



HAL
open science

Soins psychiatriques sans consentement et doubles diagnostics psychiatriques et addictologiques

Nadia Messaoudi

► **To cite this version:**

Nadia Messaoudi. Soins psychiatriques sans consentement et doubles diagnostics psychiatriques et addictologiques. Psychiatrie et santé mentale. 2017. dumas-01908807

HAL Id: dumas-01908807

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01908807>

Submitted on 30 Oct 2018

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.



UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2017

N° 2017 - 115

**SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT ET DOUBLES DIAGNOSTICS
PSYCHIATRIQUES ET ADDICTOLOGIQUES**

THESE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT DE MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT, SPECIALITE PSYCHIATRIE)
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE MARDI 03 OCTOBRE 2017

PAR

Nadia MESSAOUDI

Président du jury :

Monsieur le Professeur Fabrice WALLOIS

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Monsieur Olivier BALEDENT

Monsieur le Docteur Wolfgang PERSYN

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Monsieur le Professeur Fabrice WALLOIS

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Physiologie)

Responsable du Groupe de Recherches sur l'Analyse Multimodale de la Fonction Cérébrale

Chef du Services d'Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux Pédiatrique

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude
et soyez assuré de ma profonde considération

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier consultant

(Pharmacologie fondamentale clinique)

Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS

Ancien Responsable du service de pharmacologie clinique

Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Maladies infectieuses et tropicales)

Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M.E)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de juger de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie Adultes

Par votre disponibilité, votre encadrement et votre accompagnement,
vous m'avez permis de mener à bien ce travail.
Veuillez recevoir mes plus vifs remerciements
et l'expression de mon profond respect.

Monsieur Olivier BALEDET

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Responsable de l'unité de traitement de l'image

Médecine nucléaire et traitement de l'image

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Wolfgang PERSYN

Praticien Hospitalier

Psychiatrie Adultes

Tu me fais l'honneur de juger ce travail,

Je tiens à te remercier pour tes conseils, ton écoute, ton aide,
ton soutien actif et la confiance que tu m'a accordée dans ton service.

REMERCIEMENTS

Je remercie le Docteur Tong GENTIL, pour son aide dans la collecte des données.

Je remercie les praticiens et les équipes soignantes rencontrées lors de cette aventure multisites, pour leur accueil, leur gentillesse et leur accompagnement.

Je remercie mes parents, ma fratrie et mes grands-parents pour leur soutien pendant toutes ces années.

Merci à mes amis et à tous ceux qui me sont chers.

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	14
ABSTRACT	15
ABREVIATIONS	16
I. INTRODUCTION	17
1. Contexte.....	17
2. Epidémiologie.....	18
a) Double diagnostic	18
b) Impact économique	19
c) Soins psychiatriques sans consentement.....	19
3. Objectifs.....	19
II. MATERIEL ET METHODES	20
1. Recueil des données.....	20
2. Sujets.....	20
3. Outils.....	23
III. RESULTATS	24
1. ENSEMBLE DES PATIENS À DOUBLES DIAGNOSTICS	24
a. Description	24
b. Caractéristiques de l'ensemble des patients à doubles diagnostics.....	24
c. Prévalence de l'usage nocif/ dépendance à l'alcool et aux drogues.....	25
d. Prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues en fonction du sexe et de l'âge des patients	25
e. Prévalence des pathologies psychiatriques en fonction de l'usage nocif/dépendance à l'Alcool et aux Drogues	26
f. Prévalence des pathologies psychiatriques chez l'ensemble des patients en fonction du sexe et de l'âge.....	27
2. PATIENTS HOSPITALISÉS SANS CONSENTEMENT	29
a. Données globales.....	29
b. Caractéristiques des patients hospitalisés sans consentement.....	29
c. Prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues.....	30

d.	Prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues en fonction du sexe et de l'âge des patients	30
e.	Prévalence des pathologies psychiatriques et des comorbidités en fonction de la conduite addictive	31
f.	Prévalence des pathologies psychiatriques et des comorbidités en fonction du sexe et de l'âge des patients	32
g.	Recours à l'ELSA et impact sur le suivi addictologique et sur le recours aux hospitalisations	33
h.	Incarcérations en fonction de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues et du suivi addictologique	37
3.	PATIENTS HOSPITALISÉS AVEC CONSENTEMENT	37
a.	Caractéristiques des patients hospitalisés avec consentement	37
b.	Prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues	38
c.	Prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues en fonction des caractéristiques des patients	38
d.	Prévalence des pathologies psychiatriques en fonction de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues	39
e.	Prévalence des pathologies psychiatriques en fonction des caractéristiques des patients	40
4.	CARACTERISTIQUES DES PATIENTS À DOUBLES DIAGNOSTICS SELON LE MODE D'HOSPITALISATION	42
a.	Caractéristiques des patients de l'ensemble de l'échantillon en fonction du mode d'hospitalisation.....	42
b.	Prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues en fonction mode d'hospitalisation	44
c.	Prévalence des pathologies psychiatriques en fonction du mode d'hospitalisation des patients	45
d.	Doubles diagnostics en fonction du mode d'hospitalisation	46
e.	Doubles diagnostics et corrélations avec l'hospitalisation sans consentement.	48
IV.	DISCUSSION	50
1.	Patients hospitalisés sans consentement	50
a)	Caractéristiques	50
b)	Diagnostiques addictologiques, diagnostics psychiatriques et comorbidités	51

c) Place des soins en addictologie dans le contexte d’hospitalisation sans consentement.....	53
2. Patients hospitalisés avec consentement	55
a) Caractéristiques	55
b) Diagnostics addictologiques, diagnostics psychiatriques et comorbidités.....	55
3. Limites	56
V. CONCLUSIONS.....	57
BIBLIOGRAPHIE	62

ANNEXES

Annexe 1 : Poster accepté au Congrès Français de Psychiatrie (CFP 2017)	58
Annexe 2 : Critères CIM-10 d’usage nocif / dépendance à une substance psychoactive	59
Annexe 3 : Tableau 22 - Doubles diagnostics en fonction du mode d’hospitalisation	60
Annexe 4 : Tableau 23 - Doubles diagnostics et corrélations avec les hospitalisations sans consentement.....	61

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Patients inclus dans l’étude	22
Figure 2 : Nombre d’hospitalisations avec et sans consentement chez les patients à doubles diagnostics du 1 ^{er} Janvier 2007 au 31 Décembre 2016.....	24
Figure 3 : Corrélations entre l’évaluation par l’ELSA et le suivi addictologique ultérieur en fonction du suivi addictologique antérieur chez les patients hospitalisés sans consentement	36
Figure 4 : Distribution des patients de l’ensemble de l’échantillon en fonction du sexe et du mode d’hospitalisation	43

Figure 5 : Distribution des patients de l'ensemble de l'échantillon en fonction de l'âge et du mode d'hospitalisation	43
Figure 6 : Prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues en fonction du mode d'hospitalisation	44
Figure 7 : Prévalence des pathologies psychiatriques en fonction du mode d'hospitalisation.	46
Figure 8 : Doubles diagnostics en fonction du mode d'hospitalisation	47

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : caractéristiques de l'ensemble des patients à doubles diagnostics.....	25
Tableau 2 : Prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues en fonction du sexe et de l'âge des patients	26
Tableau 3 : Prévalence des pathologies psychiatriques en fonction de l'usage nocif/dépendance à l'Alcool et aux Drogues dans l'ensemble de la population	27
Tableau 4 : Prévalence des pathologies psychiatriques chez l'ensemble des patients en fonction du sexe et de l'âge	28
Tableau 5 : caractéristiques des patients hospitalisés sans consentement	30
Tableau 6 : Prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues en fonction du sexe et de l'âge des patients hospitalisés sans consentement	31
Tableau 7 : Prévalence des pathologies psychiatriques et des comorbidités en fonction de la conduite addictive chez les patients hospitalisés sans consentement	32
Tableau 8 (*) : Prévalence des pathologies psychiatriques et des comorbidités en fonction du sexe et de l'âge des patients hospitalisés sans consentement	34
Tableau 9 : Recours à l'ELSA et suivi addictologique (antérieur/ultérieur) chez les patients hospitalisés sans consentement	35
Tableau 10 : Corrélations entre l'évaluation par l'ELSA et le suivi addictologique ultérieur en fonction du suivi addictologique antérieur chez les patients hospitalisés sans consentement	36

Tableau 11 : Incarcérations en fonction de l'usage nocif/dépendance (Alcool/Drogues) et du suivi addictologique chez les patients hospitalisés sans consentement	37
Tableau 12 : caractéristiques des patients hospitalisés avec consentement	38
Tableau 13 : Prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues en fonction du sexe et de l'âge des patients hospitalisés avec consentement	39
Tableau 14 : Prévalence des pathologies psychiatriques en fonction de l'usage nocif/dépendance (alcool/drogues) chez les patients hospitalisés avec consentement	40
Tableau 15 : Prévalence des pathologies psychiatriques en fonction du sexe et de l'âge des patients hospitalisés avec consentement	41
Tableau 16 : Caractéristiques des patients de l'ensemble de l'échantillon en fonction du mode d'hospitalisation	42
Tableau 17 : Prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues en fonction du mode l'hospitalisation	44
Tableau 18 : Prévalence des pathologies psychiatriques en fonction du mode d'hospitalisation des patients	45
Tableau 19 : Doubles diagnostics en fonction du mode d'hospitalisation	47
Tableau 20 : Usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues, troubles psychiatriques et corrélations avec les hospitalisations sans consentement	49
Tableau 21: Doubles diagnostics et corrélations avec les hospitalisations sans consentement .	49
Tableau 22 : Doubles diagnostics en fonction du mode d'hospitalisation	59

RESUME

Introduction : Peu d'études ont comparé la fréquence des troubles addictifs chez les patients psychiatriques en fonction du mode d'hospitalisation, avec ou sans consentement. L'objectif de notre étude était de comparer les diagnostics addictologiques et psychiatriques chez des patients hospitalisés sans consentement (SPDT, SPPI, SPDRE) et chez des patients hospitalisés avec consentement.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective qui a inclus tous les patients hospitalisés avec un double diagnostic addictologique et psychiatrique au CH P. Pinel à Amiens du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2016, hospitalisés sans consentement (n=131) ou avec (n=502). Les données du DIM ont été utilisées pour analyser les diagnostics psychiatriques et addictologiques, selon les critères CIM-10, posés lors des hospitalisations.

Résultats : La fréquence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool (CIM-10) et de l'usage nocif/dépendance aux drogues (cannabis, cocaïne, opiacés, polytoxicomanies) étaient respectivement de 61,8% et 39,7% dans le groupe hospitalisé sans consentement et de 81,5% et 19,9% dans le groupe hospitalisé avec consentement. La fréquence de l'usage nocif/dépendance aux drogues était significativement plus fréquente dans le groupe de patients hospitalisés sans consentement ($\chi^2=22,26$, $p=0,000002$). La fréquence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool était significativement plus fréquente dans le groupe de patients hospitalisés avec consentement ($\chi^2=22,92$, $p=0,000002$).

Conclusion : Les diagnostics d'usage nocif/dépendance aux drogues étaient plus fréquents chez les patients hospitalisés sans consentement que chez les patients hospitalisés avec consentement.

Mots-clés : Double diagnostic, Hospitalisation sans consentement, Diagnostic psychiatrique, Dépendance à l'alcool, Addiction aux drogues, Troubles de l'humeur, Troubles de la personnalité, Schizophrénie

ABSTRACT

Background: Few studies have compared the frequency of substance use disorders in psychiatric patients according to involuntary or voluntary admissions. The aim of our study was to compare substance use disorders and psychiatric disorders in patients who were involuntary hospitalized and in patients who were voluntary hospitalized.

Methods: This retrospective study included all admitted patients with a dual diagnosis; substance use disorder and psychiatric disorder, at the P. Pinel psychiatric hospital, in Amiens, from January 1st 2007 to December 31th 2016, involuntary admitted (n=131) and voluntary admitted (n=502). MID's data were used to analyze substance use disorders and psychiatric disorders diagnoses, according to ICD-10 Criteria.

Results: The frequency of harmful use / alcohol dependence (ICD – 10) and harmful use / drugs dependence (cannabis, cocaine, opioid, polysubstance dependence) was respectively 61,8% and 39,7% in involuntary admitted patients, and 81,5% et 19,9% in voluntary admitted patients. Harmful use / drugs dependence was significantly more frequent in involuntary admitted patients ($\chi^2=22,26$, $p=0,000002$). Harmful use / alcohol dependence was significantly more frequent in voluntary admitted patients ($\chi^2=22,92$, $p=0,000002$).

Conclusion: Harmful use / drugs dependence diagnoses were more frequent in involuntary admitted patients than in voluntary admitted patients

Keywords: Dual diagnosis, involuntary admissions, Mental disorders, Alcohol use disorders, Drug use disorders, Mood disorders, Personality disorders, schizophrenia

ABREVIATIONS

1. API : Alcoolisation Ponctuelle Importante
2. CIM : Classification International des maladies
3. DIM : Département d'Information Médicale
4. NCS: National Comorbidity Survey
5. NESARC: National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions
6. NIDA : National Institute on Drug Abuse
7. NS : Non significatif
8. NSDUH: National Survey on Drug Use and Health
9. OEDT : Observatoire européen des Drogues et Toxicomanies
10. OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
11. OMS : Organisation mondiale de la santé
12. SAMHSA: La Substance Abuse and Mental Health Services Administration
13. SL : Soins Libres
14. SPA : Substances psychoactives
15. SPDRE : Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat
16. SPDT : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers
17. SPPI : Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent
18. TP : Troubles psychiatriques

I. INTRODUCTION

1. Contexte

La question des troubles addictifs comorbides avec les troubles psychiatriques (TP) ou double diagnostic ; connaît un intérêt grandissant ces dernières années compte tenu de sa fréquence et de ses implications cliniques et thérapeutiques (1). Le terme double diagnostic a été défini par l'association comorbide entre un ou plusieurs troubles addictifs avec une ou plusieurs pathologies psychiatriques (2)

Le terme "pathologie duelle" a été proposé à Barcelone, en 1986 (3,4) pour définir cette situation. Il avait pour origine la terminologie anglaise « Dual Diagnosis » qui se définit par la présence simultanée de deux pathologies. Cette définition ne tenait cependant pas compte des multiples processus synergiques induits par la co-occurrence des deux troubles.

En 1995, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini le double diagnostic par «la cooccurrence chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive (SPA) et d'un autre trouble psychiatrique » (5).

En 2004, L'Observatoire européen des Drogues et toxicomanies (OEDT) a défini cette comorbidité par la coexistence temporelle de deux ou plusieurs troubles psychiatriques définis selon les critères de la Classification International des maladies (CIM) et dont l'une est liée à une utilisation pathologique de substances (6).

En 2010, le National Institute on Drug Abuse (NIDA) a défini le double diagnostic par l'apparition simultanée ou séquentielle de deux ou plusieurs pathologies chez le même patient, impliquant des interactions entre ces pathologies, avec des conséquences sur leur évolution et leur pronostic (7).

Depuis 2012, la World Psychiatric Association (WPA) a proposé une nouvelle section concernant la comorbidité sous le terme «troubles / pathologie duels (duelle) » (8)(6).

Les termes double diagnostic, comorbidité, trouble co-occurent et pathologie duelle, retrouvés dans la littérature, définissent la même situation clinique impliquant une intrication comorbide entre des conduites addictives et des troubles psychiatriques.

Plusieurs hypothèses étiopathogéniques et psychopathologiques ont été proposées et discutées (le modèle du trouble psychiatrique secondaire, le modèle du facteur commun et le modèle du trouble addictif secondaire). Des études faites par le NIDA et l'étude de Burdzovic et al.,

retrouvaient une relation de causalité bidirectionnelle entre la pathologie psychiatrique et l'usage de SPA(9,10), le pronostic de la pathologie psychiatrique était aggravé par la consommation de SPA, qui elle, augmentait le risque de pathologies psychiatriques graves (11)

Cette comorbidité a été ainsi à l'origine de l'apparition d'une nouvelle entité pathologique qui nécessite une approche diagnostic conjointe et globale, et implique de nouvelles stratégies thérapeutiques et préventives. L'évolution, la stabilisation, la rémission ainsi que la rechute d'une des deux pathologies ; psychiatrique ou addictive, a une influence directe sur l'autre.

La prise en charge des troubles addictifs dans le cadre du double diagnostic représente un défi pour les services de soins. Elle nécessite souvent le recours à l'hospitalisation.

Plusieurs études, dont les études ECA et NESARC (12,13) ; ont montré que les troubles addictifs étaient fréquents chez les patients qui présentaient une pathologie psychiatrique (1,14), et que les patients psychiatriques avec des troubles addictifs présentaient les tableaux cliniques les plus sévères, dans les services d'urgences de psychiatrie (15). Les soins de ces patients peuvent nécessiter le recours à une hospitalisation, avec ou sans consentement (soins sous contrainte).

Les soins sans consentement dans le contexte des troubles addictifs soulèvent plusieurs questions et restent très controversés (16–18). Toutefois l'intrication comorbide entre ces troubles et les pathologies psychiatrique rend compte de la complexité du tableau clinique et de la prise en charge et questionne les spécificités du recours aux soins sans consentement.

Quelques études se sont intéressées à la place de la dépendance à l'alcool dans les hospitalisations sans consentement (19). Cependant, peu d'études se sont intéressées à la place des troubles addictifs de façon générale, dans le cadre du double diagnostic et des soins psychiatriques sans consentement (20–22). De plus le peu de données disponibles sont difficilement comparables compte tenu des différences juridiques liées aux cadres des hospitalisations sans consentement (23).

2. Epidémiologie

a) Double diagnostic

Les principales données épidémiologiques se basent sur des études et des enquêtes américaines, où le double diagnostic représente un enjeu de santé publique. Depuis 1971, chaque année ; la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) ; mène une enquête

en population générale ; la National Survey on Drug Use and Health (NSDUH). Aux Etats-Unis, le double diagnostic touche environ 3.3% des adultes en population générale (24). Peu de données sont disponibles en Europe et en France.

La cohorte européenne multicentrique de schizophrénie (EuroSC) qui incluait 1208 patients retrouvait un taux de prévalence à vie variable concernant la comorbidité psychiatrique et toutes les SPA sans distinction : 35% au Royaume-Uni, 21% en Allemagne et 19% en France. L'intrication comorbide entre l'alcool et les pathologies psychiatriques : 26% au Royaume-Uni, 18% en Allemagne et 14% en France.

b) Impact économique

Le double diagnostic représente, un problème majeur de santé publique. Les troubles psychiatriques graves sont liés à une forte morbi-mortalité. Ils sont à l'origine d'une perte d'espérance de vie d'environ 25 ans comparés à la population générale. Cette morbi-mortalité est fortement impactée par les conduites addictives (25).

En France, le coût social (vies humaines perdues, perte de la qualité de vie, pertes de production et coût pour les finances publiques en termes de dépenses de prévention, de répression et de soins) lié à l'alcool s'élevait à 120 milliards d'euros. Celui lié aux autres SPA s'élevait à 8,7 milliards d'euros (26).

c) Soins psychiatriques sans consentement

En France, le nombre des hospitalisations sans consentement a doublé ces cinq dernières années. Plus de 92 000 séjours ont été enregistrés en 2015 (27). Les hospitalisations sans consentement représentent 24 % des hospitalisations de la file active hospitalisée à temps plein, toutes pathologies confondues (27).

3. Objectifs

L'objectif principal de notre travail était de comparer les diagnostics addictologiques et psychiatriques chez les patients hospitalisés dans un contexte de doubles diagnostics, et de rechercher les relations comorbides en fonction du mode d'hospitalisation, avec et sans consentement.

Les objectifs secondaires étaient de dégager les caractéristiques spécifiques des patients à doubles diagnostics hospitalisés sans consentement, et d'évaluer l'impact des consultations et du suivi en addictologie chez ces patients.

II. MATERIEL ET METHODES

1. Recueil des données

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a inclus tous les patients âgés de plus de 18 ans, avec un double diagnostic addictologique et psychiatrique, hospitalisés au Centre Hospitalier Philippe Pinel à Amiens du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2016. Les dossiers ont été sélectionnés à partir du répertoire du Département d'Information Médicale (DIM).

Les données complémentaires concernant les diagnostics initiaux (antérieurs au trouble comorbide), le délai entre le premier contact psychiatrique ou addictologique et le diagnostic du trouble comorbide, les données sur les recours à l'évaluation addictologique par l'Equipe de Liaison et Soins en Alcoologie (ELSA) et/ou d'autres services d'addictologie, les suivis en addictologie ainsi que les antécédents d'incarcérations ; ont été recueillies dans les dossiers d'hospitalisation numérisés et/ou papiers des patients hospitalisés sans consentement. L'ensemble des dossiers d'hospitalisations avec ou sans consentement, dans un contexte de double diagnostic (troubles addictifs et pathologies psychiatriques) a été retenu.

2. Sujets

L'ensemble des patients âgés de plus de 18 ans, avec un double diagnostic, hospitalisés avec ou sans consentement ont été sélectionnés.

Concernant les troubles addictifs : Les diagnostics CIM 10, F10 (alcool), F11 (opiacés), F12 (cannabis), F13 (sédatifs ou hypnotiques), F14 (cocaïne), F16 (hallucinogènes), F19 (drogues multiples) ont été sélectionnés. Les données liées au diagnostic CIM 10 : F10 - Codes 1 (usage nocif) et 2 (dépendance) ont été regroupées : « Usage nocif/ dépendance l'Alcool ». Les diagnostics F15 (stimulants y compris la caféine), F17 (tabac) et F18 (solvants volatils) ont été exclus.

Les codes (.0- intoxication aiguë) et (.3 à 9) ont été exclus.

Seuls les codes (.1) et (.2) correspondant respectivement, à l'usage nocif et à la dépendance, ont été retenus pour l'analyse des données [Annexe 2]

Les données concernant les diagnostics CIM 10 : F11 (opiacés), F12 (cannabis), F13 (sédatifs ou hypnotiques), F14 (cocaïne), F16 (hallucinogènes), F19 (drogues multiples) ; Codes 1 (usage nocif) et 2 (dépendance) ont été regroupé sous la section « Drogues »

Dont deux sous-groupes :

- Polytoxicomanie : diagnostics F19.
- Opiacés ,cannabis, sédatifs ou d'hypnotiques, cocaïne et hallucinogènes: regroupant les diagnostics F11, F12, F13, F14, F16.

L'ensemble « Drogues » a été utilisé pour l'analyse des données.

Concernant les pathologies psychiatriques : les diagnostics CIM 10 : F 20 – F99 (troubles mentaux et du comportement) ont été sélectionnés. A partir de cette pré-sélection, les diagnostics CIM 10 retrouvés ont été regroupés ainsi :

-Syndrome dépressif : F31 (.3, .4, .5), F32 et F33

-Troubles anxieux : F40, F41, F42, F43.

-Troubles de la personnalité (F60-F69) : troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte à l'exclusion de F64 (Troubles de l'identité sexuelle), F65 (Troubles de la préférence sexuelle), F66 (Problèmes psychologiques et comportementaux associés au développement sexuel et à l'orientation sexuelle).

-Schizophrénie : F20-F29 (troubles schizotypiques et troubles délirants),

-Les diagnostics X60-X84 (Lésions auto-infligées) : ont été retenus chez les patients hospitalisés sans consentement et regroupés sous le terme « Tentatives de suicide »

- Les diagnostics Z55-Z 65 (Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psycho-sociales) ont été retenus pour les patients hospitalisés sans consentement : Z56 (difficultés liées au chômage), Z59 (difficultés liées au logement), Z 60 (difficultés liées à l'environnement social) et Z 63 (difficultés liées à l'entourage immédiat)

Concernant le mode d'hospitalisations : L'ensemble des patients hospitalisés avec consentement (Soins libres) et les patients hospitalisés sans consentement a été sélectionné.

Les modes d'hospitalisations sans consentement inclus étaient : Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT), les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) et les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (SPDRE). Les patients incarcérés, hospitalisés en D. 398 ont été exclus (37 patients).

Du 1^{er} Janvier 2007 au 31 Décembre 2016, le nombre de patients hospitalisés à l'Hôpital Philippe Pinel d'Amiens était de 10167 patients (23377 séjours), toutes pathologies et modes

d'hospitalisations confondus. 651 patients ont été hospitalisés (1365 séjours) dans le cadre de la prise en charge d'un trouble comorbide (addiction et pathologie psychiatrique), dont 148 patients hospitalisés sans consentement et 503 patients hospitalisés avec consentement.

18 patients ont été exclus ; 17 étaient hospitalisés sans consentement et 1 patient était hospitalisé avec consentement (diagnostic addictologique codé (0) : intoxication aiguë). La population d'étude correspondait à 633 patients ; hospitalisés dans le cadre de la prise en charge d'un trouble comorbide (addiction et pathologie psychiatrique), dont 131 patients hospitalisés sans consentement (98 en SPDT, 16 en SPPI et 17 en SPRDE), et 502 patients hospitalisés avec consentement (Figure 1)

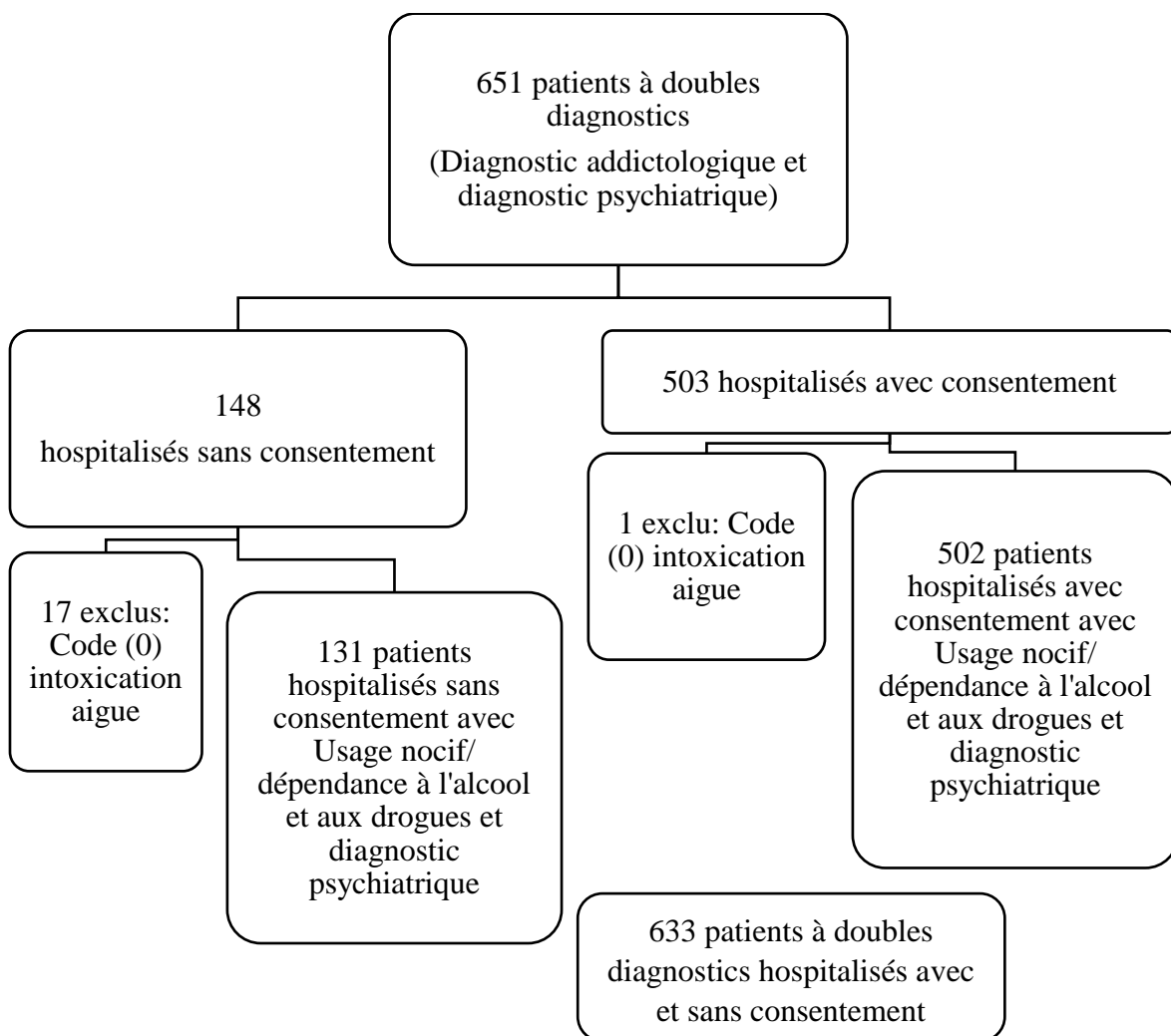


Figure 1 : Patients inclus dans l'étude

3. Outils

Les données ont été saisies sur le logiciel Excel version 2016 et analysées à l'aide du logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 21.0 (28). Les statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire les caractéristiques des deux échantillons.

Les variables continues ont été rapportées avec des moyennes et des écarts-types. Les variables qualitatives binaires ont été rapportées avec des fréquences.

Le test du Khi ² a été utilisé pour la comparaison des prévalences. Le test t de Student a été utilisé pour comparer les moyennes. La régression logistique avec la méthode Descendant LR, a été utilisée pour rechercher une corrélation entre les doubles diagnostics et les hospitalisations sans consentement. Les résultats ont été présentés avec les Odds ratios ; avec un intervalle de confiance de 95% pour les analyses univariées et multivariées. La valeur 1 indiquait la catégorie de référence.

Le seuil pour une signification statistique était de $p < 0.05$ pour toute l'analyse. Les résultats des tests statistiques, les valeurs du khi ², de p et des Odds ratios ont été présentés dans des tableaux.

Les données ont été analysées à 4 niveaux et les résultats de l'analyse ont été présentés suivant ces niveaux :

1. Résultats de l'analyse des données concernant la population d'étude, tous modes d'hospitalisation confondus (avec et sans consentement) (n=633).
2. Résultats de l'analyse des données concernant les patients hospitalisés sans consentement (n=131).
3. Résultats de l'analyse des données concernant les patients hospitalisés avec consentement (n=502).
4. Résultats de l'analyse comparative entre les patients hospitalisés avec et sans consentement.

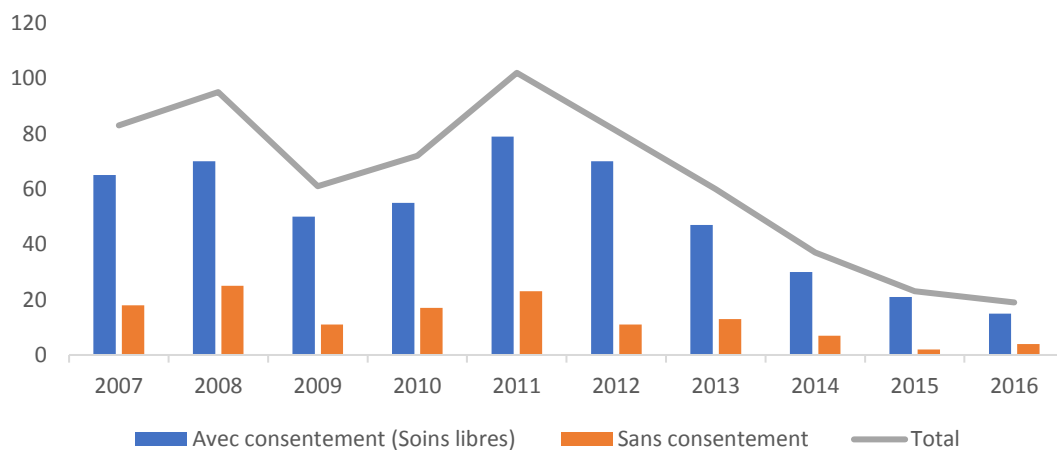
III. RESULTATS

1) ENSEMBLE DES PATIENTS À DOUBLES DIAGNOSTICS

a) Description

La prévalence du trouble comorbide parmi les patients hospitalisés en psychiatrie était de 6,2%. Le nombre de patients hospitalisés dans le cadre d'un trouble comorbide, tous modes d'hospitalisations confondus a enregistré 2 pics, qui correspondaient aux années 2008 et 2011. Une diminution progressive a été notée à partir de 2011 (Figure 2)

Figure 2 : Nombre d'hospitalisations avec et sans consentement chez les patients à doubles diagnostics du 1^{er} Janvier 2007 au 31 Décembre 2016



b) Caractéristiques de l'ensemble des patients à doubles diagnostics (Tableau 1)

La population était majoritairement masculine ; composée de 76,1% d'hommes et de 23,9% de femmes.

La moyenne d'âge était de $42,21 \pm 11$ ans. La tranche d'âge (26-50) ans, représentait 71,4 % de l'effectif total (Tableau 1)

Tableau 1 : caractéristiques de l'ensemble des patients à doubles diagnostics

	Effectifs	Pourcentages %
Sexe		
Homme	482	76,1
Femme	151	23,9
Age (ans)		
18-25	30	4,7
26-50	452	71,4
51 et plus	151	23,9

c) Prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues

La prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool était de 77,4%. Elle était de 24% pour les drogues, dont 53,9% de polytoxicomanie et 46,1 % d'usage nocif/dépendance aux opiacés, à la cocaïne ou au cannabis. La prévalence du double usage nocif/dépendance alcool-drogues était de 1,7%.

d) Prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues en fonction du sexe et de l'âge des patients (Tableau 2)

Il n'y avait pas de relation significative entre l'usage nocif/dépendance à l'alcool ou aux drogues et le sexe des patients.

L'usage nocif/dépendance à l'alcool était significativement plus fréquente dans la tranche d'âge (51 ans et plus). ($\text{Khi}^2=28,22, p < 10^{-7}$) (Tableau 2).

L'usage nocif/dépendance aux drogues était significativement plus fréquente dans la tranche d'âge (18-25 ans) ($\text{Khi}^2=37,27, p < 10^{-9}$) (Tableau 2).

La fréquence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool augmentait avec l'âge, contrairement à l'usage nocif/dépendance aux drogues qui baissait avec l'âge (Tableau 2).

Tableau 2 : Prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues en fonction du sexe et de l'âge des patients

	Alcool (%)	Khi2	p	OR	[IC 95%]
Sexe					
Homme	77,4	0,001	0,98	1	[0,64-1,55]
Femme	77,5				
Age (ans)					
18-25	50				
26-50	75				
51 et plus	90,1	28,22	$< 10^{-7}$		
	Drogues (%)	Khi2	p	OR	[IC 95%]
Sexe					
Homme	23,9	0,26	0,87	1,03	[0,67-1,58]
Femme	24,5				
Age (ans)					
18-25	60	37,27	$< 10^{-9}$		
26-50	26,1				
51 et plus	10,6				

e) **Prévalence des pathologies psychiatriques en fonction de l'usage nocif/dépendance à l'Alcool et aux Drogues dans l'ensemble de la population**
(Tableau 3)

Les prévalences du syndrome dépressif, des troubles anxieux, des troubles de la personnalité et de la schizophrénie étaient respectivement 34%, 28,9%, 37,9%, 9,5%.

Le syndrome dépressif était significativement plus fréquent chez les patients qui avaient un usage nocif/dépendance à l'alcool (Khi2= 13,89, $p < 10^{-4}$) (Tableau 3).

La schizophrénie était significativement plus fréquente chez les patients qui avaient un usage nocif/dépendance aux drogues (Khi2=34,88, $p < 10^{-9}$) (Tableau 3).

On n'a pas trouvé d'association significative entre les troubles anxieux et les troubles de la personnalité avec l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues (Tableau 3).

Tableau 3 : Prévalence des pathologies psychiatriques en fonction de l'usage nocif/dépendance à l'Alcool et aux Drogues dans l'ensemble de la population

	Alcool (%)	Drogues (%)	Khi2	p	OR	[IC 95%]
Syndrome dépressif	37,8	21	13,89	$< 10^{-4}$	2,28	[1,46-3,55]
Troubles anxieux	29,2	28	0,08	0,77	1,06	[0,70-1,60]
Troubles de la personnalité	38,2	37,1	0,57	0,81	1,04	[0,71-1,54]
Schizophrénie	5,7	22,4	34,88	$< 10^{-9}$	4,66	[2,69-8,05]

f) Prévalence des pathologies psychiatriques chez l'ensemble des patients en fonction du sexe et de l'âge (Tableau 4)

Le syndrome dépressif était significativement plus fréquent dans la tranche d'âge (51 ans et plus) (Khi2=15,68, $p < 10^{-4}$).

Les troubles anxieux étaient significativement plus fréquents chez les hommes (Khi2= 16,35, $p < 10^{-5}$)

Les troubles de la personnalité étaient significativement plus fréquents chez les femmes et dans la tranche d'âge (18-25 ans) ; respectivement (Khi2=6,01, $p=0,01$), (Khi2=6.78, $p=0,03$) (Tableau 4).

Concernant la schizophrénie, aucune relation significative avec l'âge et le sexe des patients n'a été retrouvée (Tableau 4).

Tableau 4 : Prévalence des pathologies psychiatriques chez l'ensemble des patients en fonction du sexe et de l'âge

	S. Dépressif (%)	Khi2	p
Sexe			
Homme	34,4	0,20	0,65
Femme	32,5		
Age (ans)			
18-25	23,3		
26-50	30,3		
51 et plus	47	15,68	< 10 ⁻⁴
	Tb. Anxieux (%)	Khi2	p
Sexe			
Homme	33	16,35	< 10 ⁻⁵
Femme	15,9		
Age (ans)			
18-25	36,7	2,03	0,36
26-50	29,6		
51 et plus	25,2		
	Tb. Personnalité (%)	Khi2	p
Sexe			
Homme	35,3		
Femme	46,4	6,01	0,01
Age (ans)			
18-25	50	6,78	0,03
26-50	39,8		
51 et plus	29,8		
	Schizophrénie (%)	Khi2	p
Sexe			
Homme	10	0,54	0,46
Femme	7,9		
Age (ans)			
18-25	10	0,18	0,91
26-50	9,7		
51 et plus	8,6		

(S. Syndrome, Tb. Troubles)

2) PATIENTS HOSPITALISÉS SANS CONSENTEMENT

a. Données globales

En moyenne, l'hospitalisation sans consentement dans le cadre d'un double diagnostic était survenue $6,05 \pm 6,32$ ans après la première consultation en psychiatrie ou en addictologie.

Les patients hospitalisés en SPDT étaient majoritaires (78,8%) ; contre 13% en SPDRE et 12,2% en SPPI.

Parmi les patients à double diagnostic qui ont été hospitalisés sans consentement ; 3 patients présentaient un trouble cognitif léger.

Des comorbidités somatiques ont été retrouvées chez 18 patients à double diagnostic hospitalisés sans consentement ; 5 patients présentaient une épilepsie, 1 patient présentait une hépatite virale C aiguë, 1 patient présentait une hépatite virale chronique, 1 patient présentait une tumeur maligne du plancher antérieur de la bouche, 1 patient présentait une Sclérose en plaques, 1 patient a présenté un infarctus du myocarde, 1 patient a présenté une hémorragie hémisphérique intracérébrale corticale, 3 patients étaient suivis pour un asthme, 1 patient présentait une hypothyroïdie, 2 patients avaient des infections cutanées et 1 patient présentait une goutte.

b. Caractéristiques des patients hospitalisés sans consentement (Tableau 5)

La population de patients hospitalisés sans consentement était majoritairement masculine. Elle était composée de 73,3% d'hommes et de 26,7% de femmes.

La moyenne d'âge était de $41,6 \pm 13,04$ ans. La tranche d'âge (26-50) ans, représentait 70,2 % de l'effectif (Tableau 5).

L'âge moyen était de $42 \pm 13,10$ ans pour les hommes et de $40,6 \pm 13$ ans pour les femmes.

Tableau 5 : caractéristiques des patients hospitalisés sans consentement

	Effectifs	Pourcentages %
Sexe		
Homme	96	73,3
Femme	35	26,7
Age (ans)		
18-25	9	6,9
26-50	92	70,2
51 et plus	30	22,9

c. Prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues

La prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool était de 61.8 %. Elle était de 39.7 % pour l'usage nocif/dépendance aux drogues, dont 48,1% de polytoxicomanie et 51,9 % d'usage nocif/dépendance aux opiacés, à la cocaïne ou au cannabis. La prévalence du double usage nocif/dépendance alcool-drogues était de 1,5 %.

d. Prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues en fonction du sexe et de l'âge des patients hospitalisés sans consentement (Tableau 6)

Aucune relation significative n'a été retrouvée entre l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues et les caractéristiques démographiques des patients (Tableau 6).

Tableau 6 : Prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues en fonction du sexe et de l'âge des patients hospitalisés sans consentement

	Alcool (%)	Khi2	p	OR	[IC 95%]
Sexe					
Homme	62,5	0,68	0,79	0,9	[0,40-1,98]
Femme	60				
Age (ans)					
18-25	55,6	0,18	0,91		
26-50	62				
51 et plus	63,3				
	Drogues (%)	Khi2	p	OR	[IC 95%]
Sexe					
Homme	39,6	0,002	0,97	1	[0,46-2,24]
Femme	40				
Age (ans)					
18-25	44,4	0,210	0,90		
26-50	40,2				
51 et plus	36,7				

e. Prévalence des pathologies psychiatriques et des comorbidités en fonction de la conduite addictive chez les patients hospitalisés sans consentement (Tableau 7)

Les prévalences du syndrome dépressif, des troubles anxieux, des troubles de la personnalité et de la schizophrénie étaient respectivement 24,4%, 19,8%, 46,6% et 23,7% chez les patients hospitalisés sans consentement.

La prévalence des tentatives de suicide et des difficultés liées au milieu social étaient respectivement de 30,5% et 36,6%.

Le syndrome dépressif était significativement plus fréquent chez les patients qui avaient un usage nocif / dépendance à l'alcool ($\text{Khi}^2=6,76$, $p < 10^{-3}$) (Tableau 7)

La schizophrénie était significativement plus fréquente chez les patients qui avaient un usage nocif / dépendance aux drogues ($\text{Khi}^2=16,59$, $p < 10^{-4}$) (Tableau 7)

On n'a pas trouvé de relation significative entre les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, les tentatives de suicides et les difficultés liées au milieu social ; avec l'usage nocif/dépendance à l'alcool ou aux drogues, chez les patients hospitalisés sans consentement (Tableau 7)

Tableau 7 : Prévalence des pathologies psychiatriques et des comorbidités en fonction de la conduite addictive chez les patients hospitalisés sans consentement

	Alcool (%)	Drogues (%)	Khi2	p	OR	[IC 95%]
Syndrome dépressif	32,1	12	6,76	$< 10^{-3}$	3,46	[1,31-9,16]
Troubles anxieux	23,5	14	1,74	0,19	1,88	[0,72-4,86]
Troubles de la personnalité	50,6	40	1,40	0,24	1,53	[0,75-3,14]
Schizophrénie	11,1	44	16,59	$< 10^{-4}$	5,70	[2,35-13,82]
Tentatives de suicide	30,9	30	0,01	0,91	1,04	[0,48-2,24]
Difficultés liées au milieu social	38,3	34	0,24	0,62	1,20	[0,57-2,51]

f. Prévalence des pathologies psychiatriques et des comorbidités en fonction du sexe et de l'âge des patients hospitalisés sans consentement (Tableau 8, 8*)

Les troubles anxieux étaient significativement plus fréquents chez les hommes ($\text{Khi}^2=5,99$, $p=0,01$). On n'a pas retrouvé de lien significatif avec l'âge des patients (Tableau 8)

Il n'y avait pas de lien significatif entre le syndrome dépressif, les troubles de la personnalité, la schizophrénie et les tentatives de suicide avec le sexe et l'âge des patients.

Il n'y avait pas de lien significatif entre les difficultés liées au milieu social avec le sexe ou l'âge des patients (Tableau 8*)

g. Recours à l'ELSA et impact sur le suivi addictologique et sur le recours aux hospitalisations (Tableaux 9- 10)

44% des patients hospitalisés sans consentement avaient un suivi addictologique avant le séjour. La prévalence du recours à l'évaluation par l'ELSA était de 21,4%.

La sollicitation de l'ELSA était significativement plus fréquente pour les patients qui avaient un suivi addictologique antérieur à l'hospitalisation sans consentement ($KHI2=8,86$, $p < 10^{-3}$) (Tableau 9).

Le suivi addictologique après l'hospitalisation, était significativement plus fréquent chez l'ensemble des patients rencontrés par l'ELSA ($KHI2=14,37$, $p < 10^{-4}$) (Tableau 9, Figure 3).

Il était significativement plus fréquent chez les patients qui n'avaient pas de suivi addictologique antérieur ($KHI2= 11,69$, $p < 10^{-3}$) (Tableau 10, Figure 3).

Chez les patients qui ont été suivis en addictologie suite à l'évaluation par l'ELSA :

Le nombre moyen d'hospitalisations antérieures (avant la mise en place du suivi en addictologie) était de $8,10 \pm 15,73$ séjours. Après la mise en place d'un suivi addictologique ; le nombre moyen d'hospitalisations était de $5,50 \pm 10,32$ séjours.

Le recours aux hospitalisations en psychiatrie était significativement moins fréquent après la mise en place d'un suivi addictologique (t-test =1.98, $p=0.04$).

Tableau 8 : Prévalence des pathologies psychiatriques et des comorbidités en fonction du sexe et de l'âge des patients hospitalisés sans consentement

	S. Dépressif (%)	Khi2	p
Sexe			
Homme	27,1	1,37	0,24
Femme	17,1		
Age (ans)			
18-25	33,3	0,72	0,68
26-50	25		
51 et plus	20		
	Tb. Anxieux (%)	Khi2	p
Sexe			
Homme	25	5,99	0,01
Femme	5,7		
Age (ans)			
18-25	44,4	5,54	0,06
26-50	15,2		
51 et plus	26,7		
	Tb. Personnalité (%)	Khi2	p
Sexe			
Homme	41,7	3,46	0,06
Femme	60		
Age (ans)			
18-25	44,4	0,02	0,99
26-50	46,7		
51 et plus	46,7		
	Schizophrénie (%)	Khi2	p
Sexe			
Homme	26	1,12	0,29
Femme	17		
Age (ans)			
18-25	22,2	0,87	0,65
26-50	21,7		
51 et plus	30		

(S. Syndrome, Tb. Troubles)

Tableau 8* : Prévalence des pathologies psychiatriques et des comorbidités en fonction du sexe et de l'âge des patients hospitalisés sans consentement

	Tentatives de suicide (%)	Khi2	p
Sexe			
Homme	28,1	0,98	0,32
Femme	37,1		
Age (ans)			
18-25	44,4	3,97	0,14
26-50	33,7		
51 et plus	16,7		
	Difficultés liées au milieu social (%)	Khi2	p
Sexe			
Homme	33,3	1,69	0,19
Femme	45,7		
Age (ans)			
18-25	33,3	0,76	0,68
26-50	34,8		
51 et plus	43,3		

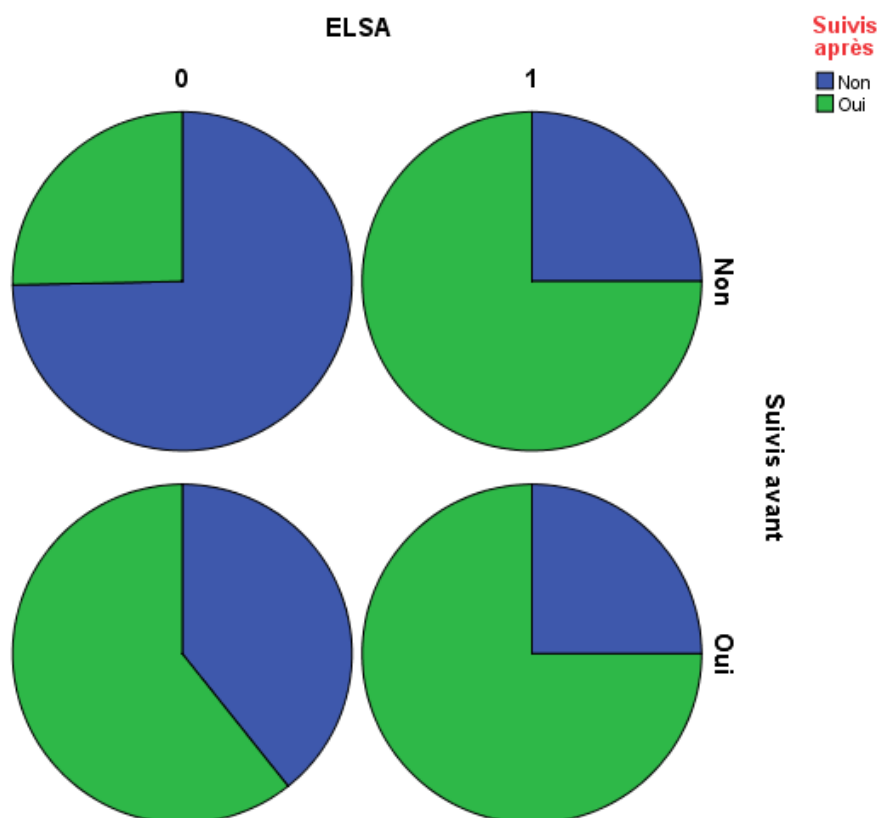
Tableau 9 : Recours à l'ELSA et suivi addictologique (antérieur/ultérieur) chez les patients hospitalisés sans consentement

	ELSA (%)	Khi2	p	OR	[IC 95%]
Suivi addictologique					
Antérieur	57,1	8,86	$< 10^{-3}$	3,5	[1,50-8,48]
Suivi addictologique					
Ultérieur	75	14,37	$< 10^{-4}$	5,5	[2,16-14,38]

Tableau 10 : Corrélations entre l'évaluation par l'ELSA et le suivi addictologique ultérieur en fonction du suivi antérieur chez les patients hospitalisés sans consentement

	Suivi addictologique ultérieur / patients évalués par l'ELSA (%)	Khi2	p	OR	[IC 95%]
Pas de suivi addictologique Antérieur	75	11,69	< 10 ⁻³	8,8	[2,16-36,08]
Suivi addictologique Antérieur	75	0,93	0,34	1,9	[0,49-7,58]

Figure 3 : Corrélations entre l'évaluation par l'ELSA et le suivi addictologique ultérieur en fonction du suivi addictologique antérieur chez les patients hospitalisés sans consentement



(Suivis avant / après : suivi addictologique antérieur / suivi addictologique ultérieur)

h. Incarcérations en fonction de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues et du suivi addictologique chez les patients hospitalisés sans consentement (Tableau 11)

On a trouvé au moins, une incarcération, après le séjour, chez 19,8 % des patients à double diagnostic, hospitalisés sans consentement.

Les incarcérations étaient significativement plus fréquentes chez les patients qui présentaient un usage nocif/dépendance aux drogues (Khi2=20,11, $p < 10^{-6}$)

Les incarcérations après l'hospitalisation sans consentement étaient significativement plus fréquentes chez les patients qui n'avaient pas eu de suivi en addictologie (Khi2=15,18, $p < 10^{-5}$) (Tableau 11).

Tableau 11 : Incarcérations en fonction de l'usage nocif/dépendance (Alcool/Drogues) et du suivi addictologique chez les patients hospitalisés sans consentement

	Incarcérations (%)	Khi2	p
Pas de suivi addictologique ultérieur	66,7	15,18	$< 10^{-5}$
Usage nocif / dépendance Alcool	27,3		
Usage nocif / dépendance Drogues	72,7	20,11	$< 10^{-6}$

3) PATIENTS HOSPITALISÉS AVEC CONSENTEMENT

a. Caractéristiques des patients hospitalisés avec consentement (Tableau 12)

La population de patients hospitalisés avec consentement (soins libres) était majoritairement masculine. Elle était composée de 76,9 % d'hommes et de 23,1 % de femmes.

La tranche d'âge (26-50 ans) représentait 71,7% de l'effectif (Tableau 12). L'âge moyen était de $42,3 \pm 10,6$ ans.

Tableau 12 : caractéristiques des patients hospitalisés avec consentement (soins libres)

	Effectifs	Pourcentages
		%
Sexe		
Homme	386	76,9
Femme	116	23,1
Age (ans)		
18-25	21	4,2
26-50	360	71,7
51 et plus	121	24,1

b. Prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues

La prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool était de 81,5%. Elle était de 19.9 % pour l'usage nocif/dépendance aux drogues, dont 56 % de polytoxicomanies et 44 % d'usage nocif/dépendance aux opiacés ou à la cocaïne ou au cannabis. La prévalence du double usage nocif/dépendance alcool-drogues était de 1.8%.

c. Prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues en fonction des caractéristiques des patients (Tableau13)

Il n'y avait pas de relation significative entre l'usage nocif/dépendance à l'alcool ou aux drogues et le sexe des patients.

L'usage nocif/dépendance à l'alcool était significativement plus fréquente dans la tranche d'âge (51 ans et plus) ($\chi^2=36,87$, $p < 10^{-9}$)

L'usage nocif/dépendance aux drogues était significativement plus fréquente dans la tranche d'âge (18-25 ans) ($\chi^2=49,18$, $p < 10^{-10}$).

La prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool augmentait avec l'âge, celle de l'usage nocif/dépendance aux drogues diminuait avec l'âge (Tableau 13).

Tableau 13 : Prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues en fonction du sexe et de l'âge des patients hospitalisés avec consentement

	Alcool (%)	Khi2	p	OR	[IC 95%]
Sexe					
Homme	81,1	0,16	0,68	1,1	[0,64-1,9]
Femme	82,8				
Age (ans)					
18-25	47,6	36,87	< 10 ⁻⁹		
26-50	78,3				
51 et plus	96,7				
	Drogues (%)	Khi2	p	OR	[IC 95%]
Sexe					
Homme	19,9	0,001	0,98	0,9	[0,59-1,67]
Femme	19,8				
Age (ans)					
18-25	66,7	49,18	< 10 ⁻¹⁰		
26-50	22,5				
51 et plus	4,1				

d. Prévalence des pathologies psychiatriques en fonction de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues (Tableau 14)

Les prévalences du syndrome dépressif, des troubles anxieux, des troubles de la personnalité et de la schizophrénie étaient respectivement 36,5%, 31,3%, 35,7% et 5,8%.

Le syndrome dépressif était significativement plus fréquent chez les patients qui avaient un usage nocif/dépendance à l'alcool (Khi2=5,59, p=0,02) (Tableau 14)

La schizophrénie était significativement plus fréquente chez les patients qui avaient un usage nocif/dépendance aux drogues (Khi2=6,26, p=0,01) (Tableau 14)

On n'a pas trouvé d'association significative entre les troubles anxieux et les troubles de la personnalité avec l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues (Tableau 14).

Tableau 14 : Prévalence des pathologies psychiatriques en fonction de l'usage nocif/dépendance (alcool/drogues) chez les patients hospitalisés avec consentement

	Alcool (%)	Drogues (%)	Khi2	p	OR	[IC 95%]
Syndrome dépressif	38,9	25,8	5,59	0,02	1,8	[1,10-3,03]
Troubles anxieux	30,3	35,5	0,94	0,33	0,79	[0,49-1,27]
Troubles de la personnalité	35,7	35,5	0,001	0,97	1	[0,63-1,61]
Schizophrénie	4,5	11	6,26	0,01	2,6	[1,20-5,77]

e. Prévalence des pathologies psychiatriques en fonction des caractéristiques des patients (Tableau 15)

Le syndrome dépressif était significativement plus fréquent dans la tranche d'âge (51 ans et plus) (Khi2=21,88, $p < 10^{-5}$).

Les troubles anxieux étaient significativement plus fréquents chez les hommes (Khi2=10,64, $p < 10^{-2}$).

Les troubles de la personnalité étaient significativement plus fréquents dans la tranche d'âge (18-25 ans) (Khi2=8,78, $p=0,01$).

Aucune relation significative n'a été retrouvée entre la schizophrénie et les sexe et âge des patients (Tableau 15).

Tableau 15 : Prévalence des pathologies psychiatriques en fonction du sexe et de l'âge des patients hospitalisés avec consentement

	S. Dépressif (%)	Khi2	p
Sexe			
Homme	36,3	0,25	0,87
Femme	37,1		
Age (ans)			
18-25	19		
26-50	31,7		
51 et plus	53,7	21,88	< 10 ⁻⁵
	Tb. Anxieux (%)	Khi2	p
Sexe			
Homme	35	10,64	< 10 ⁻²
Femme	19		
Age (ans)			
18-25	33,3	3,12	0,21
26-50	33,3		
51 et plus	24,8		
	Tb. Personnalité (%)	Khi2	p
Sexe			
Homme	33,7	2,85	0,09
Femme	42,2		
Age (ans)			
18-25	52,4	8,78	0,01
26-50	38,1		
51 et plus	25,6		
	Schizophrénie (%)	Khi2	p
Sexe			
Homme	6	0,10	0,75
Femme	5,2		
Age (ans)			
18-25	4,8	1,92	0,38
26-50	6,7		
51 et plus	3,3		

(S. Syndrome, Tb. Troubles)

4) CARACTERISTIQUES DES PATIENTS À DOUBLES DIAGNOSTICS SELON LE MODE D'HOSPITALISATION

20,7 % des patients ont été hospitalisés sans consentement, contre 79,3 % avec consentement.

a. Caractéristiques des patients de l'ensemble de l'échantillon en fonction du mode d'hospitalisation (Tableau 16)

Il n'y avait pas de relation significative entre le mode d'hospitalisation, avec ou sans consentement, et le sexe et l'âge des patients. Les deux populations étaient majoritairement masculines (76,1 % d'hommes). (Tableau 16, Figure 4).

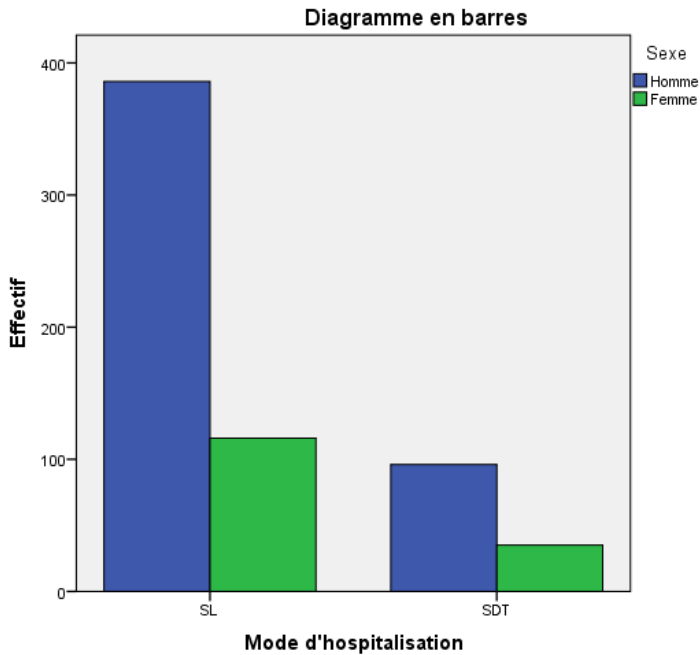
L'âge moyen des patients hospitalisés sans consentement ($41,6 \pm 13,04$ ans) était comparable à celui des patients hospitalisés avec consentement ($42,3 \pm 10,6$ ans, t-test= 0,69, NS).

La tranche d'âge majoritaire dans les deux groupes était la tranche des 26-50 ans (70,2% sans consentement, contre 71,7 % avec consentement) (Tableau 16, Figure 5).

Tableau 16 : Caractéristiques des patients de l'ensemble de l'échantillon en fonction du mode d'hospitalisation

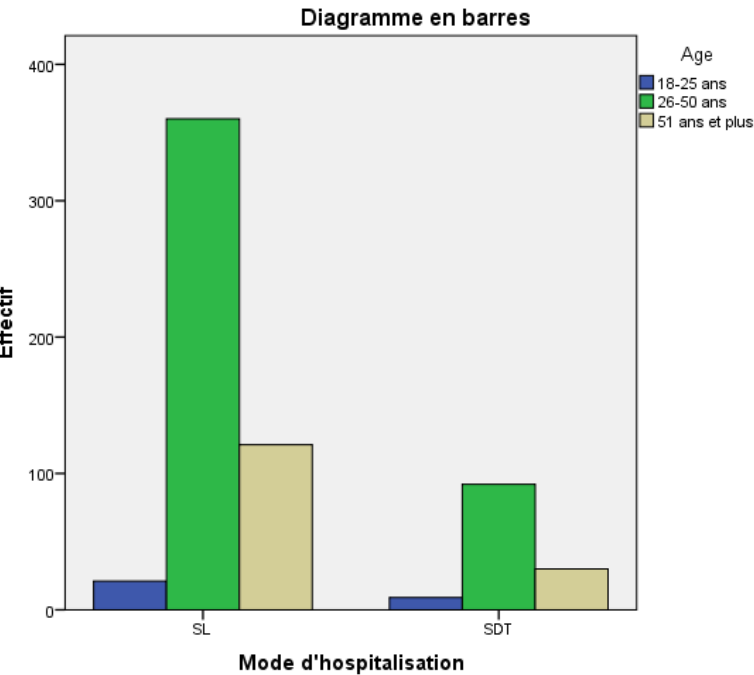
	Hospitalisation sans consentement %	Hospitalisation Avec consentement %	Khi2	p
Sexe masculin	73,3	76,9	0,74	0,39
Age : 18-25 ans	6,9	4,2		
Age : 26-50 ans	70,2	71,7	1,68	0,43
Age : 51 ans et plus	22,9	24,1		

Figure 4 : Distribution des patients de l'ensemble de l'échantillon en fonction du sexe et du mode d'hospitalisation



(SL : Hospitalisation avec consentement, SDT : Hospitalisation sans consentement)

Figure 5 : Distribution des patients de l'ensemble de l'échantillon en fonction de l'âge et du mode d'hospitalisation



(SL : Hospitalisation avec consentement, SDT : Hospitalisation sans consentement)

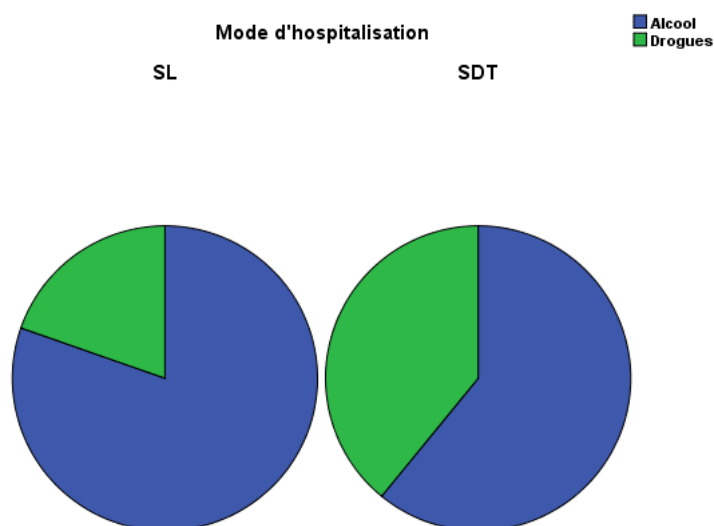
b. Prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues en fonction du mode d'hospitalisation (Tableau 17)

L'usage nocif/dépendance aux drogues était significativement plus fréquent dans le groupe de patients hospitalisés sans consentement (Chi2=22,26, p=0,000002). L'usage nocif/dépendance à l'alcool était significativement plus fréquent dans le groupe de patients hospitalisés avec consentement (soins libres) (Chi2=22,92, p=0,000001) (Tableau 17, Figure 6)

Tableau 17 : Prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues en fonction du mode l'hospitalisation

	Hospitalisation sans consentement %	Hospitalisation Avec consentement %	Chi2	p
Alcool	61,8	81,5	22,92	< 10 ⁻⁵
Drogues	39,7	19,9	22,26	< 10 ⁻⁵

Figure 6 : Prévalence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues en fonction du mode l'hospitalisation



(SL : Hospitalisation avec consentement, SDT : Hospitalisation sans consentement)

c. Prévalence des pathologies psychiatriques en fonction du mode d'hospitalisation
(Tableau 18)

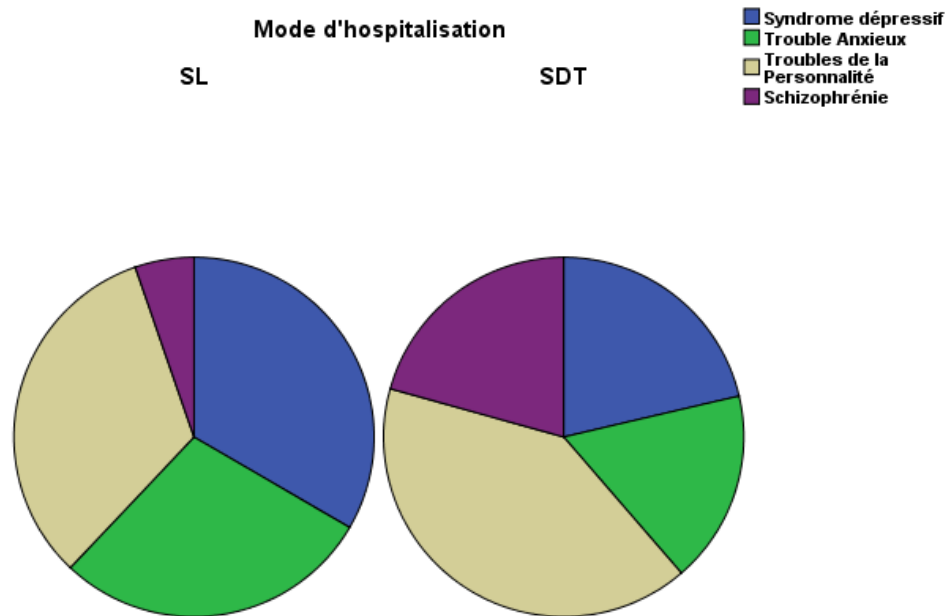
Le syndrome dépressif et les troubles anxieux étaient significativement plus fréquents chez les patients hospitalisés avec consentement (soins libres), respectivement ; (Khi2=6,70, p=0,01), (Khi2=6,60, p=0,01) (Tableau 18, Figure 7).

Les troubles de la personnalité et la schizophrénie étaient significativement plus fréquents chez les patients hospitalisés sans consentement, respectivement (Khi2=5,25, p=0,02), (Khi2=38,74, $p < 10^{-9}$) (Tableau 18, Figure 7).

Tableau 18 : Prévalence des pathologies psychiatriques en fonction du mode d'hospitalisation

	Hospitalisation sans consentement %	Hospitalisation Avec consentement %	Khi2	p
Syndrome dépressif	24,4	36,5	6,70	0,01
Troubles anxieux	19,8	31,3	6,60	0,01
Troubles de la personnalité	46,6	35,7	5,25	0,02
Schizophrénie	23,7	5,8	38,74	$< 10^{-9}$

Figure 7 : Prévalence des pathologies psychiatriques en fonction du mode d'hospitalisation



(SL : Hospitalisation avec consentement, SDT : Hospitalisation sans consentement)

d. Doubles diagnostics en fonction du mode d'hospitalisation (Tableau 19)

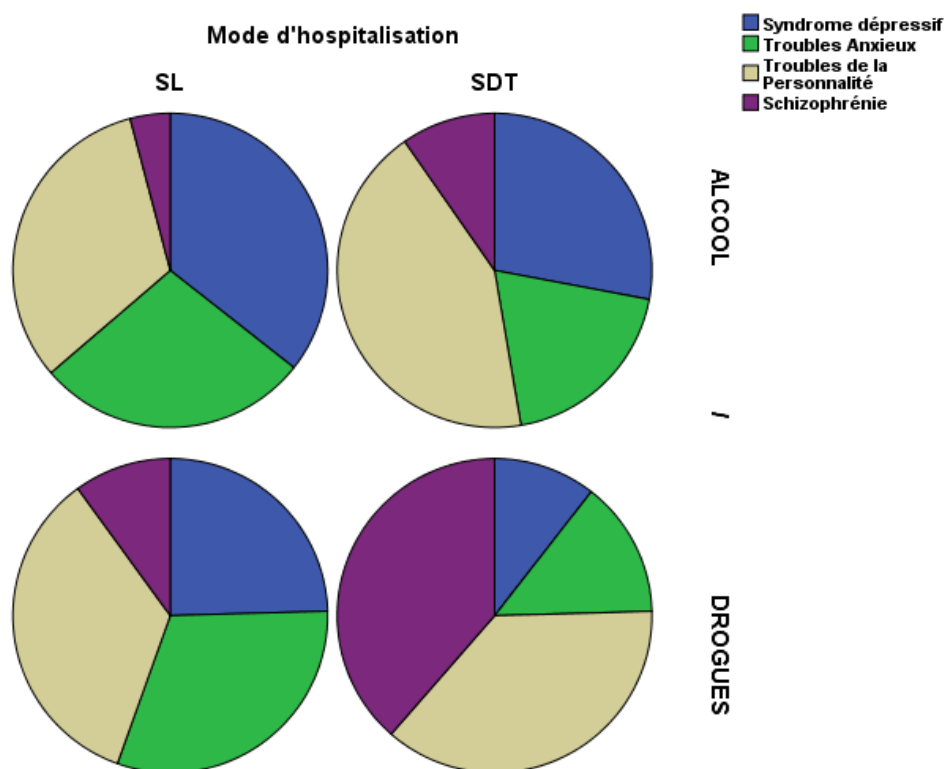
La comorbidité entre l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues, et la schizophrénie était significativement plus fréquente chez les patients hospitalisés sans consentement. Respectivement ; ($\text{Khi}^2=35,82, p < 10^{-9}$) et ($\text{Khi}^2=34,88, p < 10^{-9}$) (Tableau 19, Figure 8)

La comorbidité entre l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues, et le syndrome dépressif était significativement plus fréquente chez les patients hospitalisés avec consentement. Respectivement, ($\text{Khi}^2=13,89, p < 10^{-3}$) et ($\text{Khi}^2=13,39, p < 10^{-9}$) (Tableau 19, Figure 8).

Tableau 19 : Doubles diagnostics en fonction du mode d'hospitalisation

	Hospitalisation	Hospitalisation	Khi2	p
	sans consentement %	Avec consentement %		
Alcool et Syndrome dépressif	32,1	38,9	13,89	< 10 ⁻³
Alcool et Troubles anxieux	23,5	30,3	0,08	0,78
Alcool et Troubles de la personnalité	50,6	35,7	0,06	0,81
Alcool et Schizophrénie	11,1	4,5	35,82	< 10 ⁻⁹
Drogues et Syndrome dépressif	12	25,8	13,39	< 10 ⁻⁹
Drogues et Troubles anxieux	14	35,5	0,16	0,69
Drogues et Troubles de la personnalité	40	35,5	0,69	0,79
Drogues et Schizophrénie	44	11	34,88	< 10 ⁻⁹

Figure 8 : Doubles diagnostics en fonction du mode d'hospitalisation



(SL : Hospitalisation avec consentement, SDT : Hospitalisation sans consentement)

e. Doubles diagnostics et corrélations avec l'hospitalisation sans consentement

(Tableaux 20-21)

La régression logistique multivariée a été utilisée pour rechercher des corrélations avec l'hospitalisations sans consentement.

Il n'y avait pas de corrélation entre l'usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues (isolés); et l'hospitalisation sans consentement. Il n'y avait pas de corrélation entre le syndrome dépressif et les troubles anxieux (isolés) ; et l'hospitalisation sans consentement (Tableau 20).

Les trouble de la personnalité étaient corrélés à l'hospitalisation sans consentement (OR= 2,37 [1,53-3,65], $p < 10^{-5}$).

La schizophrénie était corrélée à l'hospitalisation sans consentement (OR= 7,36 [4,05-13,35], $p < 10^{-9}$) (Tableau 20).

La comorbidité entre l'usage nocif/dépendance à l'alcool et les troubles de la personnalité, et la comorbidité entre l'usage nocif/dépendance aux drogues et troubles de de la personnalité étaient corrélées à l'hospitalisation sans consentement, respectivement (OR= 2,11 [1,28-3,48], $p < 10^{-3}$), (OR= 2,76 [1,17-6,53], $p < 10^{-2}$) (Tableau 21).

La comorbidité entre l'usage nocif/dépendance à l'alcool et la schizophrénie, et la comorbidité entre l'usage nocif/dépendance aux drogues et la schizophrénie étaient corrélées à l'hospitalisation sans consentement ; respectivement (OR=3,42 [1,44-8,13], $< 10^{-3}$) (OR=10,13 [3,79-27,12], $p < 10^{-6}$) (Tableau 21)

Tableau 20 : Usage nocif/dépendance à l'alcool et aux drogues, troubles psychiatriques et corrélations avec les hospitalisations sans consentement

	Analyse multivariée OR ajustés	[IC 95%]	p
Alcool	0,37	[0,24-0,56]	NS
Drogues	1,52	[0,42-5,58]	NS
Syndrome dépressif	1,22	[0,69-2,13]	NS
Troubles anxieux	1,07	[0,61-1,91]	NS
Troubles de la personnalité	2,37	[1,53-3,65]	< 10 ⁻⁵
Schizophrénie	7,36	[4,05-13,35]	<10 ⁻⁹

(NS : résultats non significatifs)

Tableau 21 : Doubles diagnostics et corrélations avec les hospitalisations sans consentement

	Analyse multivariée OR ajustés	[IC 95%]	p
Alcool et Troubles de la personnalité	2,11	[1,28-3,48]	< 10 ⁻³
Drogues et Troubles de la personnalité	2,76	[1,17-6,53]	< 10 ⁻²
Alcool et Schizophrénie	3,42	[1,44-8,13]	< 10 ⁻³
Drogues et Schizophrénie	10,13	[3,79-27,12]	< 10 ⁻⁶

IV. DISCUSSION

Deux profils de patients ont été retrouvés dans notre étude, en fonction du mode d'hospitalisation.

Chez les patients hospitalisés sans consentement :

Le diagnostic addictologique le plus fréquent était l'usage nocif/dépendance aux drogues. Le double diagnostic le plus fréquent était l'usage nocif/dépendance aux drogues et la schizophrénie. L'association comorbide entre l'usage nocif/dépendance aux drogues et la schizophrénie était corrélée à l'hospitalisation sans consentement.

Chez les patients hospitalisés avec consentement (soins libres) :

Le diagnostic addictologique le plus fréquent était l'usage nocif/dépendance à l'alcool. Le double diagnostic le plus fréquent était l'usage nocif/dépendance à l'alcool et le syndrome dépressif.

La prévalence du double diagnostic dans la file active psychiatrique totale, tous modes d'hospitalisations confondus, était de 6,2 %. Notre résultat était inférieur à celui qui a été décrit aux Etats-Unis. Dans l'enquête « National Survey on Drug Use and Health » ; la prévalence du double diagnostic chez les patients psychiatriques était à 18,6% (1).

1. Patients hospitalisés sans consentement

a) Caractéristiques

20,7 % des patients à double diagnostic étaient hospitalisés sans consentement. Ce chiffre était proche des statistiques nationales concernant l'ensemble des hospitalisations sans consentement (24 %) (27). Les patients hospitalisés en SPDT étaient majoritaires (78,8%). Le taux d'hospitalisation en SPDT dans notre étude (patients à double diagnostic) était supérieure au taux retrouvé dans la file active totale de psychiatrie (64%) (27)

La population était majoritairement masculine (73,3% d'hommes), contrairement à ce qui a été retrouvé par Opsal et al. (21). Mais nos résultats étaient similaires aux statistiques nationales concernant les hospitalisations sans consentement (60% d'hommes) (27)

Dans notre échantillon, les patients, avec un double diagnostic, hospitalisés sans consentement, étaient plus jeunes (41 ans) que les patients suivis en psychiatrie générale (47 ans) (27), cependant leur moyenne d'âge était similaire à la moyenne d'âge de l'ensemble des patients suivis sans consentement (27)

b) Diagnostics addictologiques, diagnostics psychiatriques et comorbidités

La prévalence de l'usage nocif/ dépendance aux drogues était de 39,7%. L'usage nocif/dépendance aux drogues était fréquent chez les patients hospitalisés sans consentement. La prévalence qu'on a trouvé dans notre échantillon était similaire à la prévalence qui a été trouvée dans l'étude de Hustoft et al. (24,2 % à 40 %) (29) .

Dans l'étude NESRAC, l'addiction à l'alcool était plus fréquente que l'addiction aux drogues chez les patients à double diagnostic (13). Selon L'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), en 2016, l'expérimentation du cannabis en France, concernait 42% des adultes âgés de 18 à 64 ans, dont 21 % étaient à risque élevé d'usage problématique. Les pourcentages retrouvés en Picardie étaient moins élevés qu'au niveau national concernant le cannabis et les drogues illicites (30,31). La fréquence de l'usage nocif/dépendance aux drogues dans notre échantillon ne pouvait pas s'expliquer par les habitudes locales de consommations.

Hustoft et al.(29), ont identifié l'usage nocif/ dépendance aux drogues comme facteur prédictif de l'hospitalisation sans consentement. Nos résultats ne retrouvaient pas de corrélation entre l'usage nocif/ dépendance aux drogues (isolé), et l'hospitalisation sans consentement.

La schizophrénie était significativement plus fréquente chez les patients hospitalisés sans consentement. Sa prévalence était de 23,7%. La prévalence qu'on a trouvé dans notre échantillon était inférieure à la prévalence nationale de la schizophrénie, dans les hospitalisations sans consentement (près de 50 %) (27).

Hustoft et al. (29), ont trouvé une corrélation entre les symptômes de la schizophrénie (hallucinations, éléments délirants...) et l'hospitalisation sans consentement. Nos résultats ont également trouvé une corrélation entre la schizophrénie et l'hospitalisation sans consentement (OR 7,36, IC 95% [4,05-13,35], $p < 10^{-9}$).

La comorbidité entre l'usage nocif/dépendance aux drogues et la schizophrénie était

significativement plus fréquente chez les patients hospitalisés sans consentement (44%), cette prévalence était supérieure à la prévalence qui a été retrouvée en France, dans la cohorte EuroSC (7%) (32). Plusieurs études se sont intéressées à la comorbidité entre le cannabis et les pathologies psychotiques (4,33,34). Les études réalisées par le National Institute on Drug Abuse (35), ont retrouvé une forte association entre l'usage nocif / dépendance aux drogues et la schizophrénie. Adan et al.(36), ont trouvé que les conduites addictives multipliaient le risque de schizophrénie par 4,6 fois. La relation de causalité bidirectionnelle a été étudiée par plusieurs auteurs (9,10). Dans l'étude de Hartz et al. (11), sur la comorbidité des conduites addictives avec les psychoses sévères, le risque des conduites addictives était élevé chez les patients psychotiques. Cannabis (OR 3,5, IC 95% [3,2-3,7]), drogues 4,6 (OR 4,6, IC 95% [4.3-5.0]). (11). Nos résultats ont trouvé une fréquence de la corrélation entre l'usage nocif/ dépendance aux drogues et la schizophrénie chez les patients hospitalisés sans consentement (OR=5,70, IC 95% [2,35-13,82]), cependant le cannabis a été regroupé, pour l'analyse avec les autres drogues.

La schizophrénie est associée à des altérations cognitives (37,38). La durée d'évolution de la schizophrénie est corrélée négativement avec ces altérations (36). Dans notre échantillon, l'hospitalisation sans consentement dans le cadre d'un double diagnostic était survenue $6,05 \pm 6,32$ ans après la première consultation en psychiatrie ou en addictologie. Les défauts d'insight ont été décrits dans la schizophrénie (39). Voyer et Jaafari (40), ont étudié l'association de ces défauts d'insight avec les comportements hétéroagressifs chez les patients schizophrènes.

Dans l'étude de Djokic et al. (41), la schizophrénie représentait 73% des hospitalisation aux urgences psychiatriques. Le risque élevé de mises en dangers et les comportements hétéro-agressifs qui pouvaient coexister chez les patients qui présentaient une addiction aux drogues et chez ceux qui présentaient une schizophrénie pouvaient expliquer le recours à l'hospitalisation sans consentement (29,41). Dans l'étude de Hustoft et al. (29), la comorbidité entre un premier épisode psychotique et une addiction aux drogues multipliait le risque d'hospitalisation sans consentement par 5 pour les hospitalisations suivantes. Dans notre échantillon ; cette comorbidité était corrélée à l'hospitalisation sans consentement (OR 10,13, IC 95% [3,79-27,12]). Cette corrélation était plus forte que celle qui a été retrouvée par Opsal et al. (OR 5,2) (22).

c) Place des soins en addictologie dans le contexte d'hospitalisation sans consentement

Dans notre échantillon, l'ensemble des patients hospitalisés sans consentement avaient un suivi en psychiatrie. Seuls 44% d'entre eux avaient un suivi addictologique associé.

L'évaluation addictologique n'a été sollicitée que chez 21,4 % des patients hospitalisés sans consentement, et elle était significativement plus fréquente pour les patients qui avaient un suivi addictologique antérieur (57,1%). Le faible taux de recours à l'évaluation par l'ELSA, pouvait être lié à la notion de contrainte au cours des hospitalisations sans consentement. Pour autant, la notion de contrainte est souvent présente chez les patients consultant en addictologie d'eux-mêmes, sous pression de l'entourage, de la famille, du conjoint ou adressés par le médecin traitant. En dehors de tout contexte d'hospitalisation sans consentement. La contrainte est ainsi présente dans nombres de situations rencontrées en addictologie. Visible ou cachée (42).

Selon les théories motivationnelles, les contraintes externes tendent à diminuer la motivation interne (43). Cependant, l'élément primordial dans les soins en addictologie reste la relation avec le thérapeute. La motivation peut être définie à travers le produit des échanges interpersonnels (43). Nos résultats ont trouvé un taux de suivi en addictologie significativement plus fréquent chez l'ensemble des patients qui ont été évalués par l'ELSA (75%). Le suivi addictologique après l'hospitalisation sans consentement, était significativement plus fréquent chez les patients qui n'avaient pas de suivi addictologique antérieur (75%).

Dans une revue de la littérature ; Priester et al. (44), ont montré que l'accès aux soins addictologiques était une des barrières principales dans la prise en charge des patients à doubles diagnostics. Le repérage des conduites addictives était insuffisant chez ces patients. Bitter et al. (45) ; ont trouvé un défaut d'observance thérapeutique et une majoration de l'hostilité liés au défaut d'insight chez les patients schizophrènes.

Dans une étude prospective évaluant l'impact de l'usage nocif/ dépendance au cannabis sur l'observance thérapeutique et les rechutes psychiatriques, chez les patients schizophrènes, Schoeler et al. (46), ont trouvé une réduction de l'observance thérapeutique et un risque élevé de rechutes chez les patients schizophrènes qui présentaient un usage nocif/dépendance au cannabis.

Dans notre échantillon, le suivi en addictologie était corrélé à une réduction du recours aux hospitalisations psychiatriques. Le recours aux hospitalisations était significativement moins

fréquent après la mise en place du suivi addictologique ($t=1.982$, $p=0.04$), ce qui pouvait ainsi traduire une meilleure stabilisation de la pathologie psychiatrique par le biais d'une meilleure observance thérapeutique.

En Europe, la prévalence des doubles diagnostics dans la population carcérale variait entre 50% et 85 % (21% en Italie, 85% en Espagne), selon l'étude de Beijer et al. (47) et les statistiques de l'Office Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT) (38). Dans notre échantillon, les incarcérations étaient significativement plus fréquentes chez les patients qui avaient un usage nocif/ dépendance aux drogues. Nos résultats étaient similaires aux statistiques de l'OFDT, concernant les incarcération en France, en population générale (30). Nos résultats ont montré que la prévalence des incarcérations chez les patients hospitalisés sans consentement était significativement moins fréquente chez les patients qui ont eu un suivi addictologique après l'hospitalisation.

Trois modèles de prise en charge du double diagnostic ont été décrits. La prise en charge « en série », qui consiste à traiter un trouble puis l'autre avec l'hypothèse d'un trouble primaire et d'un trouble secondaire. Cette approche ne prend cependant pas en compte les mécanismes d'évolution synergiques des deux pathologies ce qui limite son intérêt. La prise en charge « en parallèle » et la prise en charge « intégrée ». Dans notre échantillon, la prise en charge des patients hospitalisés sans consentement a suivi le modèle « en parallèle »(48).

La prise en charge des deux troubles, a eu lieu de façon simultanée, par deux équipes différentes, de psychiatrie et d'addictologie. La prise en charge « intégrée » qui consiste en une prise en charge simultanée, par la même équipe, des deux troubles, psychiatrique et addictologique, semble le mieux adaptée pour une meilleure prise en compte des interactions des deux pathologies. Cependant, les études n'ont pas montré de supériorité des approches « intégrée » par rapport à l'approche « en parallèle » (48).

Bien que l'intervention des équipes d'addictologie (ELSA) au sein des structures de soins psychiatriques offrait une prise en charge « parallèle » aux patients, l'offre de soins était intégrée si l'on considère le lieu de soins. Nos résultats ont montré l'efficacité de la prise charge en addictologie, notamment sur la réduction du recours à l'hospitalisation et l'impact sur la réduction des incarcérations.

2. Patients hospitalisés avec consentement (soins libres)

a) Caractéristiques

79,3 % des patients à doubles diagnostics ont été hospitalisés avec consentement (soins libres).

La population était majoritairement masculine (76,9% d'hommes). Opsal et al. (21), ont trouvé la même distribution. L'âge moyen des patients était de $42,3 \pm 10,6$ ans. Les patients étaient plus jeunes que les patients suivis en psychiatrie générale, en France, toute pathologies confondues (47 ans) (27)

b) Diagnostics addictologiques, diagnostics psychiatriques et comorbidités

L'usage nocif/dépendance à l'alcool était significativement plus fréquent dans le groupe des patients hospitalisés avec consentement. Sa prévalence était de 81,5% et augmentait avec l'âge des patients. Elle était significativement plus fréquente dans la tranche d'âge (51 ans et plus).

Notre population était majoritairement masculine ; les statistiques de l'OFDT, du Ministère de la Santé, et les statistiques Européennes ont montré la même tendance en population générale (30,49,50). Les pratiques de consommations locales, ne montraient pas de différence significative par rapport à la moyenne nationale (93% en Picardie contre 84,7% au niveau national), selon le Baromètre santé des conduites addictives en Picardie (31).

Cependant, l'usage nocif/dépendance à l'alcool était significativement liée à la tranche d'âge 51 ans et plus, contrairement à ce qui a été trouvée dans l'étude NESARC (13). Nos résultats étaient en accord avec les statistiques de consommations d'alcool dans la population générale en France (80% parmi les 18-34 ans et 89% parmi les 50 ans et plus). Cette augmentation de la consommation d'alcool avec l'âge constituait, comme le soulignait le rapport de l'OFDT, une singularité Française comparée à la tendance inversée dans les autres pays Européens (49)

Le syndrome dépressif était significativement plus fréquent chez les patients hospitalisés avec consentement (36,5%). Il était plus fréquent chez les patients âgés de 51 ans et plus. Selon le rapport 2017 du Ministère de la Santé ; en France, le syndrome dépressif est plus fréquent entre 50 et 54 ans (50).

La comorbidité entre l'usage nocif/ dépendance à l'alcool et le syndrome dépressif était significativement plus fréquente chez les patients hospitalisés avec consentement. Elle était significativement plus fréquente dans la tranche d'âge (51 ans et plus).

Nos résultats confirmaient les données de la littérature concernant l'association comorbide entre l'alcool et le syndrome dépressif (14,51). Adès, Lejoyeux et al. (52) ont décrit des symptômes dépressifs dont le tiers (1/3) ; était lié à un syndrome dépressif caractérisé, chez 80% des patients qui ont présenté une conduites addictive liée à l'alcool. Inversement, dans la revue de littérature de Lai et al. (14), la prévalence à vie d'addiction à l'alcool était de 40% chez les patients qui présentaient un syndrome dépressif. Lang et al.(53) ; décrivaient la même tendance. La relation de causalité bidirectionnelle dans les doubles diagnostics, a été étudiée par plusieurs auteurs (9,10)

Les études de Brousse et al., et de Jones et al. (19,54), se sont intéressées à la place de l'alcool dans les hospitalisations sans consentement et ont trouvé une part liée à l'ivresse. L'ivresse est liée à des pics d'alcoolémie, elle est retrouvée dans les Alcoolisations Ponctuelles Importantes (API ou binge drinking) qui sont plus fréquentes chez les jeunes adultes, et diminuent avec l'âge (49,55,56).

Le rapport 2017 du Ministère de la Santé, sur l'état de santé en France, a trouvé une prévalence de 57 % des API chez les 18-25 ans (50). Jones et al, et Glasheen et al (54,57) ; ont décrit un haut risque suicidaire lié aux API. Cottencin (58) ; a décrit des distorsions psychoaffectives et cognitives liées au haut risque suicidaire dans les consommations massives d'alcool (58). Dans notre échantillon, chez les patients hospitalisés avec consentement ; l'alcool relevait de l'usage nocif/ dépendance et non de l'intoxication aiguë (patients exclus de l'ensemble de la population l'étude).

Nos résultats ont trouvé une association comorbide entre l'usage dépendance à l'alcool et le syndrome dépressif. Bien que l'alcool aggrave le tableau clinique de la dépression et potentialise le risque suicidaire (58), l'absence d'intoxications aiguës à l'alcool pouvait expliquer la fréquence de l'association entre l'usage nocif/ dépendance à l'alcool et la dépression chez les patients hospitalisés avec consentement.

3. Limites

Le recueil rétrospectif des données pouvait comporter des biais. Pour les patients sélectionnés, l'ensemble des données étudiées étaient disponibles. La méthode d'extraction des données par une seule personne tendait à limiter les biais d'extraction. Les biais de sélection des patients à doubles diagnostics pouvaient être en lien avec un manque, ou une absence de codage des diagnostics (CIM 10) dans les dossiers des patients. Une vérification croisée entre les

diagnostics initiaux et les diagnostics secondaires pour la totalité des séjours des patients tendait à limiter ce biais.

V. CONCLUSIONS

Nos résultats confirmaient les données de la littérature concernant les associations comorbides des conduites addictives chez les patients psychiatriques. Le double diagnostic de l'usage nocif / dépendance aux drogues et la schizophrénie était plus fréquent chez les patients hospitalisés sans consentement. Cette comorbidité était corrélée à ce mode d'hospitalisation. Le double diagnostic de l'usage nocif / dépendance à l'alcool et le syndrome dépressif était plus fréquent chez les patients hospitalisés avec consentement.

Les conduites addictives liées aux drogues peuvent avoir un impact négatif sur l'observance thérapeutique et sur les rechutes chez les patients schizophrènes (46). Les conduites addictives aggravent ainsi la morbidité des pathologies psychiatriques. Cette aggravation peut se traduire par un recours fréquent aux hospitalisations, par des conséquences psycho-sociales, notamment des incarcérations, ainsi que sur le plan des dépenses de santé. En 2017, la cartographie des dépenses de santé, par l'assurance maladie ; montrait une augmentation des dépenses liées aux pathologies psychiatriques (59).

Le suivi addictologique est lié à une stabilisation de la pathologie psychiatrique et peut ainsi améliorer le fonctionnement psycho-social des patients, et avoir un impact économique concernant les dépenses de santé. Le recours aux consultations et au suivi addictologiques restent cependant, insuffisants chez les patients à double diagnostic.

Le plan gouvernemental (2013-2017) de lutte contre les drogues prévoit le développement d'une approche intégrative dans le cadre des comorbidités psychiatriques et addictologiques (60). Le développement de cette approche, nécessite une sensibilisation des équipes de psychiatrie aux spécificités du double diagnostic. Une évaluation systématique des conduites addictives chez l'ensemble des patients de psychiatrie permettrait de mieux diagnostiquer les patients à double diagnostic et d'adapter les prises en charge compte tenu des implications thérapeutiques que suppose cette comorbidité.

L'addiction au tabac est fréquente chez les patients psychiatriques (61), nous n'avons pas abordé la question du tabac chez nos patients. Une étude supplémentaire incluant le tabac pourrait s'inscrire dans les perspectives de ce travail.

ANNEXES

Annexe 1 : Poster accepté au Congrès Français de Psychiatrie (CFP 2017)

Comorbidités des troubles liés à l'usage d'alcool et de drogues et troubles psychiatriques : Y a-t-il des spécificités chez les patients hospitalisés sous contrainte ?

N. Messaoudi¹, T. Gentil¹, W. Persyn¹, A. Dervaux^{1 2}

1: Service d'Addictologie, SESAME/ELSA, 464 rue Saint-Fuscien, 80090 Amiens, Centre Hospitalier Philippe Pinel, 80000 Amiens Cedex 1
2: Service de Psychiatrie et Psychologie médicale. CHU Sud, 80054 Amiens Cedex.
3: Groupe de Recherche sur l'Alcool et les Pharmacodépendances (GRAP - Equipe de Recherche INSERM ERI 24) Amiens



1. CONTEXTE

Les études épidémiologiques ECA et NESARC ont montré que les conduites addictives étaient fréquentes chez les patients hospitalisés en Psychiatrie [NIDA 2010, Hasin et al. 2015]. Peu d'études ont comparé leur fréquence chez les patients psychiatriques en fonction du mode d'hospitalisation, sous contrainte ou non.

2. OBJECTIFS

Comparer les diagnostics addictologiques et psychiatriques chez des patients hospitalisés sous contrainte (SPDT et SPDRE) et chez des patients hospitalisés sans contrainte.

3. MÉTHODES

Etude rétrospective qui a inclus tous les patients hospitalisés avec un double diagnostic addictologique et psychiatrique au Centre Hospitalier Philippe Pinel à Amiens du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2016, hospitalisés sous contrainte (n=131) ou non (n=502).

Les données du Département d'Information Médicale ont été utilisées pour analyser les diagnostics psychiatriques et addictologiques, selon les critères CIM-10, posés lors des hospitalisations des patients.

Des données complémentaires concernant les diagnostics initiaux antérieurs et le délai entre le premier contact psychiatrique et addictologique et l'hospitalisation sous contrainte, ainsi que les données sur les contacts avec l'équipe de liaison et de soins en Addictologie (ELSA) et/ou d'autres services d'Addictologie ont été recueillies dans les dossiers d'hospitalisation des patients hospitalisés sous contrainte.

4. RÉSULTATS

L'âge moyen des patients hospitalisés sous contrainte ($41,6 \pm 13,04$ ans) était comparable à celui des patients hospitalisés sans contrainte ($42,3 \pm 10,6$ ans, t-test= 0,69, NS) ; 76,1% des patients étaient des hommes.

La fréquence de l'usage nocif/dépendance à l'alcool (CIM-10) et de l'usage nocif/dépendance aux drogues (cannabis, cocaïne, opiacés, polytoxicomanies) étaient respectivement de 61,8% et 39,7% dans le groupe hospitalisé sous contrainte et de 81,5% et 19,9% dans le groupe non hospitalisé sous contrainte.

L'usage nocif/dépendance aux drogues était significativement plus fréquent dans le groupe de patients hospitalisés sous contrainte (Khi2=22,26, p=0,000002). L'usage nocif/dépendance à l'alcool était significativement plus fréquent dans le groupe de patients hospitalisés sans contrainte (Khi2=22,92, p=0,000002).

5. CONCLUSIONS

Les diagnostics d'usage nocif/dépendance aux drogues sont plus fréquents chez les patients hospitalisés sous contrainte que chez les patients hospitalisés sans contrainte.

► Tableau 1 : Doubles diagnostics en fonction du mode d'hospitalisation

	Hospitalisation sous contrainte%	Hospitalisation sans contrainte %	Khi2	p
Alcool	61,8	81,5	22,92	< 10 ⁻⁵
Drogues	39,7	19,9	22,26	< 10 ⁻⁵
Syndrôme dépressif	24,4	36,5	6,70	0,01
Troubles anxieux	19,8	31,3	6,60	0,01
Troubles de la personnalité	46,6	35,7	5,25	0,02
Schizophrénie	23,7	5,8	38,74	< 10 ⁻⁹
Alcool et Syndrôme dépressif	32,1	38,9	13,89	< 10 ⁻³
Alcool et Troubles anxieux	23,5	30,3	0,08	NS
Alcool et Troubles de la personnalité	50,6	35,7	0,06	NS
Alcool et Schizophrénie	11,1	4,5	35,82	< 10 ⁻⁹
Drogues et Syndrôme dépressif	12	25,8	13,39	< 10 ⁻⁹
Drogues et Troubles anxieux	14	35,5	0,16	NS
Drogues et Troubles de la personnalité	40	35,5	0,69	NS
Drogues et Schizophrénie	44	11	34,88	< 10 ⁻⁹

Tableau 2 : recours à l'ELSA et suivi addictologique chez les patients hospitalisés sans consentement

	ELSA (%)	Khi2	p
Suivi addictologique antérieur	57,1	8,86	< 10 ⁻³
Suivi addictologique ultérieur	75	14,37	< 10 ⁻⁴

Annexe 2 : Critères CIM-10 d'usage nocif / dépendance à une substance psychoactive

• Définition de l'usage nocif de la CIM-10 :

L'utilisation nocive pour la santé (CIM-10) correspond à un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé.

Les complications peuvent être physiques ou psychiques. Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic. On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives. L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits (62).

• Critères de dépendance de la CIM-10

1. désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
3. syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
4. mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
6. poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives (62).

Annexe 3 : Tableau 22 - Doubles diagnostics en fonction du mode d'hospitalisation

	Hospitalisation sans consentement %	Hospitalisation Avec consentement %	Khi2	p
Alcool	61,8	81,5	22,92	$< 10^{-5}$
Drogues	39,7	19,9	22,26	$< 10^{-5}$
Syndrome dépressif	24,4	36,5	6,70	0,01
Troubles anxieux	19,8	31,3	6,60	0,01
Troubles de la personnalité	46,6	35,7	5,25	0,02
Schizophrénie	23,7	5,8	38,74	$< 10^{-9}$
Alcool et Syndrome dépressif	32,1	38,9	13,89	$< 10^{-3}$
Alcool et Troubles anxieux	23,5	30,3	0,08	NS
Alcool et Troubles de la personnalité	50,6	35,7	0,06	NS
Alcool et Schizophrénie	11,1	4,5	35,82	$< 10^{-9}$
Drogues et Syndrome dépressif	12	25,8	13,39	$< 10^{-9}$
Drogues et Troubles anxieux	14	35,5	0,16	NS
Drogues et Troubles de la personnalité	40	35,5	0,69	NS
Drogues et Schizophrénie	44	11	34,88	$< 10^{-9}$

(NS : résultats non significatifs)

Annexe 4 : Tableau 23 - Doubles diagnostics et corrélations avec les hospitalisations sans consentement

	Analyse multivariée	[IC 95%]	p
	OR ajustés		
Alcool	0,37	[0.24-0.56]	NS
Drogues	1,52	[0,42-5,58]	NS
Syndrome dépressif	1,22	[0.69-2,13]	NS
Troubles anxieux	1,07	[0,61-1,91]	NS
Troubles de la personnalité	2,37	[1,53-3,65]	< 10 ⁻⁵
Schizophrénie	7,36	[4,05-13,35]	<10 ⁻⁹
Alcool et Troubles de la personnalité	2,11	[1,28-3,48]	< 10 ⁻³
Drogues et Troubles de la personnalité	2,76	[1,17-6,53]	< 10 ⁻²
Alcool et Schizophrénie	3,42	[1,44-8,13]	< 10 ⁻³
Drogues et Schizophrénie	10,13	[3,79-27,12]	< 10 ⁻⁶

(NS : résultats non significatifs)

BIBLIOGRAPHIE

(Editée avec Zotéro Standalone)

1. Ahrnsbrak. R, Forsyth.B, Bose. J, Hedden. S, Hughes. A, Kennet. J et al. Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health [Internet]. Center for Behavioral Health Statistics and Quality; 2016. Report No.: SMA 16-4984. Disponible sur: <http://www.samhsa.gov/data/>
2. Di Lorenzo R, Galliani A, Guicciardi A, Landi G, Ferri P. A retrospective analysis focusing on a group of patients with dual diagnosis treated by both mental health and substance use services. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014;10:1479-88.
3. Casas.M M. La patología Dual como una forma de presentación de la comorbilidad entre Trastornos Psíquicos y las Toxicomanías. In Sitges, Barcelona; 1986.
4. Benyamina A, CPNLF. Addictions et comorbidités. Paris: Dunod; 2014. 448 p.
5. Organisation Mondiale de la Santé. Le double fardeau [Internet]. OMS; 1995 [cité 13 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/>
6. Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe 2016 [Internet]. [cité 11 mai 2017]. Disponible sur: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/2639/Comorbidity_POD2016.pdf
7. National Institute On Drug Abuse - Comorbidity: addiction and other mental illnesses [Internet]. [cité 11 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rrcomorbidity.pdf>
8. Section on Dual Disorders/Pathology | World Psychiatric Association [Internet]. [cité 11 mai 2017]. Disponible sur: http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=7&category_id=209&content_id=1245
9. NIDA. Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses [Internet]. 2010 sept [cité 13 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/comorbidity-addiction-other-mental-illnesses>
10. Burdzovic Andreas J, Lauritzen G, Nordfjærn T. Co-occurrence between mental distress and poly-drug use: A ten year prospective study of patients from substance abuse treatment. *Addict Behav.* sept 2015;48:71-8.
11. Hartz SM, Pato CN, Medeiros H, Cavazos-Rehg P, Sobell JL, Knowles JA, et al. Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA Psychiatry.* mars 2014;71(3):248-54.
12. NIDA: National Institute on Drug Abuse. Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses [Internet]. [cité 13 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.drugabuse.gov>

13. Hasin DS, Grant BF. The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: Review and summary of findings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* nov 2015;50(11):1609-40.
14. Lai HMX, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 1 sept 2015;154:1-13.
15. Martín-Santos R, Fonseca F, Domingo-Salvany A, Ginés JM, Ímaz ML, Navinés R, et al. Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. *Eur J Psychiatry.* sept 2006;20(3):147-56.
16. Salize HJ, Dressing H. Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link? *Curr Opin Psychiatry.* sept 2005;18(5):576-84.
17. Sullivan MA, Birkmayer F, Boyarsky BK, Frances RJ, Fromson JA, Galanter M, et al. Uses of Coercion in Addiction Treatment: Clinical Aspects. *Am J Addict.* janv 2008;17(1):36-47.
18. Cottencin O, Guardia D, Rolland B. Critères d'hospitalisation pour un patient souffrant d'addiction (s) [Internet]. *Urgences*; 2011 [cité 8 août 2017]. Disponible sur: http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Criteres_d_hospitalisation_pour_un_patient_souffrant_d_addictions.pdf
19. Brousse. G ; Llorca. P. M ; Malet. L ; Gerbaud .L ; Reynaud.M. Place de l'alcoolodépendance dans l'hospitalisation sous contrainte. *Alcoologie Addictologie.* Décembre 2003;25(4):279-88.
20. Opsal A, Kristensen Ø, Ruud T, Larsen TK, Gråwe RW, Clausen T. Substance abuse in patients admitted voluntarily and involuntarily to acute psychiatric wards: a national cross-sectional study. *Nor Epidemiol* [Internet]. 22 déc 2011 [cité 14 mai 2017];21(1). Disponible sur: <http://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/1430>
21. Opsal A, Kristensen Ø, Larsen TK, Syversen G, Rudshaug EBA, Gerdner A, et al. Factors associated with involuntary admissions among patients with substance use disorders and comorbidity: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 12 févr 2013;13:57.
22. Opsal A, Clausen T, Kristensen ø., Elvik I, Joa I, Larsen TK. Involuntary hospitalization of first-episode psychosis with substance abuse during a 2-year follow-up: Substance abuse and poor treatment outcomes. *Acta Psychiatr Scand.* sept 2011;124(3):198-204.
23. Israelsson M, Nordlöf K, Gerdner A. European laws on compulsory commitment to care of persons suffering from substance use disorders or misuse problems- a comparative review from a human and civil rights perspective. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 28 août 2015;10:34.
24. Behavioral Health Trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health - NSDUH-FRR1-2014.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FRR1-2014/NSDUH-FRR1-2014.pdf>
25. Muirhead L. Cancer Risk Factors Among Adults with Serious Mental Illness. *Am J Prev Med.* mars 2014;46(3, Supplement 1):S98-103.
26. Le coût social des drogues en France - OFDT [Internet]. [cité 18 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/le-cout-social-des-drogues-en-france/>

27. Coldefy M., Tartour T., Nestrigue C. De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011. Irdes; 2015. (Questions d'économie de la santé). Report No.: 205.2015/01.
28. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows. Armonk, NY: IBM Corp; 2012.
29. Hustoft K, Larsen TK, Auestad B, Joa I, Johannessen JO, Ruud T. Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry. *Int J Law Psychiatry*. avr 2013;36(2):136-43.
30. Anne-Claire Brisacier, Agnès Cadet-Tairou, Cristina Díaz, Gómez, Michel Gandilhon, Éric, Janssen, Olivier Le Nézet, Aurélie, Lermenier-Jeannet, et al. Drogues, Chiffres clés [Internet]. OFDT; 2017 [cité 4 juill 2017]. Report No.: 7e édition. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/7eme-edition-2017/>
31. Céline Thienpont, Nadège Thomas, Alain Trugeon. Baromètre santé – Conduites addictives en Picardie [Internet]. Picardie: OR2S; 2015 oct [cité 17 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.or2s.fr/index.php/publications/190-barosante-picardie-addiction>
32. Carrà G, Johnson S, Bebbington P, Angermeyer MC, Heider D, Brugha T, et al. The lifetime and past-year prevalence of dual diagnosis in people with schizophrenia across Europe: findings from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. oct 2012;262(7):607-16.
33. Dervaux. A. Influence de la consommation de substances sur l'émergence et l'évolution des troubles psychotiques. [Neurosciences]. Université Pierre et Marie Curie - Paris VI; 2010.
34. Benyamina A, Karila L, Lafaye G, Blecha L. Genetic Influences in Cannabis Use Disorder and Psychosis: Dopamine and Beyond. *Curr Pharm Des*. 2016;22(42):6392-6.
35. National Institute on Drug Abuse [Internet]. [cité 4 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.drugabuse.gov>
36. Adan A, Arredondo AY, Capella M del M, Prat G, Forero DA, Navarro JF. Neurobiological underpinnings and modulating factors in schizophrenia spectrum disorders with a comorbid substance use disorder: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. avr 2017;75:361-77.
37. Van Assche L, Morrens M, Luyten P, Van de Ven L, Vandenbulcke M. The neuropsychology and neurobiology of late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: A critical review. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. sept 2017 [cité 24 sept 2017]; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149763417302920>
38. Torrens M, Mestre-Pintó J-I, Domingo-Salvany A, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe [Internet]. 2015 [cité 13 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/comorbidity-substance-use-mental-disorders-europe>
39. El-Hage W, Lafay N, Wassouf I, Jaafari N. Insight cognitif et schizophrénie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. août 2011;169(7):462-3.
40. Voyer M, Jaafari N, Senon J-L. Insight et comportements violents chez les patients souffrant d'une schizophrénie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. août 2011;169(7):441-3.

41. Djokić-Pjescić K, Ristić-Dimitrijević R, Nenadović M, Jovčić S, Nesić S, Rajčić T, et al. Hetero-aggressive outbursts in patients' behaviour in emergency psychiatry. *Srp Arh Celok Lek.* déc 2011;139 Suppl 1:57-60.
42. Cottencin O, Doutrelugne Y, Goudemand M, Consoli SM. Addictions et thérapie systémique brève : un travail sous contrainte. *L'Encéphale.* juin 2009;35(3):214-9.
43. Cottencin O, Bence C. Addictions : soins obligés et soins motivés. *Presse Médicale.* déc 2016;45(12):1108-16.
44. Ann Priester M, Browne T, Iachini A, Clone S, DeHart D, Seay KD. Treatment Access Barriers and Disparities Among Individuals with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Integrative Literature Review. *J Subst Abuse Treat.* févr 2016;61:47-59.
45. Bitter I, Fehér L, Tényi T, Czobor P. Treatment adherence and insight in schizophrenia. *Psychiatr Hung Magy Pszichiatriai Tarsasag Tudományos Folyoirata.* 2015;30(1):18-26.
46. Schoeler T, Petros N, Di Forti M, Klamerus E, Foglia E, Murray R, et al. Poor medication adherence and risk of relapse associated with continued cannabis use in patients with first-episode psychosis: a prospective analysis. *Lancet Psychiatry.* août 2017;4(8):627-33.
47. Beijer U, Andréasson A, Agren G, Fugelstad A. Mortality, mental disorders and addiction: a 5-year follow-up of 82 homeless men in Stockholm. *Nord J Psychiatry.* 2007;61(5):363-8.
48. Benzerouk F, Dereux A, Gorsane MA, Lançon C. L'addictologie est-elle une spécialisation de la psychiatrie ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* nov 2014;172(9):777-80.
49. Christophe Palle, François Beck, Jean-Baptiste Richard. Usages d'alcool et dommages subis : une perspective européenne. *Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies; 2017. (Tendances). Report No.: 118.*
50. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'état de santé de la population en France [Internet]. 2017 [cité 17 juill 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
51. Pogue YZ, Hakes JK, Sloan FA. Is Major Depression Linked to Alcohol-Impaired Driving? *Subst Use Misuse.* 25 juill 2017;1-12.
52. Adès J, Lejoyeux M. *Alcoolisme et psychiatrie: données actuelles et perspectives.* Paris: Masson; 2003.
53. Lang J-P, Bonnewitz M-L, Kusterer M, Lalanne-Tongio L. Usage d'alcool chez les patients souffrant de troubles psychiatriques : quelles évaluations ? Quelle prise en soin ? *L'Encéphale.* sept 2014;40(4):301-7.
54. Jones GN, Musso MW, Dodge V, Adams J, Lillich P, Woodward CJ. The role of alcohol intoxication in psychiatrists' recension of emergency physicians' involuntary admissions. *Am J Emerg Med.* nov 2016;34(11):2226-7.
55. Jahan M, Dorard G, Romo L. Le rôle de la honte dans la compréhension des alcoolisations ponctuelles importantes. *J Thérapie Comport Cogn.* juin 2015;25(2):41-7.

56. Binge Drinking: Terminology and Patterns of Use | SAMHSA [Internet]. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). [cité 17 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.samhsa.gov/capt/tools-learning-resources/binge-drinking-terminology-patterns>
57. Glasheen C, Pemberton MR, Lipari R, Copello EA, Mattson ME. Binge drinking and the risk of suicidal thoughts, plans, and attempts. *Addict Behav.* avr 2015;43:42-9.
58. Cottencin O. Dépressions sévères et addictions. *L'Encéphale.* déc 2009;35:S264-8.
59. La cartographie des dépenses de santé associées aux pathologies fréquentes et graves [Internet]. Assurance Maladie; 2017 juin [cité 17 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/la-cartographie-des-depenses-de-sante-associees-aux-pathologies-frequentes-et-graves>
60. (RO) Plan gouvernemental de lutte contre les drogues IV.indd - plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_df.pdf [Internet]. [cité 27 avr 2017]. Disponible sur: http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_df.pdf
61. Dervaux A, Laqueille X. [Smoking and schizophrenia: epidemiological and clinical features]. *L'Encephale.* juin 2008;34(3):299-305.
62. Haute Autorité de Santé. Critères de dépendance à une substance psychoactive et au tabac selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS, 10e révision (CIM-10) [Internet]. [cité 4 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>