des sujets hospitalisés sous contrainte et 41,7 % des personnes hospitalisées sur le mode libre. **Conclusion :** nous ne mettons pas en évidence d'influence de l'hospitalisation sous contrainte sur le devenir de sujets souffrant d'une addiction à l'alcool dans l'étude que nous avons menée. L'importance de la réalcoolisation dans les six mois qui suivent la sortie d'hospitalisation, quelle qu'en soit la modalité, interroge néanmoins sur les facteurs susceptibles d'induire des résistances au changement chez des individus hospitalisés à leur demande, notamment l'existence de contraintes personnelles aux soins non repérées.

Mots-clés

Hospitalisation sous contrainte – Addiction – Alcool – Résistance au changement.

Summary

Impact of involuntary commitment versus voluntary commitment on the outcome of alcohol-dependent patients

Objective: this study was designed to determine whether involuntary commitment has an impact on the outcome of alcohol-dependent subjects. **Material and method:** this retrospective, exposed/nonexposed study was designed to compare two patient groups: involuntary commitment versus voluntary commitment. **Results:** no significant difference was observed between the two groups in terms of alcohol relapse, readmission or adherence to follow-up six months after discharge from hospital. Alcohol relapse was observed for 80.6% of involuntarily committed patients and 82.4% of voluntarily committed patients not lost to follow-up ($p = 0.86$). Adherence was observed for 34.6% of involuntarily committed patients and 41.7% of voluntarily committed patients. **Conclusion:** this study did not demonstrate any impact of involuntary commitment on the outcome of alcohol-dependent subjects. The high alcohol relapse rate six months after discharge from hospital, regardless of the mode of admission, nevertheless raises a number of questions concerning the factors able to induce resistance to change among voluntarily hospitalised individuals, especially the existence of undetected personal resistance to management.

Key words

Involuntary commitment – Addiction – Alcohol – Resistance to change.

La notion de contrainte est au cœur de la compréhension des conduites addictives, comme en témoignent leurs différentes définitions. Le terme "addiction" provient en effet du latin *ad-dicere*, "dire à", et désignait en droit

romain la contrainte par corps de celui qui, n'ayant pu honorer sa dette, était mis à disposition du plaignant par le juge (1). En 1990, Goodman souligne le caractère contraignant de ces conduites, lié à l'impossibilité de les contrôler

malgré la connaissance de leurs conséquences négatives. “*La perte de la liberté de s’abstenir*”, décrite par Pierre Fouquet en 1951, s’opère bien souvent au nom de l’affirmation de la liberté individuelle et contribue au paradoxe que rencontre de façon presque systématique chaque soignant amené à prendre en charge un patient souffrant de conduites addictives : aider celui qui ne le demande pas (2-4). Ainsi, des contraintes extrinsèques (difficulté conjugale, menace de licenciement, retrait du permis de conduire...), intrinsèques (préoccupation pour sa santé, désir de satisfaire son entourage...), ou bien encore les soins pénalement ordonnés sont souvent à l’origine de la demande de ces sujets. Les patients “clients”, qui ont identifié leur dépendance au produit et souhaitent simplement s’en libérer, se font plutôt rares en consultation d’addictologie (2, 3). Les deux types de contraintes (personnelles et judiciaires) ont ceci de commun qu’ils ne constituent pas une obligation formelle à se soigner. Un refus est toujours possible, mais pas sans conséquence : compromission de sa vie familiale, sociale, professionnelle ou de sa santé dans le premier cas ; sanctions judiciaires dans le second. Le patient reste donc, théoriquement, en position de faire un choix (5, 6).

L’hospitalisation sans consentement est une autre forme, quelque peu différente, de soins contraints rencontrée en addictologie. Elle prive d’emblée le patient d’un choix qu’on ne le considère pas ou plus en mesure de faire de façon éclairée et sécurisée pour lui ou pour autrui. Il se voit alors imposer le sevrage de sa conduite addictive, lorsqu’elle est associée à des troubles psychiatriques revêtant une dangerosité potentielle. Cette hospitalisation peut être indiquée, selon les recommandations de la Haute autorité de santé de 2005, lorsque la prise d’alcool ou de substances psychoactives, aiguë ou chronique, s’accompagne de troubles psychiatriques et/ou d’antécédents de passage à l’acte et/ou d’un risque prévisible pour le patient et/ou pour autrui. L’incurie, mentionnée dans ces recommandations comme susceptible de justifier une hospitalisation sous contrainte, est elle aussi fréquemment rencontrée, chez les patients présentant une addiction à l’alcool notamment (7).

Or, plus que dans toute autre situation psychiatrique urgente, la question de la pertinence d’une telle hospitalisation se pose aux soignants amenés à la mettre en place, a fortiori quand la symptomatologie psychiatrique est peu bruyante. Elle interroge notamment la question du respect de l’autonomie supposée de sujets souffrant d’une forme d’aliénation à une conduite qu’ils auraient choisie et qu’ils pourraient choisir d’enrayer (8, 9). En d’autres termes, peut-on obliger quelqu’un à retrouver sa liberté ? Le sevrage imposé n’est-il pas un obstacle à l’alliance théra-

peutique et à la suite des soins ? Est-il vraiment conciliable avec une démarche motivationnelle ?

Ces questions sont presque quotidiennes aux urgences psychiatriques et ne sont pas sans conséquence sur la décision finale d’orientation des nombreux patients souffrant de troubles mentaux et du comportement liés à l’utilisation d’alcool qui s’y présentent. Pour y répondre, nous avons mené une étude comparant deux groupes de patients hospitalisés pour troubles mentaux et du comportement liés à l’utilisation d’alcool, l’un sur le mode libre, l’autre à la demande d’un tiers selon la loi du 27 juin 1990. L’objectif est de savoir si l’hospitalisation sous contrainte exerce une influence, quelle qu’en soit la direction, sur le maintien de l’abstinence et l’observance aux soins de ces patients.

Matériel et méthode

Type d’étude

Afin de répondre à la question posée, nous avons réalisé une étude exposés/non-exposés rétrospective. Le facteur d’exposition est l’hospitalisation sous contrainte à la demande d’un tiers.

Critères de jugement

Le critère de jugement principal est la réalcoolisation dans les six mois qui suivent la sortie d’hospitalisation. En cas d’admission en postcure de sevrage de l’alcool, nous considérons la sortie d’hospitalisation comme celle de la postcure. Les critères de jugement secondaires sont la réalcoolisation au cours de l’hospitalisation, la réhospitalisation (sous contrainte ou non) dans les six mois après la sortie et l’observance six mois après leur sortie des patients non réhospitalisés. Nous avons défini la réalcoolisation comme la consommation d’alcool quelle que soit son intensité. Les patients sont considérés comme observants s’ils se présentent à au moins une consultation psychiatrique et/ou addictologique, médicale et/ou infirmière et/ou psychologique par mois pendant six mois, avec une tolérance d’un mois sans entretien.

Caractéristiques des populations

Afin d’étayer les résultats, nous avons souhaité caractériser chacun des deux groupes en termes de consommation actuelle de substances psychoactives autres que l’alcool, de

comorbidités psychiatriques, de troubles de personnalité et d'âge. Les traitements susceptibles d'influencer le devenir des patients ont été relevés et classés en quatre catégories : addictolytique, antidépresseur, thymorégulateur et anti-psychotique. Il nous a paru important de préciser les motifs d'hospitalisation, le nombre d'hospitalisations antérieures et des renseignements personnels tels que les situations familiale et professionnelle. Nous avons aussi recherché l'existence d'une contrainte judiciaire aux soins. Les motifs d'hospitalisation que nous avons qualifiés d'"autre" correspondent aux situations de grave conflit conjugal, de rupture nécessaire avec le milieu habituel, d'incurie, de mise en danger telle que l'arrêt d'un traitement somatique vital. Les troubles du comportement désignent l'agitation ou l'agressivité. Concernant la vie personnelle, sont considérés comme ne vivant pas seuls les sujets partageant leur domicile avec un tiers adulte, quelle que soit sa nature (parent, enfant, ami, colocataire...). Il ne s'agit donc pas nécessairement d'un conjoint. Nous avons relevé la nature des tiers dans les cas d'hospitalisation sous contrainte.

Enfin, nous avons jugé intéressant de comparer les caractéristiques des patients répondant ou non aux quatre critères de jugement étudiés (réalcoolisation dans les six mois suivant l'hospitalisation, observance à six mois, réhospitalisation dans les six mois et réalcoolisation en cours d'hospitalisation).

Constitution des groupes

Patients hospitalisés sous contrainte à la demande d'un tiers (HDT)

Nous avons inclus des patients HDT dans l'unité de soins Edelweiss de l'Établissement public de santé mentale de la Marne (EPSMM), situé à Châlons-en-Champagne. Il s'agit d'une unité de soins psychiatriques à orientation addictologique. La période d'inclusion s'étend du 1^{er} janvier 2009 au 30 juin 2011. Tous les patients présentaient un codage diagnostique F10 de la CIM-10 (troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool) pour l'hospitalisation en cours. Nous avons choisi de ne pas inclure les patients hospitalisés d'office selon la loi du 27 juin 1990, en raison des possibles conduites médico-légales et antécédents judiciaires les rendant peu comparables aux sujets hospitalisés de leur plein gré. Nous avons exclu, dans le même souci de comparabilité des groupes, les sujets en sortie d'essai prolongée et ceux dont l'autonomie était précaire (sortie en famille d'accueil, patient provenant d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

Patients hospitalisés sur le mode libre (HL)

Nous avons tiré au sort des patients hospitalisés dans la même structure pendant la même période, mais en hospitalisation libre, et réalisé un appariement en fonction du sexe. Aucun des patients de ce second groupe n'a été HDT au cours de la période étudiée.

Conditions d'hospitalisation et soins proposés

L'ensemble des patients est hospitalisé dans le même service, donc dans les mêmes locaux. Les patients ne sortent ni ne reçoivent de visite pendant les sept premiers jours d'hospitalisation, sauf cas particulier. Les entretiens médicaux et infirmiers sont organisés de la façon suivante :

- J1 : un entretien d'accueil infirmier, puis médical ;
- J4/J5 : premier entretien infirmier spécifique ;
- J7 : second entretien infirmier spécifique ;
- à l'issue d'une période de dix jours : entretien conjoint avec l'infirmier référent du patient et l'un des médecins du service, afin de déterminer la suite de la prise en charge. Un accueil des familles est possible sur une plage horaire réservée à cet effet. Les activités proposées sont les mêmes pour tous, dès lors que l'état clinique du patient le permet, à savoir :
- au moins deux activités thérapeutiques par semaine, à type de médiation, d'éducation thérapeutique, de groupes de débat ou d'information, de sport ;
- un groupe de parole par semaine ;
- une réunion soignants/soignés par semaine ;

Recueil des données

Après accord du Collège technique de l'information médicale de l'EPSMM, délégation de la Commission médicale d'établissement pour l'utilisation des données médicales, nous avons réalisé le recueil des données par recherche dans les dossiers informatiques des patients inclus. L'accès aux certificats ou les données de l'observation clinique ont permis de connaître la nature des tiers. Nous avons obtenu des informations sur la consommation d'autres substances psychoactives que l'alcool soit dans le dossier clinique, soit dans la fonction du logiciel consacrée aux codages diagnostiques. Nous avons ainsi recherché la consommation de tabac, de cannabis, d'héroïne, de cocaïne, d'autres substances (comprenant à titre d'exemple le mésusage de benzodiazépine, l'usage de kétamine, de champignons hallucinogènes...), ainsi que le mésusage de traitements de substitution aux opiacés. Nous avons

Tableau I : Caractéristiques des patients selon le mode d'hospitalisation (n = 92), sous contrainte (HDT) ou libre (HL)

Caractéristiques des patients		HDT n = 46	HL n = 46	p	OR [IC]
Âge moyen		47 ans	44,4 ans	0,200	
Sexe	Homme	35	35		
	Femme	11	11		
Durée moyenne d'hospitalisation		35,4 jours ± 22,5	21,5 jours ± 16,5	0,001	
Motif d'hospitalisation	Sevrage alcool	0	34 (73,9 %)		
	Sevrage alcool + autre(s) substance(s)	0	3 (6,5 %)		
	Troubles liés à l'usage d'alcool + symptômes dépressifs	4 (8,7 %)	4 (8,7 %)		
	Troubles liés à l'usage d'alcool + idées suicidaires	8 (17,4 %)	1 (2,2 %)		
	Troubles liés à l'usage d'alcool + tentative de suicide	9 (19,6 %)	2 (4,3 %)		
	Troubles liés à l'usage d'alcool + troubles du comportement avec ou sans ivresse aiguë	21 (45,7 %)	0		
	Autre	4 (8,9 %)	2 (4,3 %)		
Contrainte judiciaire aux soins	Oui	0	7 (15,2 %)	0,006	-
	Non	46 (100,0 %)	39 (84,8 %)		
Hospitalisations antérieures	0	11 (23,9 %)	12 (26,1 %)		
	1 à 2	7 (15,2 %)	7 (15,2 %)		
	3 ou plus	18 (39,1 %)	17 (37 %)		
Mode de vie	Vit seul(e)	18 (40,0 %)	26 (60,5 %)	0,054	2,29 [0,97-5,30]
	Ne vit pas seul(e)	27 (60,0 %)	17 (39,5 %)		
Situation professionnelle	En activité	21 (48,8 %)	20 (44,4 %)	0,600	0,83 [0,36-1,90]
	Sans activité	22 (51,2 %)	25 (55,6 %)		
SDF	Oui	0	4 (8,9 %)	0,055	-
	Non	46 (100,0 %)	41 (91,1 %)		
Usage de substances psychoactives	Oui	8 (17,4 %)	12 (26,1 %)	0,310	1,67 [0,60-4,59]
	Cannabis	4 (50,0 %)	9 (75,0 %)	0,250	3,00 [0,44-20,00]
	Héroïne	2 (25,0 %)	1 (8,3 %)	0,340	0,27 [0,02-3,60]
	Cocaïne	1 (12,5 %)	2 (16,7 %)	0,650	1,40 [0,10-18,60]
	Mésusage de TSO	1 (12,5 %)	2 (16,7 %)	0,650	1,40 [0,10-18,60]
	Autre	5 (62,5 %)	5 (41,7 %)	0,300	0,42 [0,06-2,70]
	Non	38 (82,6 %)	34 (73,9 %)		
Comorbidité psychiatrique	Oui	12 (26,1 %)	9 (19,6 %)	0,450	0,68 [0,25-1,80]
	Épisode dépressif	8 (66,7 %)	4 (44,4 %)	0,280	0,40 [0,06-2,40]
	Trouble psychotique	0	1 (11,1 %)	0,400	-
	Trouble bipolaire	7 (58,3 %)	3 (33,3 %)	0,200	0,35 [0,06-2,10]
	Trouble anxieux	3 (25,0 %)	3 (33,3 %)	0,500	1,50 [0,20-10,07]
Non	34 (73,9 %)	37 (80,4 %)			
Trouble de la personnalité	Oui	14 (30,4 %)	14 (30,4 %)	1,000	1,00 [0,41-2,43]
	Anankastique	0	1 (7,1 %)	0,500	-
	Dépendante	7 (50,0 %)	3 (21,4 %)	0,110	0,27 [0,05-1,40]
	Dyssociale	2 (14,3 %)	2 (14,3 %)	0,700	1,00 [0,12-8,30]
	Émotionnellement labile	2 (14,3 %)	4 (28,6 %)	0,300	2,40 [0,36-15,90]
	Évitante	0	2 (14,3 %)	0,200	-
	Histrionnique	2 (14,3 %)	1 (7,1 %)	0,500	0,46 [0,03-5,70]
	Paranoïaque	0	0		
Non	32 (69,6 %)	32 (69,6 %)			
Traitement	Oui	23 (50,0 %)	19 (41,3 %)	0,400	0,70 [0,30-1,60]
	Addictolytique	0	0		-
	Antidépresseur	16 (69,6 %)	15 (78,9 %)	0,370	1,60 [0,39-6,76]
	Thymorégulateur	7 (30,4 %)	5 (26,3 %)	0,760	0,81 [0,21-3,10]
	Antipsychotique	1 (4,3 %)	2 (10,5 %)	0,400	2,58 [0,2-30,90]
Non	23 (50,0 %)	27 (58,7 %)			
Réalcoolisation à 6 mois	Oui	25 (80,6 %)	28 (82,4 %)	0,800	1,12 [0,31-3,90]
	Non	6 (19,4 %)	6 (17,6 %)		
Observance à 6 mois	Oui	9 (34,6 %)	10 (41,7 %)	0,600	1,34 [0,40-4,24]
	Non	17 (65,4 %)	14 (58,3 %)		
Réhospitalisation à 6 mois	Oui	13 (44,8 %)	17 (48,6 %)	0,400	1,47 [0,60-3,70]
	Non	16 (52,2 %)	18 (51,4 %)		
Alcoolisation en cours d'hospitalisation	Oui	11 (23,9 %)	6 (13,0 %)	0,170	0,47 [0,15-1,40]
	Non	35 (76,1 %)	40 (87,0 %)		

par ailleurs distingué l'usage de tabac des autres substances psychoactives, dans la mesure où il n'est pas connu pour engendrer de troubles du comportement majeurs susceptibles d'influencer la modalité d'hospitalisation. Les comorbidités psychiatriques recherchées (épisode dépressif majeur, trouble bipolaire, trouble anxieux, trouble psychotique) ont été validées soit par le codage CIM-10, soit par l'énonciation claire et justifiée du diagnostic dans l'observation clinique. Compte tenu du caractère chronique de ces pathologies, nous avons retenu le diagnostic de trouble bipolaire ou psychotique même s'il était porté lors d'une hospitalisation antérieure. Nous avons procédé de la même façon pour les troubles de personnalité, puisqu'ils sont considérés comme stables au cours de l'existence.

Analyse des données

Les données ont été recueillies puis analysées à l'aide du logiciel Epi Info®. Les comparaisons de moyennes ont été réalisées grâce au test de Student ou de Mann et Whitney selon les conditions d'application, les comparaisons de distribution à l'aide du test du χ^2 .

Résultats

Généralités

Chacun des deux groupes comporte 46 patients, 35 hommes et 11 femmes. Parmi les patients HDT, six dossiers n'ont pu être exploités en raison d'un suivi dans une structure médico-sociale. Nous comptons un décès dans les six mois suivant la sortie chez les patients HL et quatre dossiers non exploitables (suivi libéral ou dans une structure médico-sociale). Par ailleurs, il ne nous a pas été possible de déterminer l'existence d'une réalcoolisation chez un patient pourtant suivi, par défaut de cette information dans le dossier.

Réalcoolisation

Nous avons pu recueillir cette donnée chez 65 patients (31 HDT et 34 HL). Les 27 données manquantes correspondent aux 12 patients évoqués dans les généralités. Les autres patients sont ceux qui sont très vite sortis du circuit des soins et que nous avons considérés comme non observants. 81,5 % de ces 65 patients ont reconsumé de l'alcool dans les six mois suivant leur sortie d'hospitalisation. 80,6 % appartiennent au groupe HDT et 82,4 % au

groupe HL. Aucune différence significative entre les deux groupes n'est retrouvée (tableaux I et II).

Observance à six mois

Elle n'a pu être évaluée que chez 50 patients (26 HDT et 24 HL), en raison des réhospitalisations et des pertes de vue. Seuls 38 % de l'ensemble de ces patients se sont avérés observants selon les critères que nous avons définis, dont 34,6 % de sujets HDT et 41,7 % de personnes HL. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes (tableaux I et III).

Réhospitalisation

La réhospitalisation dans les six mois suivant la sortie a pu être étudiée chez 64 patients, à savoir 29 HDT et 35 HL. 44,8 % des réhospitalisés font partie du groupe HDT, 48,6 % du groupe HL. Il n'y a aucune différence entre les groupes (tableaux I et IV).

Alcoolisation en cours d'hospitalisation

23,9 % de l'ensemble des patients HDT se sont alcoolisés en cours d'hospitalisation contre 13 % des patients HL. Aucune différence significative entre les groupes n'est mise en évidence (tableaux I et V).

Caractéristiques des populations selon la modalité d'hospitalisation

Motifs d'hospitalisation

Nous remarquons, à l'aide du tableau I, que la plupart des patients HL sont hospitalisés pour la réalisation d'un sevrage de l'alcool, alors que ceux qui sont HDT présentent beaucoup plus de symptômes psychiatriques aigus, au premier rang desquels les troubles du comportement avec ou sans ivresse aiguë (45,7 %).

Nombre d'hospitalisations antérieures

Dans les deux groupes (tableau I), les patients qui ont été hospitalisés trois fois ou plus sont majoritaires (39,1 % pour les HDT, 37 % pour les HL).

Situation familiale – Mode de vie

40 % des patients HDT vivent seuls, contre 60,5 % de ceux HL. De ce point de vue, la différence entre les groupes se trouve à la limite de la significativité (tableau I).

Tableau II : Caractéristiques des patients selon la réalcoolisation dans les six mois qui suivent l'hospitalisation (n = 65)

Caractéristiques des patients		Réalcoolisation		p	OR [IC]
		Oui – n = 53	Non – n = 12		
Hospitalisation	Sous contrainte (HDT)	25 (80,6 %)	6 (19,4 %)	0,80	1,12 [0,31-3,90]
	Libre (HL)	28 (82,4 %)	6 (17,6 %)		
Âge moyen		45,9 ans ± 10,07	48,3 ans ± 10,41	0,45	
Sexe	Homme	39 (73,6 %)	9 (75,0 %)	0,61	
	Femme	14 (26,4 %)	3 (25,0 %)		
Durée moyenne d'hospitalisation		29,3 jours ± 22,23	30 jours ± 22,19	0,90	0,90 [2,20-3,90]
Motif d'hospitalisation	Sevrage alcool	20 (37,7 %)	4 (33,3 %)		
	Sevrage alcool + autre(s) substance(s)	1 (1,9 %)	0		
	Troubles liés à l'usage d'alcool + symptômes dépressifs	6 (11,3 %)	1 (8,3 %)		
	Troubles liés à l'usage d'alcool + idées suicidaires	4 (7,5 %)	4 (33,3 %)		
	Troubles liés à l'usage d'alcool + tentative de suicide	7 (13,2 %)	0		
	Troubles liés à l'usage d'alcool + troubles du comportement avec ou sans ivresse aiguë	12 (22,6 %)	2 (16,7 %)		
	Autre	3 (5,7 %)	1 (8,3 %)		
Contrainte judiciaire aux soins	Oui	5 (9,4 %)	0		
	Non	48 (90,6 %)	12 (100,0 %)		
Hospitalisations antérieures	0	9 (17 %)	5 (41,7 %)		
	1 à 2	6 (11,3 %)	4 (33,3 %)		
	3 ou plus	26 (49,1 %)	1 (8,3 %)		
Mode de vie	Vit seul(e)	27 (54 %)	5 (41,7 %)	0,40	1,64 [0,45-5,88]
	Ne vit pas seul(e)	23 (46 %)	7 (58,3 %)		
Situation professionnelle	En activité	21 (41,2 %)	6 (50,0 %)	0,57	0,70 [0,19-2,47]
	Sans activité	30 (58,8 %)	6 (50,0 %)		
SDF	Oui	4 (7,5 %)	0	0,21	-
	Non	49 (92,5 %)	12 (100,0 %)		
Usage de substances psychoactives	Oui	13 (24,5 %)	2 (16,7 %)	0,40	1,62 [0,30-8,30]
	Non	40 (75,5 %)	10 (83,3 %)		
Comorbidité psychiatrique	Oui	10 (18,9 %)	6 (50,0 %)	0,03	0,23 [0,06-0,87]
	Non	43 (81,1 %)	6 (50,0 %)		
Trouble de la personnalité	Oui	19 (35,8 %)	2 (16,7 %)	0,17	2,79 [0,50-14,10]
	Non	34 (64,2 %)	10 (83,3 %)		
Traitement	Oui	23 (43,4 %)	8 (66,7 %)	0,14	0,38 [0,10-1,43]
	Non	30 (56,6 %)	4 (33,3 %)		

Situation professionnelle

Parmi les patients HDT, 48,8 % sont en activité contre 44,4 % au sein des sujets HL. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes (tableau I).

Sans domicile fixe

4,4 % de l'ensemble des sujets de l'étude sont sans domicile fixe, tous HL, ce qui représente 8,9 % de cette population (tableau I).

Les tiers

La demande de tiers est réalisée le plus souvent par le conjoint (35,6 % des cas), un parent (26,7 % des cas) ou un enfant (13,3 % des cas).

L'âge des patients

La moyenne d'âge des patients HDT est de 47 ans et de 44,4 ans pour les sujets HL. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes. Le sujet HDT le plus jeune a 31 ans et le plus âgé 71, contre 29 et 77 ans pour les personnes HL. Les deux groupes ne présentent pas de différence significative (tableau I).

Durée d'hospitalisation

L'hospitalisation dure en moyenne 35,4 jours pour les patients HDT, contre 21,5 pour ceux HL. Nous relevons une durée d'hospitalisation minimale de huit jours pour les sujets HDT, contre une journée pour ceux HL, et une durée d'hospitalisation maximale de 91 jours pour les patients HDT, contre 67 pour ceux HL. La durée d'hospitalisation

Tableau III : Caractéristiques des patients selon leur observance aux soins dans les six mois qui suivent l'hospitalisation (n = 50)

Caractéristiques des patients		Observance		p	OR [IC]
		Oui – n = 19	Non – n = 31		
Hospitalisation	Sous contrainte (HDT)	9 (47,4 %)	17 (54,8 %)	0,60	1,34 [0,40-4,20]
	Libre (HL)	10 (52,6 %)	14 (45,2 %)		
Âge moyen		43,9 ans ± 8,8	45 ans ± 10,97	0,70	
Sexe	Homme	17 (89,5 %)	21 (67,7 %)	0,07	4,04 [0,70-21,00]
	Femme	2 (10,5 %)	10 (32,3 %)		
Durée moyenne d'hospitalisation		25,4 jours ± 19,9	26,8 jours ± 19,9	0,24	
Motif d'hospitalisation	Sevrage alcool	7 (36,8 %)	12 (38,7 %)		
	Sevrage alcool + autre(s) substance(s)	0	2 (6,5 %)		
	Troubles liés à l'usage d'alcool + symptômes dépressifs	1 (5,3 %)	2 (6,5 %)		
	Troubles liés à l'usage d'alcool + idées suicidaires	4 (21,1 %)	2 (6,5 %)		
	Troubles liés à l'usage d'alcool + tentative de suicide	2 (10,5 %)	4 (12,9 %)		
	Troubles liés à l'usage d'alcool + troubles du comportement avec ou sans ivresse aiguë	4 (21,1 %)	8 (25,8 %)		
	Autre	1 (5,3 %)	1 (3,2 %)		
Contrainte judiciaire aux soins	Oui	2 (10,5 %)	0	0,10	-
	Non	17 (89,5 %)	31 (100,0 %)		
Hospitalisations antérieures	0	9 (47,4 %)	10 (32,3 %)		
	1 à 2	1 (5,3 %)	5 (16,1 %)		
	3 ou plus	6 (31,6 %)	8 (25,8 %)		
Mode de vie	Vit seul(e)	11 (57,9 %)	14 (46,7 %)	0,40	1,57 [0,50-5,00]
	Ne vit pas seul(e)	8 (42,1 %)	16 (53,3 %)		
Situation professionnelle	En activité	9 (47,4 %)	12 (42,9 %)	0,76	1,2 [0,40-3,90]
	Sans activité	10 (52,6 %)	16 (57,1 %)		
SDF	Oui	1 (5,3 %)	2 (6,7 %)	0,66	0,8 [0,06-9,20]
	Non	18 (94,7 %)	28 (93,3 %)		
Usage de substances psychoactives	Oui	3 (15,8 %)	9 (29,0 %)	0,20	0,4 [0,10-1,96]
	Non	16 (84,2 %)	22 (71,0 %)		
Comorbidité psychiatrique	Oui	9 (47,4 %)	3 (9,7 %)	0,003	8,4 [1,90-37,00]
	Non	10 (52,6 %)	28 (90,3 %)		
Trouble de la personnalité	Oui	3 (15,8 %)	10 (32,3 %)	0,17	0,4 [0,09-1,70]
	Non	16 (84,2 %)	21 (67,7 %)		
Traitement	Oui	13 (68,4 %)	11 (35,5 %)	0,02	3,9 [1,16-13,20]
	Non	6 (31,6 %)	20 (64,5 %)		

talisation est significativement plus longue pour les sujets hospitalisés sous contrainte (tableau I).

Consommation de substances psychoactives

L'usage de tabac n'a pu être évalué que chez 62 patients, parmi lesquels on compte 91,9 % de fumeurs. La consommation d'autres substances psychoactives a été repérée chez 20 patients et concerne 17,4 % de sujets HDT et 26,1 % de personnes HL. Nous n'observons pas de différence significative entre les groupes. Les différentes substances utilisées dans les deux cohortes sont indiquées dans le tableau I.

Comorbidités psychiatriques

26,1 % des patients HDT souffrent de comorbidités psychiatriques, toutes catégories confondues, contre 19,6 %

parmi ceux HL. Il n'existe pas de différence entre les groupes. Le tableau I montre la répartition des différentes pathologies psychiatriques dans les deux cohortes.

Troubles de personnalité

Les deux groupes sont identiques dans cette catégorie, soit 30,4 % des patients dans chacun des deux. Le tableau I nous indique la répartition des différents troubles de personnalité au sein des deux cohortes.

Traitements

Les deux groupes sont comparables sur le plan des traitements étudiés, dont bénéficient 50 % des patients HDT et 41,3 % de ceux HL. À noter qu'aucun patient ne bénéficie d'un traitement addictologique. La catégorie de traitement

Tableau IV : Caractéristiques des patients selon l'existence d'une nouvelle hospitalisation dans les six mois qui suivent l'hospitalisation (n = 64)

Caractéristiques des patients		Réhospitalisation		p	OR [IC]
		Oui – n = 30	Non – n = 34		
Hospitalisation	Sous contrainte (HDT)	13 (43,3 %)	16 (47,1 %)	0,400	1,47 [0,60-3,68]
	Libre (HL)	17 (56,7 %)	18 (52,9 %)		
Âge moyen		47 ans ± 10	45,3 ans ± 10,36	0,500	
Sexe	Homme	22 (73,3 %)	26 (76,5 %)	0,770	0,84 [0,27-2,62]
	Femme	8 (26,7 %)	8 (23,5 %)		
Durée moyenne d'hospitalisation		32,3 jours ± 24,77	26,4 jours ± 19,43	0,290	
Motif d'hospitalisation	Sevrage alcool	10 (33,3 %)	15 (44,1 %)		
	Sevrage alcool + autre(s) substance(s)	1 (3,3 %)	0		
	Troubles liés à l'usage d'alcool + symptômes dépressifs	5 (16,7 %)	2 (5,9 %)		
	Troubles liés à l'usage d'alcool + idées suicidaires	2 (6,7 %)	6 (17,6 %)		
	Troubles liés à l'usage d'alcool + tentative de suicide	3 (10,0 %)	3 (8,8 %)		
	Troubles liés à l'usage d'alcool + troubles du comportement avec ou sans ivresse aiguë	6 (20,0 %)	7 (20,6 %)		
	Autre	3 (10,0 %)	1 (2,9 %)		
Contrainte judiciaire aux soins	Oui	4 (13,3 %)	2 (5,9 %)	0,270	2,46 [0,40-14,50]
	Non	26 (86,7 %)	32 (94,1 %)		
Hospitalisations antérieures	0	2 (6,7 %)	13 (38,2 %)		
	1 à 2	5 (16,7 %)	5 (14,7 %)		
	3 ou plus	17 (56,7 %)	10 (29,4 %)		
Mode de vie	Vit seul(e)	14 (51,9 %)	17 (50 %)	0,880	1,07 [0,39-2,95]
	Ne vit pas seul(e)	13 (48,1 %)	17 (50 %)		
Situation professionnelle	En activité	13 (44,8 %)	14 (42,4 %)	0,840	1,10 [0,40-3,01]
	Sans activité	16 (55,2 %)	19 (57,6 %)		
SDF	Oui	1 (3,3 %)	3 (8,8 %)	0,350	0,35 [0,03-3,62]
	Non	29 (96,7 %)	31 (91,2 %)		
Usage de substances psychoactives	Oui	8 (26,7 %)	7 (20,6 %)	0,560	1,40 [0,43-4,47]
	Non	22 (73,3 %)	27 (79,4 %)		
Comorbidité psychiatrique	Oui	5 (16,7 %)	10 (29,4 %)	0,220	0,48 [0,14-1,61]
	Non	25 (83,3 %)	24 (70,6 %)		
Trouble de la personnalité	Oui	14 (46,7 %)	7 (20,6 %)	0,026	3,37 [1,12-10,10]
	Non	16 (53,3 %)	27 (79,4 %)		
Traitement	Oui	13 (43,3 %)	18 (52,9 %)	0,440	0,67 [0,25-1,82]
	Non	17 (56,7 %)	16 (47,1 %)		

la plus représentée dans les deux groupes est celle des antidépresseurs (69,6 % des sujets HDT traités, 78,9 % de ceux HL traités) (tableau I).

Contrainte judiciaire aux soins

Aucune contrainte judiciaire aux soins n'a été relevée dans la cohorte de patients HDT. 15,2 % des patients HL sont sous le joug d'une telle mesure (tableau I).

Caractéristiques des populations selon les différents critères de jugement

Les tableaux II, III, IV et V nous permettent de comparer l'ensemble des patients, indépendamment de la modalité

d'hospitalisation, selon le critère de jugement étudié. Nous remarquons l'existence de plusieurs différences significatives :

- les sujets qui s'alcoolisent en cours d'hospitalisation ont une durée d'hospitalisation plus longue en moyenne ;
- l'observance à six mois paraît meilleure lorsque le sujet souffre d'un trouble psychiatrique et bénéficie d'un traitement ;
- les sujets réhospitalisés dans les six mois semblent présenter plus fréquemment un trouble de personnalité ;
- les sujets qui ne se réalcoolisent pas dans les six mois qui suivent l'hospitalisation sont plus nombreux à avoir une comorbidité psychiatrique que ceux qui se réalcoolisent.

Tableau V : Caractéristiques des patients selon l'existence d'une alcoolisation en cours d'hospitalisation (n = 92)

Caractéristiques des patients		Alcoolisation		p	OR [IC]
		Oui – n = 17	Non – n = 75		
Hospitalisation	Sous contrainte (HDT)	11 (64,7 %)	35 (46,7 %)	0,1700	0,47 [0,15-1,40]
	Libre (HL)	6 (35,3 %)	40 (53,3 %)		
Âge moyen		43,7 ans ± 7,8	46,2 ans ± 10,19	0,3500	
Sexe	Homme	12 (70,6 %)	58 (17,3 %)	0,3800	0,70 [0,21-2,27]
	Femme	5 (29,4 %)	17 (22,7 %)		
Durée moyenne d'hospitalisation		41,5 jours ± 26,27	25,5 jours ± 18,36	0,0036	
Motif d'hospitalisation	Sevrage alcool	4 (23,5 %)	30 (40,0 %)		
	Sevrage alcool + autre(s) substance(s)	1 (5,9 %)	2 (2,7 %)		
	Troubles liés à l'usage d'alcool + symptômes dépressifs	1 (5,9 %)	7 (9,3 %)		
	Troubles liés à l'usage d'alcool + idées suicidaires	1 (5,9 %)	8 (10,7 %)		
	Troubles liés à l'usage d'alcool + tentative de suicide	1 (5,9 %)	10 (13,3 %)		
	Troubles liés à l'usage d'alcool + troubles du comportement avec ou sans ivresse aiguë	9 (52,9 %)	12 (16 %)		
	Autre	0	6 (8 %)		
Contrainte judiciaire aux soins	Oui	2 (11,8 %)	5 (6,7 %)	0,3800	1,86 [0,30-10,50]
	Non	15 (88,2 %)	70 (93,3 %)		
Hospitalisations antérieures	0	2 (11,8 %)	21 (28 %)		
	1 à 2	3 (17,6 %)	11 (14,7 %)		
	3 ou plus	9 (52,9 %)	26 (34,7 %)		
Mode de vie	Vit seul(e)	8 (47,1 %)	36 (50,7 %)	0,7800	0,86 [0,30-2,50]
	Ne vit pas seul(e)	9 (52,9 %)	35 (49,3 %)		
Situation professionnelle	En activité	6 (35,3 %)	35 (49,3 %)	0,2900	0,56 [0,20-1,70]
	Sans activité	11 (64,7 %)	36 (50,7 %)		
SDF	Oui	2 (11,8 %)	2 (2,7 %)	0,1500	4,80 [0,60-36,80]
	Non	15 (88,2 %)	72 (97,3 %)		
Usage de substances psychoactives	Oui	4 (23,5 %)	16 (21,3 %)	0,5300	1,13 [0,30-3,90]
	Non	13 (76,5 %)	59 (78,7 %)		
Comorbidité psychiatrique	Oui	4 (23,5 %)	17 (22,7 %)	0,5800	1,04 [0,30-3,60]
	Non	13 (76,5 %)	58 (77,3 %)		
Trouble de la personnalité	Oui	6 (35,3 %)	22 (29,3 %)	0,6200	1,31 [0,40-3,90]
	Non	11 (64,7 %)	53 (70,7 %)		
Traitement	Oui	7 (41,2 %)	35 (46,7 %)	0,6800	0,80 [0,27-2,30]
	Non	10 (58,8 %)	40 (53,3 %)		

Discussion

Résultats

Critères de jugement

Le taux de réalcoolisation dans les six mois qui suivent la sortie d'hospitalisation est important, puisqu'il concerne plus de 80 % des patients non perdus de vue, sans que l'on constate de différence significative entre les groupes. Il faut noter que le caractère rétrospectif du travail que nous proposons ne nous permet pas de différencier la réalcoolisation ponctuelle de la rechute.

En 1988, Watson et al. (10) ont publié une étude comparant le taux de rechute de vétérans alcooliques hospitalisés sous la contrainte d'une pression familiale ou d'une ordonnance judiciaire à celui de vétérans demandeur d'une prise en charge pour contrôler ou mettre un terme à leur consommation d'alcool. Contrairement à leur hypothèse de départ, les résultats semblent légèrement plus favorables aux sujets contraints. Dans un autre registre, Burke et Gregoire mettent en évidence une abstinence plus importante et une sévérité des conduites addictives plus faible chez des patients contraints par la justice à se soigner, six mois après le début de leur prise en charge (11).

Guillier a réalisé une étude visant à comparer deux groupes de sujets alcoolo-dépendants hospitalisés en 1987,

l'un dans le cadre d'une cure de sevrage, l'autre dans celui d'un "placement volontaire ou d'office" selon la loi de 1838 (12). Il compare leur devenir avec un recul de cinq ans et met en évidence une abstinence totale qui survient plus tardivement pour les sujets hospitalisés contre leur gré que pour les autres (deux ans au moins après leur hospitalisation). Roubini et al. ont, quant à eux, étudié une cohorte de 130 patients hospitalisés sans consentement à la demande d'un tiers ou d'office, selon la loi du 27 juin 1990 du Code de la santé publique, pour des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (13). Dans cette cohorte, 18 % des patients sont considérés comme abstinentes à 18 mois. Cette dernière étude, qui compare ses résultats à ceux de la population générale, observe qu'ils sont moins bons et pose la question du caractère néfaste soit de la contrainte à l'hospitalisation, soit de la gravité des pathologies psychiatriques associées.

Nous constatons pour notre part que les résultats sont peu satisfaisants, quelque soit la modalité de l'hospitalisation. On peut ainsi s'interroger sur la réelle motivation des patients hospitalisés pour un sevrage de l'alcool et sur l'existence de contraintes externes ou intrinsèques à l'origine de l'hospitalisation susceptibles de générer, en l'absence de repérage, un certain nombre de résistances au changement.

La réhospitalisation dans les six mois est un bon indicateur de rechute. En effet, elle implique la réapparition d'une souffrance et d'un retentissement des alcoolisations suffisamment significatifs pour justifier une mise à l'abri de l'individu. Elle concerne près de la moitié de la population de notre étude qui n'a pas été perdue de vue, quelle que soit sa modalité d'hospitalisation, et il n'apparaît pas de différence franche entre les groupes. 49 % des patients issus de la cohorte de Roubini et al. (13) ont été réhospitalisés dans un délai de trois mois après leur hospitalisation, ce qui va dans le sens de nos résultats. Un taux de réhospitalisation important donc, que l'hospitalisation antérieure soit contrainte ou libre. Dans le premier cas, on peut imaginer que le refus de soins initial ait engendré des résistances néfastes à leur poursuite. Dans le second, une hospitalisation peut-être pas tout à fait souhaitée par le patient, ou mal préparée a pu conduire à une sortie prématurée (cf. infra), ou à une acceptation passive des soins, peu propice à un ancrage durable dans un processus de changement. Seule la réalisation d'une étude prospective, à même de recueillir le vécu subjectif des patients sur leur hospitalisation permettrait de lever ces interrogations.

Nous trouvons par ailleurs un plus grand nombre de troubles de personnalité parmi les sujets réhospitalisés dans les six mois, alors même que ces troubles sont également représentés dans les deux cohortes. Les troubles de personnalité, durables dans le temps et peu accessibles aux processus de changement, pourraient peut-être être considérés comme un facteur de mauvais pronostic dans l'évolution des conduites addictives, compliquant tout au moins le parcours de soins de ceux qui en sont atteints.

L'alcoolisation en cours d'hospitalisation est une donnée qui ne fait presque jamais défaut dans le dossier, car elle constitue un évènement marquant et qui peut avoir une incidence déterminante dans sa poursuite. Elle reste assez modérée dans notre étude, avec une tendance à être un peu plus importante chez les patients HDT, qui sont hospitalisés en moyenne plus longtemps. Nous avons en effet remarqué que les patients qui se réalcoolisent en cours d'hospitalisation connaissent un temps d'hospitalisation plus long que les autres, et ce, de manière assez logique : plus l'hospitalisation est longue et plus le risque de voir survenir un évènement est important. Dans l'étude de Dossa et al. (14), consacrée à la réalcoolisation en cours d'hospitalisation pour sevrage de l'alcool, 82 % des patients HDT se réalcoolisent contre 43 % de ceux HL. Les auteurs y voient l'effet de la motivation, considérée comme un préalable fondamental à toute démarche thérapeutique pour l'abstinence de l'alcool, tout en soulignant que les cas d'hospitalisation sans motivation personnelle au sevrage doivent faire l'objet d'un travail thérapeutique dès que possible.

Enfin, les patients de l'étude que nous avons menée tendent à être un peu plus observants lorsqu'ils ont été hospitalisés de leur plein gré. L'observance est significativement meilleure lorsque le sujet souffre d'une pathologie psychiatrique et bénéficie d'un traitement ce qui peut s'expliquer par le rythme, souvent mensuel, des renouvellements d'ordonnance. Cette meilleure observance peut être mise en lien avec le taux de réalcoolisation à six mois, moins important chez les sujets comorbides, ce qui est en faveur du rôle primordial que joue l'accompagnement médico-psychosocial des patients souffrant d'addiction dans le bon déroulement de leurs soins.

Caractéristiques des deux populations

Nous remarquons tout d'abord que les deux groupes sont sensiblement comparables d'un point de vue des caractéristiques professionnelles et de l'âge. Les personnes HDT semblent cependant moins isolées que celles HL.

Concernant l'âge moyen, il coïncide à peu près avec les données connues concernant les patients HDT pour une addiction à l'alcool : 44 ans pour Roubini et al. (13), 41 ans pour Brousse et al. (15), 46,2 ans dans l'étude de Guillier (12). En revanche, l'étude de Guillier fait état de sujets un peu plus jeunes (37 ans en moyenne) parmi ceux hospitalisés de leur plein gré, alors que la moyenne d'âge est semblable dans nos deux cohortes.

Concernant le mode de vie, les personnes HDT semblent moins isolées que celles HL. C'est d'ailleurs dans ce dernier groupe que l'on retrouve les quelques patients sans domicile fixe de l'étude. Ces résultats posent la question du caractère "social" de certaines hospitalisations sur le mode libre, mais aussi de l'existence d'une demande de soins construite chez des patients en situation de précarité. La solitude et la précarité étant des facteurs de risque tant sur le plan psychiatrique qu'addictologique, on les aurait imaginées surreprésentées dans la cohorte des sujets HDT. Guillier trouve des résultats semblables aux nôtres pour ce qui est de la vie personnelle, mais les sujets en "placement volontaires ou d'office" (équivalent de l'HDT et de l'hospitalisation d'office sous le régime de la loi de 1838) sont plus nombreux à être sans emploi (12).

Les tiers sont majoritairement représentés par des membres de la famille proche (conjoint, parents, enfants), ce qui concorde avec les données de la littérature (12, 15). Ces résultats suggèrent l'existence d'un réseau familial suffisamment préoccupé par le patient pour s'engager dans la démarche de la contrainte aux soins, quelle que soit la nature des difficultés relationnelles sous-jacentes.

Plus de la moitié des deux groupes de notre étude a été hospitalisée au moins une fois pour une problématique éthylologique avant l'hospitalisation actuelle, et la majorité des patients plus de trois fois, dans un groupe comme dans l'autre. Cela signe le parcours addictologique déjà long et chaotique de l'ensemble des patients de l'étude. Le fait que l'unité d'accueil soit à orientation addictologique n'est probablement pas étranger à une telle concentration de malades "difficiles", dirigés spécifiquement vers cette structure quand le recours à des unités non spécialisées ne semble plus suffire. Roubini et al., dans leur étude portant sur 130 patients hospitalisés sans leur consentement (13), mettent en évidence une hospitalisation antérieure pour deux tiers des patients, un peu plus importante donc, mais notre étude présente un certain nombre de données manquantes sur ce critère.

L'hospitalisation sous contrainte, qui nécessite pour être mise en place la manifestation de troubles mentaux et/ou

d'un comportement potentiellement dangereux, est significativement plus longue chez ces patients. Il paraît en effet important, dans ces circonstances, de maintenir le patient hospitalisé le temps de l'évaluation et de la stabilisation des troubles. Nous remarquons néanmoins qu'environ 15 % des sujets HL sont restés hospitalisés de un à six jours, ce qui est inférieur à la durée habituelle d'un sevrage résidentiel simple, qui dure environ une semaine à dix jours (16, 17). Cela questionne à nouveau sur leur réelle motivation pour le sevrage et sur l'existence d'une autre forme de contrainte aux soins.

La prévalence des comorbidités addictives semble sous-évaluée dans l'étude que nous avons menée. Néanmoins, la consommation de substances tend à être un peu plus importante parmi les patients HL. Ce résultat va à l'encontre de ceux mis en évidence dans une étude suédoise de Sallmén et al. comparant les comorbidités psychiatriques de deux cohortes de patients alcoolo-dépendants, l'une hospitalisée de son plein gré, l'autre pas (18). Dans cette étude, l'usage de substances psychoactives est globalement plus important chez les sujets contraints, en particulier les hommes qu'elle concerne à 53 %.

L'ensemble des données épidémiologiques sur le sujet est en faveur d'une forte prévalence de la comorbidité psychiatrique chez les patients souffrant de troubles addictifs et vice-versa. Les études de la *National comorbidity survey* révèlent qu'environ la moitié des patients présentant un trouble psychiatrique vie entière ont également une problématique addictive et réciproquement (19). Celles de l'*Epidemiologic catchment area program* font état d'un autre trouble mental chez les patients souffrant d'un trouble addictif dans 37 % des cas (un tiers des cas lorsqu'il s'agit d'une addiction à l'alcool, la moitié lorsqu'il s'agit de substances illicites) (20).

Un peu plus de la moitié de la population de notre étude présente une problématique psychiatrique, troubles de la personnalité inclus, mais ils ne sont plus que 22,8 % lorsque nous excluons les personnalités pathologiques. S'il n'y a pas de différence significative entre les groupes, on constate que ces comorbidités sont un peu plus nombreuses parmi les sujets HDT. Dans l'étude de Guillier, les comorbidités psychiatriques, hors trouble de la personnalité sont représentées de manière équivalente, soit un peu moins de 40 % par groupe. Pour Sallmén et al., 65 % des sujets contraints à traiter leur problématique éthylologique souffrent d'une pathologie psychiatrique de l'axe I du DSM-III-R, contre 56 % de ceux qui demandent un tel traitement, ce qui ne constitue pas une différence significative (18).

Parmi les 130 patients HDT de l'étude de Roubini et al., 51 % présentent une comorbidité psychiatrique (13).

La prévalence des troubles de la personnalité chez les patients hospitalisés souffrant de troubles addictifs varierait, selon les études et les auteurs, entre 30 et 80 %, en raison d'hétérogénéités dans le choix des critères et des définitions (19). Notre étude se situe donc dans cette fourchette et montre que les deux groupes sont identiques sur le plan des troubles de la personnalité.

Réerves méthodologiques

La faiblesse numérique de l'étude est à l'origine d'un manque de puissance. En effet, nous l'avons débutée en 2009, date correspondant à l'informatisation généralisée des dossiers des centres médico-psychologiques de l'EPSMM. Nous l'avons arrêtée le 30 juin 2011, quelques jours avant la mise en œuvre de la loi 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*". Le choix de cette période, gage d'un recueil de données fiable et d'une population homogène, ne nous a pas permis d'inclure un nombre de patients suffisamment important.

Le caractère rétrospectif de l'étude peut être à l'origine d'un biais dans le recueil d'informations. Néanmoins, les données n'ont été recueillies que par un seul opérateur, selon un protocole précis, ce qui tend à limiter ce risque.

Les dossiers retenus sont tous ceux comportant un code F10 de la CIM-10 (troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool), sans préjuger du type de trouble mental. Cela suppose que tous les patients inclus aient une consommation d'alcool problématique, mais qu'ils ne sont pas tous dépendants (ou reconnus comme tels).

Nous avons volontairement employé le terme "réalcoolisation" plutôt que celui de "rechute". En effet, les données, recueillies rétrospectivement ne permettent pas de distinguer alcoolisation ponctuelle, "faux pas" et réapparition de conduites d'alcoolisation susceptible de générer une souffrance significative du sujet, voire de faire réapparaître la dépendance physique lorsqu'elle existait. Une réhospitalisation dans les six mois peut néanmoins être considérée comme une forme de rechute.

La consommation de substances psychoactives, en particulier de tabac et de cannabis, est probablement sous-estimée. La fréquence très élevée du tabagisme en milieu

psychiatrique nous a autorisés à considérer l'absence de données à ce sujet comme des données manquantes. En revanche, pour ce qui est des autres substances, leur consommation est à l'origine de telles conséquences qu'elle apparaît la plupart du temps dans le dossier médical. Ce n'est pas tout à fait vrai pour l'usage de cannabis et le mésusage de médicaments, qui pourraient avoir été occultés par le patient, ne pas avoir fait l'objet d'une recherche lors de l'entretien d'entrée, d'un dépistage ou ne pas avoir été consignés dans le dossier. Il en va de même pour la recherche d'une contrainte judiciaire aux soins.

Enfin, étant donné le caractère bien particulier des soins psychiatriques à la demande d'un tiers en France, il est difficile de trouver matière à comparer pertinemment notre travail dans la littérature internationale.

Conclusion

L'étude que nous avons menée ne met en évidence aucune influence, quelle qu'en soit la direction, de l'hospitalisation sous contrainte sur le devenir de sujets souffrant de troubles mentaux et du comportement liés à l'usage d'alcool, comparables en termes de situation personnelle et de comorbidités, et pris en charge dans une unité psychiatrique orientée vers les soins addictologiques.

Il apparaît en revanche que l'hospitalisation, libre ou contrainte, apporte des résultats peu satisfaisants, avec, dans un cas comme dans l'autre, des réalcoolisations voire des réhospitalisations rapides et en nombre important, et moins de 50 % d'observance à six mois.

Ces chiffres seraient plutôt attendus chez les sujets HDT. Ces patients sont en effet hospitalisés sans demande ni travail motivationnel initial, considérés comme un pré-requis à toute démarche de sevrage de l'alcool (21). Ce mode d'hospitalisation a pourtant son intérêt. D'une part, il permet de dépasser une situation de crise et de réévaluer le patient à distance de toute prise de substance psychoactive, génératrice d'une distorsion de jugement délétère à la prise de décision, y compris lorsqu'il s'agit de se protéger. D'autre part, il permet de distinguer un authentique déni des troubles d'un dysfonctionnement des fonctions exécutives d'origine lésionnelle et lié à l'usage chronique d'alcool, ce qui permet de mieux comprendre certaines difficultés au changement. Enfin, il rend possible un travail sur l'émergence de la motivation du patient, afin qu'il devienne acteur de ses soins. Cette prise en charge en deux temps (gestion de la crise, travail addictologique)

explique la durée plus importante de ces hospitalisations (22, 23).

Le travail des patients HL devrait donc être favorisé par leur démarche personnelle, différente de celle de leurs homologues, mais ce n'est pas le cas. Nous voyons plusieurs explications à ce phénomène. En premier lieu l'existence de contraintes personnelles, extrinsèques ou intrinsèques, pas assez identifiées et intégrées au travail addictologique. En effet, l'ignorance d'une contrainte semble plus délétère en soi que son existence, dans la mesure où une contrainte mise à jour est un élément avec lequel il est possible de travailler. Ainsi, la thérapie systémique brève nous apprend la nécessité de bien identifier la position du patient vis-à-vis des soins ("touriste", "plaignant", "client"), afin de renégocier le contrat thérapeutique pour amorcer un processus de changement (2, 3). En deuxième lieu, les patients de notre étude connaissent un parcours addictologique déjà complexe et chaotique, comme en témoignent leur âge et le nombre d'hospitalisations antérieures. Enfin, cette situation interroge sur les indications du sevrage résidentiel (réponse à une urgence psychiatrique, personnelle) et le travail addictologique réalisé en amont.

Les résultats de ce travail ne sont pas généralisables, en raison d'un manque de puissance et du caractère monocentrique de celui-ci. Une étude prospective et multicentrique sur le long terme permettrait un éclairage plus fiable sur le sujet. Ils ne sont néanmoins pas dénués d'intérêt, suggérant que l'hospitalisation sous contrainte peut être mise en place sans crainte d'une perte de chance liée à cette modalité d'hospitalisation particulière, et déplaçant le questionnement sur l'hospitalisation, au sens large, des patients souffrant de conduites addictives. L'évaluation des contraintes personnelles et leur intégration au travail addictologique pendant l'hospitalisation pourraient être une piste de recherche, de même que la réalisation d'une étude prospective comparant le devenir après sevrage de patients hospitalisés ou traités en ambulatoire. ■

Conflits d'intérêt. – Les auteurs déclarent l'absence de tout conflit d'intérêt concernant ce travail.

S. Balthazard-Olette, C. Laugier

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

Références bibliographiques

- 1 - Poupard G, Gimenez G, Pedinielli JL. Addiction à l'alcool, objet concret et régulation des éprouvés internes. *Revue de Psychothérapie et de Psychanalyse de Groupe*. 2004 ; 43 : 159-73.
- 2 - Cottencin O. Thérapies systémiques brèves en addictologie. *Ann Méd Psychol*. 2009 ; 167 : 518-22.
- 3 - Cottencin O, Doutreligne Y, Goudemand M, Consoli SM. Addictions et thérapies systémiques brèves : un travail sous contrainte. *L'Encéphale*. 2009 ; 35 : 214-9.
- 4 - Danel T, Cottencin O, Karila L. Refus de soins en addictologie. Choix ou contrainte ? *Alcoologie et Addictologie*. 2009 ; 31 (1) : 77-80.
- 5 - Biadi-imhof A. Relation thérapeutique et soins obligés en toxicomanie. *Psychotropes*. 2005 ; 11 : 159-78.
- 6 - Zouitina N, Rolland B, Wilquin M, Thevenon C, Desmarais P, Thomas P, et al. Les soins pénalement ordonnés en France : principes des procédures et place du médecin. *Rev Épidémiol Santé Publique*. 2013 ; 61 (3) : 269-75.
- 7 - Haute Autorité de Santé. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Paris : HAS ; 2005 (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hospitalisation_sans_consentement_rap.pdf).
- 8 - Maisondieu J. Les addictions sont des drogues. *Ann Méd Psychol*. 2009 ; 167 : 529-33.
- 9 - Maisondieu J. Les femmes, les hommes, l'alcool. Une histoire d'amour. Paris : Payot ; 2004.
- 10 - Watson C G, Brown K., Tilleskjor C, Jacobs L, Pucel J. The comparative recidivism rates of voluntary-and coerced-admission male alcoholics. *J Clin Psychol*. 1988 ; 44 : 573-81.
- 11 - Burke A, Gregoire T. Substance abuse treatment outcomes for coerced and non coerced clients. *Health and Social Work*. 2007 ; 32 : 7-15.
- 12 - Guillier P. Malades alcooliques hospitalisés en CHS avec ou sans leur consentement : quelles différences ? Thèse d'exercice médecine. Rennes : Université Rennes I ; 1992.
- 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 - Dossa M, Guilbert S, Perault L, Jaafari N, Senon JL. Réalcoolisation en cours d'hospitalisation pour sevrage. Quelques facteurs favorisants. *Alcoologie et Addictologie*. 2009 ; 31 (3) : 247-50.
- 15 - 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.
- 16 - Aubin HJ, Benyamina A, Karila L, Luquiens A, Reynaud M. Stratégies actuelles de prise en charge des troubles de l'alcoolisation. *La Revue du Praticien*. 2011 ; 61 : 1373-7.
- 17 - Cottencin O, Dewi G, Karila L, Rolland B. Alcoologie clinique. *Presse Méd*. 2012 ; 41 (12 Part 1) : 1248-58.
- 18 - Sallmén B, Nilson LH, Berglung M. Psychiatric comorbidity in alcoholics treated at an institution with both coerced and voluntary admission. *Eur Psychiatry*. 1997 ; 12 : 329-34.
- 19 - Benyamina A, Reynaud M, Aubin HJ. Alcool et troubles mentaux. De la compréhension à la prise en charge du double diagnostic. Paris : Elsevier Masson ; 2013.
- 20 - Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*. 1990 ; 264 : 2511-8.
- 21 - Société Française d'Alcoologie. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Conférence de consensus, 17 mars 1999. *Alcoologie et Addictologie*. 1999 ; 21 (25) : 15-2205.
- 22 - Brousse G, Sautereau M, Lehugeur L, Benyamina A, Malet L. Alcool et soins sous contrainte. *EMC Psychiatrie*. 2010 ; 37-901-A-30.
- 23 - Danel T, Karila L, Mezerette C. Syndrome dysexécutif et addictions. *Alcoologie et Addictologie*. 2007 ; 29 (1) : 27-32.