



LES ADDICTIONS ET LE DROIT

Une étude menée par des étudiants du

Master II Droit de la santé

Dans le cadre de la recherche en actions proposée par la

Clinique du droit de l'Université de Bordeaux

Année universitaire 2020-2021

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES	2
REMERCIEMENTS.....	5
INTRODUCTION.....	7
PARTIE I - LE CONTEXTE	10
§1- <i>L'origine du terme "addiction"</i>	<i>10</i>
§2- <i>Les différents types d'addictions</i>	<i>11</i>
A. L'addiction aux substances psychoactives	11
1. La distinction incontestable entre les substances illicites et licites	11
2. La relativisation de cette distinction.....	12
3. Les chiffres	13
B. L'addiction comportementale.....	14
§3- <i>Les conséquences des addictions</i>	<i>15</i>
§4- <i>Les facteurs de risques des addictions</i>	<i>18</i>
§5- <i>Une définition commune de l'addiction</i>	<i>21</i>
A. Une dépendance	21
B. Une dépendance pathologique	22
C. Résultat de l'enquête de terrain : caractéristiques communes de l'addiction.....	24
§6- <i>Les addictions en période de crise sanitaire.....</i>	<i>25</i>
§7- <i>La problématique</i>	<i>25</i>
PARTIE II – LES ANALYSES ET RECOMMANDATIONS	27
CHAPITRE I – POLITIQUES SANITAIRES ET PREVENTION	27
§1- <i>L'existence d'une prévention à l'échelle nationale.....</i>	<i>28</i>

A.	Une stratégie de réduction de l'offre	28
B.	Une stratégie répressive	31
C.	Une prévention nationale limitée pour les addictions comportementales	36
§2-	<i>L'existence d'une prévention à plus petite échelle</i>	37
A.	Une stratégie informative, éducative et interactive	37
B.	Une prévention inachevée	43
1.	Une efficacité des préventions à améliorer/développer	43
2.	Une prévention à créer pour certaines addictions.....	46
§3-	<i>Le cas particulier de la consommation de stupéfiants</i>	48
A.	La possibilité pour les fonctionnaires de communiquer au procureur de la République les faits d'usage de stupéfiants dont ils sont témoins	48
1.	Le champ d'application de l'obligation de dénonciation.....	49
2.	L'articulation de l'obligation de dénonciation avec le principe hiérarchique	49
3.	L'absence de sanction pénale en cas d'abstention.....	49
B.	Le développement de la réduction des risques et des dommages en matière de consommation de stupéfiant.....	52
1.	Un dispositif répressif freinant la prise en charge efficace des personnes addictes	52
2.	Le cas particulier des salles de consommation à moindre risque	53
CHAPITRE 2 –	PRISE EN CHARGE ET CONSENTEMENT.....	57
§1-	<i>Le consentement du patient dans sa prise en charge</i>	59
A.	Le principe du consentement.....	59
B.	L'absence de consentement.....	61
§2-	<i>Conséquences du consentement du patient dans sa prise en charge</i>	65

CHAPITRE 3 – PRISE EN CHARGE ET RESPONSABILITES	69
§1- <i>Les responsabilités du professionnel de santé</i>	71
A. La mauvaise prise en charge de l’addiction	71
B. Le défaut de prise en charge de l’addiction en périodes préopératoire et postopératoire	74
1. Un exemple pratique de prise en charge conforme aux règles de l’art	75
2. Les recommandations de bonne pratique	79
3. Le devoir d’information	80
4. Les refus de prises en charge	81
a) Le refus du patient vis-à-vis d’une prise en charge de son addiction.....	81
b) Le refus du chirurgien de réaliser une intervention du fait de l’absence d’une prise en charge préopératoire de l’addiction	81
C. Le défaut d’anticipation de la fin d’hospitalisation d’une personne addicte.....	83
1. La sortie prématurée autorisée par un médecin	84
2. La sortie du patient à l’insu du service	85
3. La préparation de la sortie d’une hospitalisation	86
§2- <i>La responsabilité pénale de la personne addicte</i>	88
A. Altération voire abolition du discernement ?	88
B. Injonction de soins ?.....	92
CONCLUSION	94
BIBLIOGRAPHIE	97
ANNEXES	102
AUTEURS	109

Remerciements

Nous souhaitons avant tout remercier Madame Marie Deramat et Madame Ludivine Limandas, respectivement responsable administrative et ingénieure pédagogique de la Clinique du droit de l'Université de Bordeaux ainsi que Madame Cécile Castaing, Maître de Conférences HDR en Droit public et co-directrice du Master II Droit de la santé de l'Université de Bordeaux, pour nous avoir encadré et conseillé pendant la création de notre projet.

Nous tenions également à remercier d'une part, le Professeur Marc Auriacombe, Professeur des universités - praticien hospitalier, chef de service du pôle d'addictologie du centre hospitalier Charles Perrens et responsable du CSAPA et d'une autre part, le Docteur Éric Ducassou, médecin généraliste et membre d'une association sur les addictions, pour avoir accepté de nous présenter et expliquer la notion ainsi que les conséquences des addictions. Nos échanges nous ont permis de mieux cerner les enjeux et de s'interroger sur le lien des addictions avec le Droit.

Nous remercions également tous les intervenants spécialisés dans les addictions, notamment le Professeur Méлина Fatseas, Professeur des universités - praticien hospitalier et chef du pôle inter-établissement d'addictologie (CHU-CHCP), le Docteur Florence Montel, chef de service de l'unité fonctionnelle nutrition en addictologie au centre hospitalier d'Arcachon et Madame Létitia d'ETAT, psychologue clinicienne exerçant au sein de ladite unité, pour avoir participé à notre enquête de terrain en répondant à nos questions. De nombreuses problématiques soulevées dans notre rapport sont le fruit de ces échanges avec les professionnels de santé.

Enfin, nous remercions toutes les personnes des différents services ou structures encadrant l'addiction pour leurs réponses à notre questionnaire. Nous avons pu obtenir des données quantitatives et des informations détaillées qui ont enrichi nos propos.

Introduction

- Présentation de la Clinique du droit – Recherche en actions

La Clinique du droit est un service gratuit de l'Université de Bordeaux qui a pour objet de mettre en relation les étudiants juristes avec la société civile. Il s'agit d'un enseignement pratique qui permet aux étudiants de 5^{ème} année de se confronter aux besoins et difficultés de la société. Par ce biais, les étudiants peuvent appréhender la place du droit dans la société et se former au travail de groupe. Plus particulièrement, le travail mené par la Clinique du droit - Recherche en actions est réalisé afin de répondre à une problématique juridique posée par un établissement, une association ou encore un organisme.

Chaque année, la Clinique du droit - Recherche en actions, se saisit d'une thématique relative à des objectifs à atteindre en matière sociale afin d'effectuer un projet de « recherche-clinique ». Cette année, le projet s'est déroulé en collaboration avec le Master II Droit de la santé de l'Université de Bordeaux. C'est dans ce cadre qu'il a été choisi de mener une étude relative aux addictions, ces dernières étant peu traitées par la matière juridique.

Cette étude a été supervisée par Madame Marie Deramat et Madame Ludivine Limandas, responsables administratives de la structure, et organisée sous la coresponsabilité de Madame Cécile Castaing, Maître de Conférences à l'Université de Bordeaux et coresponsable du Master II Droit de la santé (avec Monsieur Laurent Bloch, Professeur de Droit privé).

- Présentation du projet sur les addictions

Ce sujet concerne une grande partie de la population mais n'est finalement pas réellement connu. C'est un problème de santé publique et les politiques publiques en la matière sont un véritable enjeu pour la société.

Toutefois, on constate un problème de définition de l'addiction notamment dans le code de la santé publique. Ce dernier évoque en effet le terme de toxicomanie et non d'addiction. Cela a forcément une influence sur les politiques de santé publique et la prise en charge de la personne addictive.

Ainsi, l'étude a permis de clarifier la définition de l'addiction et de soulever les différents problèmes entourant cette pathologie. Il a été possible de faire des recommandations pour améliorer les politiques publiques et la prise en charge de la personne addictive.

- Méthodes utilisées

Nous avons, dans un premier temps, mené des recherches théoriques afin de mieux cerner le contexte historique, sociologique et législatif entourant la définition et le traitement de l'addiction au sein des établissements de santé. Celles-ci nous ont permis d'élaborer un questionnaire pour lequel nous avons obtenu 39 réponses de divers professionnels de santé¹.

Pour mieux comprendre la définition de l'addiction, nous avons eu l'honneur d'accueillir en visioconférence le Professeur Marc Auriacombe et le Docteur Éric Ducassou.

Ensuite, cette étude a été menée en association avec les acteurs concernés. Avec l'aide de Madame Ludivine Limandas et Madame Cécile Castaing, nous avons créé un questionnaire à destination des professionnels de santé évoluant de près ou de loin dans le secteur des addictions.

Après avoir recensé un certain nombre d'acteurs professionnels confrontés aux addictions, nous les avons questionné sur leur connaissance du sujet et leur pratique. Ces entretiens ont été menés en suivant une trame préétablie en groupe se découpant en trois catégories de questions : la prévention, la prise en charge et la réduction des risques et des dommages².

¹ Annexe 1

² Annexe 2

Nous avons rencontré les acteurs suivants : psychologue addictologue (un entretien effectué), médecin généraliste (un entretien effectué) et Professeur des universités - praticien Hospitalier (un entretien effectué).

Ces rencontres se sont organisées en petits groupes, chacun ayant pour mission d'interroger les professionnels sur une thématique particulière : l'autonomie et le consentement du patient addicte ou la responsabilité des professionnels de santé. A l'issue de chaque entretien, nous avons établi des comptes rendus d'entretien récapitulant les éléments essentiels.

Après cette enquête de terrain, nos recherches donnent lieu à l'élaboration d'un rapport final à destination des professionnels.

Partie I - Le contexte

§1- L'origine du terme "addiction"

Le terme "addiction" a pour origine étymologique "*ad-dicere*"³ employé par le tribunal à l'époque de la Rome antique. Cette notion latine était employée pour désigner l'esclavage pour dettes. De fait, un citoyen dans l'incapacité de payer ses dettes était déchu et condamné à l'esclavage. Il était affecté du *Capitis deminutio maxima* impliquant une totale perte de liberté et d'identité.

Conformément à cette signification originale, l'expression "*homo addictus*" est par la suite utilisée dans les mondes médical et juridique pour désigner une personne esclave d'un produit psychoactif.

Toutefois, le terme "toxicomanie" fait son apparition en 1905, laissant désuète celle d'"addiction". Étant défini de manière restrictive par l'Organisation mondiale de la santé⁴, il est remplacé en 1964 par celui de "dépendance" qui se veut plus large, voire trop large. En effet, nous sommes "*tous dépendants, mais à différents degrés*"⁵: une personne dépendante n'est pas nécessairement totalement privée de liberté. Ainsi un sujet peut-il être dépendant sans être esclave c'est-à-dire sans être "*addictus*" (exemple : la dépendance à l'air). La notion d'"addiction" revoit donc le jour dans les années 1970⁶ pour se cantonner aux conduites dépendantes délétères. Il est par ailleurs ressorti de notre enquête de terrain que dans la conception médicale, un changement de modèle s'est récemment produit : d'un modèle de toxicologie à un modèle d'addictologie. La prise en charge était autrefois centrée sur les effets toxiques tandis que désormais, il est question de s'occuper également de la fonction d'usage notamment dans un but de réduction des risques et des dommages.

³Étymologie : "Ad-dicere" signifie "dit à" au sens d'attribuer un esclave (une chose) à un maître, à savoir l'esclavage pour dettes.

⁴Définition de la toxicomanie par l'OMS en 1950 : "*Invincible désir ou besoin de continuer à consommer la drogue et à se la procurer par tous les moyens*" (excluant d'autres formes de dépendances).

⁵SAIET M., "Les addictions", Que-sais-je, 2019

⁶Notamment en psychanalyse avec l'ouvrage de J. McDougall: "*Plaidoyer pour une certaine anormalité*", 1978.

Si la médecine utilise la terminologie de l'addiction, il en est tout autrement pour le droit. En effet, le code de la santé publique fait uniquement référence à la « toxicomanie »⁷ ce qui laisse penser que le monde juridique ne s'intéresse pas aux problèmes addictifs autres que les addictions aux drogues. Pourtant, nous allons démontrer que chaque type d'addiction peut s'avérer dangereuse pour la santé du consommateur. De ce fait, l'intervention du droit en matière d'addiction ne devrait pas se limiter à la toxicomanie. Nous relevons en outre que le code de la santé publique fait référence à la « dépendance » aux substances psychoactives alors que la référence à « l'addiction » aux substances psychoactives serait sans doute plus appropriée du fait de ses contours plus restreints.

§2- Les différents types d'addictions

Aujourd'hui, les pratiques addictives se déclinent en différents types. Elles ont d'abord concerné les substances psychoactives qu'elles soient illicites ou licites (A). Puis, elles se sont diversifiées pour toucher certains comportements (B).

A. L'addiction aux substances psychoactives

Ces substances sont susceptibles d'entraîner une addiction dans la mesure où elles agissent sur le cerveau. Elles font l'objet d'une distinction pénale : certaines sont illicites, d'autres sont licites (1). Mais cette distinction est à relativiser du fait de certains éléments communs (2).

1. La distinction incontestable entre les substances illicites et licites

En vertu de l'article L5132-7 du code de la santé publique, les substances illicites renvoient aux stupéfiants listés par arrêté du ministre chargé de la santé. Ceux-ci correspondent à des drogues dures (opioïdes, cocaïne et psychostimulants) et à une unique

⁷Articles L3411-1 et ss. du code de la santé publique

drogue douce : le cannabis. Leurs production, détention, usage et vente sont prohibés par le droit pénal⁸.

Actuellement en France, le cannabis est la drogue illicite la plus disponible et consommée. Selon les chiffres de l'OFDT⁹ de 2017, 44,8% des adultes entre 18 et 64 ans ont déjà expérimenté le cannabis au cours de leur vie et 39,1% des adolescents de 17 ans déclarent avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie. Or, les études démontrent que cette substance a des effets négatifs à plus ou moins long terme sur la santé du consommateur. Pour les adolescents par exemple, une telle consommation est extrêmement dangereuse puisque leur maturité cérébrale n'est pas terminée.

Devant l'inefficacité de la stratégie répressive, la légalisation du cannabis est actuellement fortement débattue dans le monde. Pendant que la France met en place « *une expérimentation relative à l'usage médical du cannabis sous la forme de médicaments* »¹⁰, d'autres pays tels que Canada légalisent le cannabis.

Contrairement aux substances illicites, les substances licites sont autorisées mais réglementées. L'usage et la vente de l'alcool, du tabac mais aussi des médicaments psychotropes sont ainsi encadrés.

2. La relativisation de cette distinction

Si cette scission existe d'un point de vue pénal, elle est toutefois à relativiser. En effet, il a été scientifiquement prouvé¹¹ que l'alcool et le tabac, parmi les drogues douces licites, peuvent être aussi dangereux qu'une drogue dure illicite. De même, des médicaments peuvent être aussi puissants qu'une drogue dure. L'addiction aux substances psychoactives quelles qu'elles soient correspond *in fine* à une dépendance entraînant des effets négatifs sur la

⁸ Par l'article L3421-1 du code de la santé publique : l'usage de stupéfiants est un délit puni d'un an d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende.

⁹ Observatoire français des drogues et des toxicomanies

¹⁰ Décret n°2020-1230 du 7 octobre 2020 relatif à l'expérimentation de l'usage médical du cannabis

¹¹ Notamment par le rapport Roques de 1999 remis à Bernard Kouchner, ministre de la santé de l'époque.

personne et son entourage. Il n'y a donc pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes substances psychoactives.

De plus, les modes de consommation sont communs :

- **L'inhalation** : pénétration d'une substance par les voies respiratoires...
 - grâce à une absorption de vapeurs par voie nasale (exemples: cannabis, médicaments, tabac) ;
 - grâce à une absorption de poudres par voie nasale (exemples : cocaïne) ;
 - grâce à une absorption de fumées par voie nasale (exemples : tabac, cannabis).
- **L'ingestion** : introduction d'une substance solide ou liquide par la bouche dans le système digestif (exemples : alcool, médicaments, ecstasy, cannabis, LSD).
- **L'injection** : administration d'une substance sans passer par les voies naturelles mais par voies intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée, intradermique voire intra-osseuse (exemples : médicaments, opioïdes).

3. [Les chiffres](#)

Tableau 2 - Expérimentation des substances psychoactives suivant l'âge et le sexe parmi les personnes de 18-64 ans (en %)

	Ensemble 2014	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	Hommes	Femmes
<i>Effectifs</i>	<i>n = 13 039</i>	<i>n = 1 809</i>	<i>n = 2 271</i>	<i>n = 3 021</i>	<i>n = 3 048</i>	<i>n = 2 890</i>	<i>n = 6 127</i>	<i>n = 6 912</i>
Alcool	95	92	93	95	97	98	97	94
Tabac	82	79	82	81	83	83	86	78
Cannabis	42	54	59	47	35	19	50	33
Poppers	7,3	11,7	11,5	8,2	5,7	1,1	9,9	4,7
Cocaïne	5,6	7,1	10,2	6,4	4,2	1,4	8,3	3,1
Champignons hallucinogènes	4,8	6,6	8,4	5,4	3,2	1,3	6,8	2,8
MDMA/ecstasy	4,3	7,0	8,4	5,3	1,9	0,2	6,1	2,5
Colles et solvants	2,2	2,5	2,5	2,8	2,9	0,5	3,1	1,4
LSD	2,6	3,3	3,9	3,1	2,1	1,2	4,2	1,2
Amphétamines	2,3	2,9	3,6	2,2	1,8	1,3	3,4	1,3
Héroïne	1,5	1,3	1,8	1,7	2,2	0,6	2,5	0,6

Source : Baromètre santé 2014, INPES, exploitation OFDT

Consommations régulières d'alcool et de cannabis et quotidiennes de tabac suivant l'âge et le sexe parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans (en %)

	Ensemble	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	Hommes	Femmes
Alcool	17	12	14	15	17	24	26	8
Tabac	32	37	36	35	32	20	36	27
Cannabis	3	8	5	3	1	0	5	2

Source : Baromètre santé 2014, INPES, exploitation OFDT

Tableau 1 - Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Expérimentateurs	17,0 M	2,2 M	1,7 M	600 000	46,9 M	38,2 M
dont usagers dans l'année	4,6 M	450 000	400 000	//	42,8 M	16,0 M
dont usagers réguliers	1,4 M	//	//	//	8,7 M	13,3 M
dont usagers quotidiens	700 000	//	//	//	4,6 M	13,3 M

Sources : Baromètre Santé 2014 (INPES), ESCAPAD 2014 (OFDT), ESPAD 2011 (OFDT), HBSC 2010 (rectorat de Toulouse)
 // : non disponible car la méthode d'enquête ne permet pas une telle estimation.

Les données de l'OFDT ci-dessus démontrent la forte consommation des substances psychoactives par les français.

B. L'addiction comportementale

Bien qu'il n'existe aucune définition officielle des addictions comportementales, celles-ci peuvent être définies comme étant *“le résultat d'un processus interactionnel entre un individu et un objet externe ou une activité banale, mis à la disposition de tous, qui conduit à une expérience sur laquelle se développe une dépendance principalement psychologique en raison des effets plaisant qu'elle procure et des fonctions qu'elle remplit. Cette dépendance, qui se traduit par la répétition de la conduite, la perte de contrôle, la centration et le besoin, peut entraîner des conséquences négatives pour la personne et son entourage”*¹². Autrement dit, l'addiction comportementale renverrait à une dépendance problématique d'un individu à une activité courante ou un objet. Plusieurs types d'addictions aux comportements peuvent être envisagés. Les addictions les plus connus sont celles :

- Aux jeux d'argent et de hasard (casinos, jeux en ligne, paris, jeux de grattage etc.) ;
- Aux jeux vidéo ;
- Aux achats compulsifs ;
- Au sexe ;
- A l'alimentation ;
- Aux écrans : réseaux sociaux / Internet / téléphone ;

¹² VARESCON I., *“Les addictions comportementales, Aspects cliniques et psychopathologiques”*, 2009

- Au travail ;
- A l'activité sportive.

§3- Les conséquences des addictions

Outre les conséquences financières, sociales et familiales que peuvent entraîner les addictions, il existe une multitude de conséquences sur la santé du sujet. Certaines de ces conséquences délétères se réalisent immédiatement après la consommation ou la pratique¹³ (pour les addictions aux substances) tandis que d'autres apparaissent sur le long terme (pour l'ensemble des addictions). Les unes comme les autres peuvent être extrêmement dangereuses pour la santé voire mortelle selon la consommation ou la pratique mais aussi la personne¹⁴. Par ailleurs, l'impact d'une addiction sur la santé mentale des proches n'est pas à négliger. Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, les conséquences d'une addiction sont les suivantes :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>« une perte de contrôle du niveau de consommation/pratique</i> • <i>une modification de l'équilibre émotionnel</i> • <i>des troubles d'ordre médical</i> • <i>des perturbations de la vie personnelle, professionnelle et sociale ».</i> |
|--|

Il en ressort des conséquences néfastes pour la santé de différentes natures que nous avons listées dans le tableau ci-dessous :

¹³Risques non liés à la répétition mais qui sont susceptibles de se réaliser à chaque fois que le sujet addicte consomme.

¹⁴Cf *Infra* : à partir de quand une personne devient-elle addicte ? Les critères varient d'une personne à une autre selon des facteurs individuels.

	Catégories de conséquences	Exemples fréquents de conséquences des conduites addictives
<p>Conséquences <u>im-</u> <u>médiates</u> à la consommation ou à la pratique</p>	<p>Conséquences médicales (intervention médicale nécessaire) => risques mortels.</p> <p>Risques d'accidents</p> <ul style="list-style-type: none"> • domestiques ; • de la route ; • professionnels ; <p>Risques de violences</p> <ul style="list-style-type: none"> • conjugales ; • familiales. 	<p>→ La surdose de stupéfiants par une personne addictive entraînant un malaise, des vomissements, de la panique voire de la paranoïa (« <u>bad trip</u> »).</p> <p>→ La surdose de médicaments par une personne addictive entraînant une <u>overdose</u> (risque mortel).</p> <p>→ La surdose d'alcool par une personne addictive entraînant un <u>coma éthylique</u> (risque mortel).</p> <p>→ La perte de contrôle induite par la consommation addictive d'alcool entraînant un <u>accident de voiture</u> (risque mortel).</p>
<p>Conséquences <u>sur le</u> <u>long terme</u></p>	<p>Conséquences sur la <u>vie quotidienne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conséquences sur la vie familiale ; • Conséquences sur la vie sociale/ relationnelle ; • Conséquences sur la vie professionnelle. <p>De telles conséquences affectent indirectement la santé mentale.</p>	<p>→ Une addiction comportementale entraînant des <u>disputes familiales</u> voire des <u>divorces</u>.</p> <p>→ La pratique addictive de jeux vidéo entraînant de l'<u>isolement</u>, la <u>désocialisation</u>, la <u>marginalisation</u> et/ou l'<u>échec scolaire</u>.</p> <p>→ Toute pratique addictive entraînant la <u>perte d'emploi</u> due à des difficultés relationnelles ou un absentéisme important.</p>

	<p>Conséquences sur la <u>santé mentale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conséquences sur le développement du cerveau ; • Conséquences sur la capacité d'attention, de concentration, de mémoire etc. • Conséquences sur le bien être et l'équilibre ; • Conséquences sur le sommeil ; • Modification du caractère et/ou de l'humeur ; <p>L'ensemble de ces conséquences peut aboutir à des troubles mentaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Troubles de l'humeur ; • Troubles de la motivation ; • Troubles cognitifs ; • Troubles psychotiques; • Troubles du comportement etc. 	<p>→ L'addiction aux stupéfiants ou aux écrans chez de jeunes sujets dont la maturité cérébrale n'est pas finie entraînant des <u>troubles de la mémoire</u>.</p> <p>→ L'addiction aux écrans entraînant une <u>agressivité</u>.</p> <p>→ L'addiction au cannabis entraînant le <u>syndrome amotivationnel</u> (perte d'intérêt, perte d'investissement et ralentissement psychique) par la destruction du stress¹⁵.</p> <p>→ L'addiction au cannabis favorisant peut-être la <u>schizophrénie</u>¹⁶.</p>
	<p>Conséquences sur la <u>santé physique</u></p> <p>=> Risques physiques mortelles.</p>	<p>→ L'addiction au travail entraînant un <u>burn-out</u>.</p> <p>→ L'addiction aux écrans diminuant les activités physiques et entraînant le <u>surpoids</u>.</p>

¹⁵ Le cannabis fait disparaître le stress alors qu'un individu en a besoin pour s'investir dans toute activité.

¹⁶ Sur ce point, des études scandinaves récentes ont démontré que la moitié des personnes ayant présenté des troubles psychotiques à la suite d'une addiction au cannabis ont développé ultérieurement une forme de schizophrénie.

		→ L'addiction au tabac ¹⁷ entraînant le <u>décès</u> du consommateur en raison de la réalisation du risque cardiovasculaire.
	<p style="text-align: center;">Polyconsommation</p> <p>=> Au moins deux pratiques addictives (addiction souvent accompagnée par une ou plusieurs autres addictions).</p>	<p>→ L'alcool et le cannabis sont souvent associés.</p> <p>→ Les addictions comportementales entraînant des addictions aux substances psychotropes.</p>

§4- Les facteurs de risques des addictions

L'apparition d'une addiction peut être liée à différents facteurs. Ceux-ci sont nombreux et sont communs à l'ensemble des pratiques addictives. Nous en avons listés dans un tableau :

	Catégories de facteurs	Exemples de facteurs fréquents
<u>Facteurs personnels/ individuels</u>	Facteurs neurobiologiques/ génétiques	→ L' <u>activation forte du circuit de la récompense</u> d'une personne entraînant l'addiction à l'alimentation.
	Facteurs biologiques	→ L' <u>obésité</u> entraînant l'addiction à l'alimentation.
	Facteurs psychopathologiques/ psychiatriques	<p>→ La <u>dépression</u> entraînant l'addiction aux médicaments psychotropes (consommation pour effacer des pensées douloureuses).</p> <p>→ La <u>schizophrénie</u> entraînant l'addiction au cannabis (consommation pour calmer les angoisses).</p>

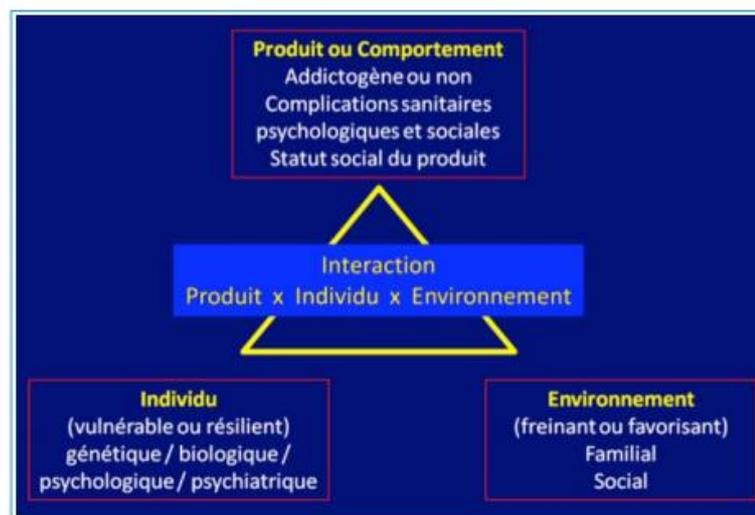
¹⁷ NB : De manière générale, l'alcool et le tabac sont, en France, les premières causes de mortalité générale.

	Événements de vie	→ Le <u>deuil</u> entraînant l'addiction aux stupéfiants (consommation pour effacer des pensées douloureuses).
	Traits de personnalité	→ L' <u>impulsivité</u> entraînant l'addiction à l'alcool.
	Caractéristiques propres telles que l'âge et le sexe	→ La consommation d'alcool à l' <u>adolescence</u> entraînant la consommation addictive d'alcool à l'âge adulte. → Les <u>femmes</u> sont plus touchées que les hommes par l'addiction aux achats compulsifs.
Facteurs liés à la substance ou à la pratique elle-même	Facteurs liés au potentiel addictif (variable) de la substance ou de la pratique	→ Substances et pratiques avec un <u>fort potentiel addictif</u> : tabac, cocaïne, opioïdes, médicaments psychotropes, jeux vidéo.
	Facteurs liés aux effets subjectifs positifs ressentis lors de la première consommation ou pratique	→ La <u>sensation de se sentir relaxé lors de la première prise</u> de cannabis entraînant une consommation addictive.
Facteurs environnementaux	Facteurs familiaux/ socio-économiques	→ Les <u>abus sexuels dans l'enfance</u> entraînant l'addiction au sexe. → La consommation de tabac par la famille entraînant la consommation addictive de tabac chez l'enfant (<u>influence de la famille</u>). → L' <u>exposition précoce aux écrans</u> entraînant l'addiction aux écrans (environnement familial). → L'existence de <u>difficultés scolaires</u> (favorisée par de la précarité familiale) entraînant la consom-

		mation addictive de stupéfiants chez l'adolescent.
	Cercle d'amis	<p>→ L'<u>effet de groupe</u> incitant la consommation de cannabis et entraînant une conduite addictive.</p> <p>→ La <u>recherche de la reconnaissance des pairs</u> entraînant l'addiction aux jeux d'argent et de hasard.</p>

Bien souvent, une addiction ne résulte pas d'un unique facteur mais de la combinaison de ces trois familles de facteurs¹⁸ :

Figure 1 – Modèle bio-psycho-social des addictions



Exemple d'interaction entre les trois types de facteurs : Addiction aux jeux vidéo

- **Facteurs personnels:** jeune (âge : caractéristique propre) homme (sexe : caractéristique propre) présentant des traits impulsifs (traits de personnalité)

¹⁸ Source de ce schéma : site de la Société française des infirmiers anesthésistes : <https://sofia.medicalistes.fr/spip/>

▪ **Facteur lié aux jeux eux-mêmes** : jeux vidéo en ligne potentiellement plus à risque que les autres en raison de l'anonymat, du faible coût financier des jeux sur le Web, la possibilité d'y jouer chez soi etc. (potentiel addictif fort)

▪ **Facteur environnemental** : statut socio-économique modeste (contexte socio-économique)

⇒ La réunion de l'ensemble de ces facteurs pousse fréquemment à la pratique addictive de jeux vidéo.

§5- Une définition commune de l'addiction

L'addiction n'est pas définie juridiquement. Mais au regard de l'origine de ce terme ainsi que des éléments recueillis ci-dessus à propos de chaque type addiction, des éléments communs peuvent en ressortir.

« Le toxique ne fait pas le toxicomane. »¹⁹

Pour que le toxique fasse le toxicomane, et plus largement pour que la substance psychoactive ou le comportement fasse la personne addictive, il faut :

- Une **dépendance** (A);
- Une **dépendance pathologique** (B).

A. Une dépendance

La consommation d'une substance psychoactive ou le comportement excessif n'implique pas systématiquement une dépendance. En effet, il est tout à fait possible d'imaginer, par exemple, un consommateur de tabac à titre ponctuel. Il s'agit en l'occurrence

¹⁹ SAIE M., « Les addictions » PUF, Que sais-je ?, 2019

d'un individu consommant une substance psychoactive sans pour autant tomber dans une consommation répétitive.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la dépendance renvoie à un critère de désir compulsif de consommation mais aussi à un critère de nécessité d'augmenter son intensité.

En définitive, une personne devient addictée à la condition d'**adopter une consommation ou un comportement répétitif pour répondre à un besoin compulsif**. Néanmoins, la dépendance ne qualifie pas à elle-seule l'addiction, bien que le code de la santé publique emploie le terme de « dépendance ». Faut-il encore que cette dépendance soit pathologique.

B. Une dépendance pathologique

L'ensemble des psychiatres s'accordent à définir l'addiction comme une dépendance pathologique permettant de se procurer du plaisir et se manifestant par de l'excès et de la répétition malgré des conséquences délétères²⁰. Autrement dit, les conduites dépendantes addictives produisent des **conséquences négatives altérant la santé physique et/ou mentale de l'individu**²¹.

A partir de quand précisément une personne dépendante devient-elle addictée ? Où se place précisément le curseur de l'addiction ? Des critères chiffrés absolus ne peuvent exister dans la mesure où l'addiction se déclenche en fonction des personnes et de la substance ou du comportement :

²⁰Exemple : définition de l'addiction par l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) : « *L'addiction est une pathologie qui repose sur la consommation répétée d'un produit (...) ou la pratique anormalement excessive d'un comportement qui conduit à (...)* » des conséquences négatives sur la santé.

²¹Cf *Supra*.

- Des substances ou comportements plus addictogènes que d'autres : par exemple, le cannabis est moins addictogène que la cocaïne.

→ Une personne dépendante A consomme la dose x de cannabis sans être addicte *versus* une personne dépendante B consomme la dose x de cocaïne en étant addicte.

- Des personnes plus susceptibles que d'autres de devenir addictes :

→ Une personne A dépendante d'une drogue n'est pas addicte tandis ce que la personne B dépendante de la même drogue avec les mêmes fréquence et intensité de consommation est addicte.

A chaque fois, A et B sont dépendants mais A n'est pas addicte. Il aurait toutefois pu l'être ; cela dépend de nombreux facteurs. Par conséquent, il convient de retenir des critères plus généraux pour définir l'addiction.

En 1990, le psychiatre américain Aviel Goodman²² fixe plusieurs critères de diagnostic communs aux différentes addictions, parmi lesquels nous retrouvons ceux de la dépendance. Cette grille est reprise très exactement par les instances internationales de santé mentale dans le manuel DSM-5²³ qui classe les addictions parmi les troubles mentaux.

- A. Impossibilité **répétée** de résister aux impulsions à faire ce comportement;
- B. Sensation **croissante** de tension immédiatement préalable au commencement du comportement;
- C. **Plaisir** ou **soulagement** pendant la durée du comportement;
- D. Sensation de **perte du contrôle**;
- E. Présence d'un moins 5 des 9 critères suivantes:
 - 1. Préoccupations **fréquentes** par rapport à ce comportement ou à sa préparation;
 - 2. Intensité et durée des épisodes plus **importants** que prévu;

²²Dans le British Journal of Addiction, 85, 1403-1408.

²³Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, ouvrage américain, qui définit et classe les troubles mentaux.

3. Tentatives pour diminuer ou arrêter;
 4. Beaucoup de temps consacré au comportement ou à s'en remettre;
 5. Survenue pendant des obligations professionnelles, scolaires, familiales etc.
 6. Activités majeures sacrifiées à cause du comportement;
 7. Bien que le sujet ait conscience du caractère pathologique, **perpétuation** du comportement;
 8. Tolérance vis-à-vis du comportement : **nécessité** d'en **augmenter** l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré;
 9. **Agitation** ou **irritabilité** si le sujet est dans l'impossibilité de réaliser ce comportement.
- F. Certains éléments du syndrome ont duré plus d'1 mois ou se sont **répétés** pendant une période plus longue.

C. Résultat de l'enquête de terrain : caractéristiques communes de l'addiction

Il ressort de notre enquête de terrain que trois éléments caractérisent systématiquement l'addiction :

- La **perte de contrôle** ;
- La **rechute** ;
- Le **craving**.

L'ensemble de ces caractéristiques renvoie à un **phénomène pathologique chronique**. En matière d'addiction, la perte de contrôle se traduit par la rechute et le craving. La personne est atteinte d'une addiction lorsqu'elle ne peut s'empêcher d'une part, de vouloir consommer une substance ou exécuter un comportement (craving = envie irrésistible) et d'une autre part, de retrouver un usage problématique malgré des tentatives pour arrêter (rechute).

Etant des caractéristiques communes à l'ensemble des addictions, les professionnels de santé nous ont affirmé qu'il n'y a pas lieu de distinguer médicalement ou juridiquement les addictions entre elles. Nous avons donc évoqué les différentes catégories d'addictions pour introduire notre étude tout en étant conscients de l'importance de les traiter ensemble.

§6- Les addictions en période de crise sanitaire

Comme le souligne l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA)²⁴, il est encore trop tôt pour observer l'étendue des conséquences de la pandémie et des confinements sur les pratiques addictives. Cependant, il est d'ores et déjà possible d'établir un bilan des conséquences immédiates.

Les confinements risquent d'impliquer une hausse d'aggravation des addictions notamment en raison d'un cumul important de facteurs de risques, de vulnérabilité mais également de la baisse de présence d'intervenants. De plus, un arrêt immédiat peut entraîner des effets néfastes chez les personnes addictives : tremblements, anxiété, agitation, dépression, nausées et état de malaise. Les acteurs de santé doivent donc assurer plus que jamais la continuité des soins en adaptant l'accompagnement des personnes addictives.

A titre d'exemple, les établissements médico-sociaux ont continué de délivrer des outils de réduction des risques et des dommages pour assurer une bonne hygiène, qui a été mise à mal par la fermeture de certaines associations et espaces de consommation à moindres risques.

§7- La problématique

Notre recherche en actions s'est portée sur la question de l'addiction comme problème de santé publique. La protection de la santé²⁵ constitue en effet une priorité pour les politiques sanitaires.

Comment la protection de la santé est-elle garantie en matière d'addictions ?

²⁴ « Covid-19 et addictions : l'impact du confinement », dossier sur l'impact de la Covid-19 sur les conduites addictives dans la revue Décryptage n° 41, 2020-04-16 de l'ANPAA, 16 avril 2020 (dernière mise à jour au 9 juillet 2020).

²⁵ Garantie par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

Le premier niveau de protection en matière d'addictions correspond à la prévention. Cette politique publique a pour objectif d'abaisser le nombre de consommateurs mais elle ne peut suffire à elle seule. De nombreuses personnes souffrent d'une addiction malgré les dispositifs de prévention mis en place ce qui nous a amené à nous interroger sur leur efficacité. Le deuxième niveau de protection récemment développé consiste donc en une politique de réduction des risques et des dommages (RDRD). A ce stade, la consommation n'est pas déconseillée mais est encadrée, le but étant que les conséquences soient les moins dangereuses possibles pour le malade (**chapitre 1**).

La prise en charge par des professionnels de santé constitue le troisième niveau de protection. Elle pose également de nombreuses questions juridiques notamment en matière de consentement et de responsabilité. Nous verrons que le droit contient des règles juridiques qui peuvent tout à fait s'adapter au cas particulier des addictions (**chapitres 2 et 3**).

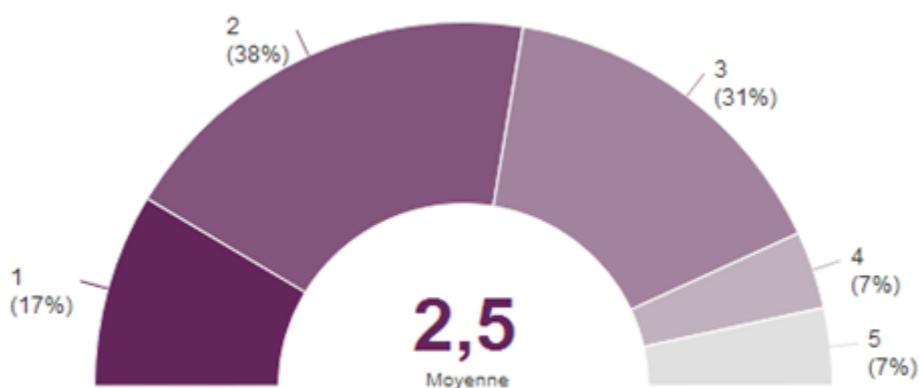
Partie II – Les analyses et recommandations

Chapitre I – Politiques sanitaires et prévention

Propos introductifs

Il ressort du questionnaire transmis aux professionnels de santé prenant en charge les personnes addictes que la prévention en matière d'addictions n'est pas efficace : 17% la jugent inefficace et seulement 7% la trouvent efficace. La prévention est essentielle en matière d'addictions. Il apparaît donc nécessaire de faire des recommandations pour l'améliorer que ce soit à l'échelle nationale (politiques publiques, réduction des risques et des dommages etc.) ou à plus petite échelle (dans les établissements scolaires, établissements de santé etc.).

La prévention en matière d'addictions est-elle efficace ?



§1- L'existence d'une prévention à l'échelle nationale

Il existe une prévention à l'échelle nationale, prévention qui se fait à l'aide de mesures structurelles qui sont généralement des mesures administratives ou réglementaires. Ces mesures visent à mettre en place une stratégie de réduction de l'offre (A) mais également une stratégie répressive (B), stratégies ayant toutes deux une logique prohibitionniste. Pour autant, cette prévention nationale reste limitée pour un certain type d'addictions que sont les addictions comportementales (C).

A. Une stratégie de réduction de l'offre

Une stratégie de réduction de l'offre est mise en place depuis plusieurs années concernant les addictions. En effet, tout type d'addiction est concerné.

S'agissant des substances licites telles que le tabac ou l'alcool, cette stratégie de réduction des offres est assez présente.

Concernant le tabac, afin d'en limiter la consommation, les textes prévoient une augmentation constante et progressive du prix des paquets de tabac. Le dernier texte prévoyant l'augmentation des prix du tabac est l'arrêté du 26 mars 2021 portant homologation des prix de vente au détail des tabacs manufacturés en France, à l'exclusion des départements d'Outre-mer. Ainsi, par ce biais, la consommation et la fabrication du tabac peuvent être contrôlées et régulées puisque la demande diminue généralement par l'augmentation des prix de l'offre. Or, cette diminution de la demande entraîne logiquement une réduction de l'offre. Moins de demandes conduit à moins d'offres.

Aussi, la publicité directe ou indirecte ainsi que la vente promotionnelle des produits du tabac sont interdites comme le précise l'article L. 3511-3 du code de la santé publique. Moins de publicités entraîne moins d'offres puisqu'il devient impossible de vanter son produit conduisant à une baisse de la demande de ce produit donc à une baisse de l'offre.

S'agissant de l'alcool, les pouvoirs publics ont également pour objectif d'en limiter la consommation. La lutte contre l'alcoolisme fait partie de la Stratégie nationale de santé avec comme objectif "prévention des pratiques addictives".

Dès 1991, la loi Evin du 10 janvier (n°91-32) a interdit la publicité d'alcool à la télévision. C'est aussi le cas pour le tabac. Il s'agit d'un produit dangereux pour la santé et de ce fait, la télévision doit avoir une influence sur les comportements d'où la nécessité d'une interdiction. Pour autant, dès 1991, la publicité de l'alcool est autorisée à la radio ainsi que dans la presse écrite ce qui entraîne une conciliation d'intérêts contradictoires, cette publicité étant très intéressante financièrement et permettant d'enregistrer des recettes publicitaires.

Néanmoins, la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est venue à nouveau autoriser la publicité à la télévision des alcools bénéficiant d'un label de qualité comme une appellation terroir. De ce fait, la loi vient autoriser la publicité pour de l'alcool alors qu'elle était interdite depuis 1991 et que la lutte contre l'alcoolisme fait partie de la stratégie nationale de santé. On réautorise donc une publicité pour une pratique addictive ce qui semble contraire à l'intérêt de la santé publique.

Plus récemment, comme c'est le cas pour le tabac, avec la loi pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et une alimentation saine et durable du 1^{er} novembre 2018, une hausse des prix de l'alcool a pu être constatée en comparaison avec les autres produits les plus consommés (surgelés, épicerie salée, crèmerie...). Ainsi, parmi les produits de consommation courante, l'alcool est celui qui a le plus fortement augmenté entraînant ainsi une réduction de l'offre.

S'agissant des substances illicites, pour réduire l'accès aux produits et réduire la diffusion dans la population, cela passe par la politique prohibitionniste qui s'est considérablement développée dans les années 1970 avec ce que l'on appelle la "guerre à la drogue" et la loi n°070-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses (JO du 03 janvier 1971), loi qui poursuit un objectif de répression de l'usage et du trafic de drogues ainsi qu'un objectif de l'offre d'une série de soins.

Cette loi vient incriminer, pour la première fois en France, l'usage de stupéfiants, sans distinction entre les drogues douces et dures, ni même entre l'usage en privé et en public, ou encore l'usage régulier et occasionnel. Il s'agit ainsi de toute substance illicite dans un but de réduction de l'offre.

Il est à préciser qu'avant cela, le dernier texte prohibitif visant la consommation de stupéfiants datait de 1916 et réprimait uniquement l'usage en société et non l'usage individuel.

Cependant, cette politique prohibitionniste fut un échec du fait de l'accroissement de la disponibilité des substances illicites mais aussi parce que la loi de 1970 a 50 ans et la politique menée sur cette base dans la seconde moitié du XXe siècle est devenue totalement obsolète au regard de l'évolution de la situation actuelle. La "*guerre à la drogue*" a échoué et une réduction de l'offre n'a pas été remarquée.

S'agissant des comportements, seule l'addiction aux jeux d'argent et de hasard a fait l'objet d'une stratégie de réduction de l'offre. En effet, la loi n°2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne prévoit notamment un dispositif de prévention des addictions de type jeux pathologiques. Ce dispositif s'intègre dans l'ensemble du dispositif de prévention et de prise en charge des addictions, mis en place dans le cadre du Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011.

En ce qui concerne cette stratégie de réduction de l'offre, à la fin des années 2000, la France a été confrontée à une offre illégale importante de jeux d'argent et de hasard sur Internet avec donc une offre très élevée, aucune régulation et aucun contrôle de la part des pouvoirs publics encourageant alors les addictions comportementales.

Pour ce faire, depuis le 1^{er} janvier 2010, les opérateurs de jeux proposant, sur Internet, une offre de jeux d'argent ou de hasard obtiendront un agrément de cinq ans renouvelables seulement dans le cas dans lequel ils respectent un cahier des charges donnant aux pouvoirs publics la capacité de contrôler l'activité de ces sites et comprenant des obligations afin, notamment, de lutter contre la dépendance à ces jeux. Partant, la mise en place de modérateurs de jeux et la mise à disposition d'un service spécialisé dans la prise en charge des addictions est nécessaire à l'obtention de l'agrément.

Pour les sites ne bénéficiant pas de l'agrément, un ensemble de mesures pour lutter contre ces sites sont prévus puisque notamment, ces derniers pourront écoper d'une peine de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Aussi, les opérateurs qui disposeront d'un agrément seront soumis à une fiscalité en fonction des mises des joueurs mais auront également une contribution à effectuer comme le financement du sport amateur pour les paris sportifs.

On voit ainsi de nombreuses contraintes avec cette loi de 2010 qui est venue strictement encadrer les jeux d'argent et de hasard permettant une réduction de l'offre. En revanche, il ne s'agit ici que des jeux en ligne et il ne semble pas qu'il y ait de stratégie de réduction de l'offre en ce qui concerne les jeux d'argent et de hasard en dehors d'Internet.

A côté de cette stratégie de réduction de l'offre qui ne semble pas réellement efficace, notamment pour certaines addictions, une stratégie répressive a aussi été mise en place à l'échelle nationale dans un but de réduction des addictions.

B. Une stratégie répressive

Cette stratégie répressive est en réalité une stratégie qui passe par la dissuasion de consommer. Des peines et des amendes sont prévues par les textes afin de dissuader les personnes de consommer et ainsi diminuer les risques de troubles addictifs.

S'agissant des substances licites, cette stratégie répressive se remarque là encore au travers des textes.

Pour ce qui est du tabac, l'article L. 3512-8 du code de la santé publique prévoit une interdiction de fumer dans les lieux qui sont affectés à un usage collectif comme les moyens de transport par exemple, hormis les lieux réservés uniquement aux fumeurs. En cas de non respect de cette interdiction, une répression existe logiquement. En effet, tout d'abord, s'il s'agit d'un lieu public comme un restaurant, la responsabilité pénale du gérant des lieux peut être engagée puisqu'il pourra être poursuivi et puni d'une amende s'il ne met pas en place la signalisation qui est prévue à l'article R. 3511-6 dudit code, mais aussi s'il ne permet pas aux

fumeurs un accès à un emplacement conforme ou s'il favorise la violation de cette interdiction. Ensuite, pour les fumeurs, le fait de fumer dans un lieu à usage collectif en dehors de l'emplacement qui est réservé à cet effet est puni d'une amende pouvant aller jusqu'à 450 euros et le fait de fumer dans un véhicule dans lequel se trouve un mineur est puni d'une amende pouvant aller jusqu'à 750 euros. Il s'agit donc bien d'une stratégie répressive en interdisant la possibilité de fumer dans certains lieux et en présence de certaines personnes. Pour autant, en obligeant les lieux recevant du public à prévoir des emplacements spécifiques pour les fumeurs, il ne semble pas que cela entraîne une réduction du nombre de personnes addictes au tabac.

De même, la vente ou la distribution de produits de tabac à des mineurs de moins de 18 ans est interdite, permettant ainsi une réduction de l'offre.²⁶ En cas de vente, il s'agit d'une infraction qui est une contravention de 4^{ème} classe et qui pourra faire l'objet d'une amende de 135 euros.²⁷ Là encore, il s'agit bien d'une stratégie répressive puisqu'en interdisant et en prévoyant des sanctions en cas de non-respect, le but est de faire diminuer la consommation de tabac.

Pour ce qui est de l'alcool et s'agissant des mineurs, là aussi, la loi prévoit que la vente d'alcool à un mineur est interdite. L'article L. 3342-1 du code de la santé publique prévoit en effet qu'aucune boisson contenant de l'alcool ne peut être vendue ou offerte à un mineur de moins de 16 ans. Il est même interdit de recevoir dans un débit de boissons un mineur de moins de 16 ans qui n'est pas accompagné d'une personne majeure.²⁸ Il est en outre prévu à l'article L. 3353-4 du même code que toute personne qui fait boire un mineur jusqu'à l'ivresse encourt non seulement une peine de prison mais aussi une amende et peut possiblement être déchue de son autorité parentale ce qui est une sanction très stricte dans le but de ne pas faire consommer d'alcool à un mineur et éventuellement d'éviter toute addiction dans le futur.

Dans le cas où ces interdictions de vente aux mineurs ne seraient pas respectées, une peine de 7 500 euros d'amende peut être prononcée et la même peine pourra être prononcée

²⁶ Article L. 3512-12 du code de la santé publique

²⁷ Articles L. 3511-2-1 et L. 3512-1-1 du code de la santé publique

²⁸ Article L. 3342-3 du code de la santé publique

en cas d'offre de ce type de boissons à titre gratuit à des mineurs, dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics.

Aussi, des peines complémentaires peuvent être prononcées temporairement comme l'exercice des droits attachés à une licence de débit de boissons pour une durée d'un an ou plus ou encore, l'obligation d'accomplir un stage de responsabilité parentale.

Toutes ces sanctions ont bien pour but d'éviter toute consommation d'alcool aux mineurs par de la répression à l'égard des personnes susceptibles de pouvoir leur en proposer ou en vendre. Il ne s'agit ici pas de sanctionner le consommateur lui-même.

Pour l'alcool de manière générale, en dehors des mineurs, c'est l'ivresse sur la voie publique qui risque d'être sanctionnée. Il s'agit d'une contravention de 2^{ème} classe passible d'une amende de 150 euros.²⁹ L'objectif consiste en la tentative d'une réduction de la consommation d'alcool au moins sur la voie publique. Or, si l'ivresse est interdite sur la voie publique, la consommation d'alcool, quant à elle, n'est pas interdite de manière générale sur le territoire hormis depuis le 4 avril 2021 où l'interdiction de vente d'alcool à emporter est interdite ainsi que la consommation d'alcool sur la voie publique. Cependant, cette interdiction ne s'est pas inscrite dans un but de limitation de la consommation mais visait à limiter les rassemblements pour éviter la propagation de la Covid-19.

Enfin, pour les gérants de débits de boissons, servir à boire à une personne manifestement ivre est une contravention de 4^{ème} classe passible d'une amende de 750 euros.³⁰

En définitive, des interdictions relatives aux substances licites existent pour dissuader la consommation, au moins dans certains endroits et pour certaines personnes mais l'efficacité de ces interdictions peut tout de même être à nuancer.

²⁹ Article L. 3341-1 et L. 3353-1 du code de la santé publique

³⁰ Article L. 3353-2 du code de la santé publique

Concernant les substances illicites et cette stratégie répressive, il est tout d'abord à préciser qu'il n'y a aucune différence entre les divers produits stupéfiants. Il existe en effet une incrimination à l'article L. 3421-1 du code de la santé publique qui prévoit un an d'emprisonnement et 3750 euros d'amende en cas d'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiantes.

Depuis la loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, qui a modifié certains articles du code de la santé publique, les personnes ayant commis ce délit encourent également une peine complémentaire. En plus de cette peine, elles doivent effectuer un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage des produits stupéfiants. Il peut être prévu d'autres peines complémentaires telle qu'une interdiction professionnelle.

Pour rendre ces mesures efficaces, un contrôle de l'application de celle-ci par les forces de l'ordre est mis en place démontrant ainsi que les interdictions concernant ces substances illicites sont, logiquement, plus importantes.

Il est tout de même à préciser que la réduction de la consommation est la priorité et ainsi, il est tout à fait possible qu'il y ait des exceptions restrictives avec un abandon des poursuites pénales en cas d'injonction thérapeutique ou d'obligation de soins³¹ avec une consultation régulière d'un médecin spécialisé en addictologie ou encore exception si un certificat médical atteste de l'amélioration de l'état de santé par le cannabis du patient contrairement aux autres médicaments³² ce qui montre que l'on se dirige vers une admission stricte du cannabis thérapeutique.³³

Concernant ces substances illicites, il est possible de parler d'une politique prohibitionniste à différents niveaux :

³¹ Article L. 3423-1 du code de la santé publique – cf *Infra* chapitre 3

³² Article L. 122-7 du code pénal

³³ Expérimentation en 2021 : décret n°2020-1230 du 7 octobre 2020 relatif à l'expérimentation de l'usage médical du cannabis

- Conseil de l'Europe avec le Groupe Pompidou et une lutte contre l'abus et le trafic illicite de stupéfiants. Il s'agissait d'une logique de coopération inter étatique.
- Union Européenne avec le Plan d'action antidrogue 2017-2020 de l'Union Européenne et une stratégie qui avait “ *pour objectif de fournir un cadre cohérent au niveau de l'Union Européenne pour l'adoption de mesures préventives et répressives permettant la réduction de l'offre et de la demande de drogues* ”.
- Niveau national avec un Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les pratiques addictives 2013-2017 et une intensification de la lutte contre les trafics de stupéfiants. En ce sens, plusieurs volets ont été mis en avant :
 - Lutter contre les voies d'approvisionnement ;
 - Traitement adapté de ces trafics en fonction de leurs échelles, particulièrement présent en milieu urbain.

Désormais, il existe le Plan 2018-2022 qui a pour but d' “*Améliorer l'efficacité de la lutte contre le trafic*” et de “*Renforcer la coopération internationale*”.

Mais, il apparaît nettement que cette politique prohibitionniste est un échec puisqu'un même constat général peut être fait : un manque de moyens financiers dans la lutte contre les trafics.

Concernant les addictions aux comportements, cela se limite à nouveau aux jeux d'argent et de hasard, comme pour la stratégie de réduction de l'offre. En effet, notamment pour les mineurs à nouveau, les jeux d'argent et de hasard sont interdits aux mineurs. De ce fait, un mineur ne peut pas participer à des jeux de type jeux en ligne, paris sportifs, ou encore hippiques et cette interdiction s'applique même si le mineur est émancipé et même s'il est accompagné d'un parent.³⁴ Concernant les opérateurs de jeux et cette interdiction des

³⁴ Article L. 320-7 du code de la sécurité intérieure

mineurs, ceux-ci sont tenus de faire obstacle à leur participation à ces activités de jeux d'argent et de hasard.³⁵

De même, il est à préciser que le décret n°2006-1595 du 13 décembre 2006 modifiant le décret n°59-1489 du 22 décembre 1959 et relatif aux casinos vient interdire l'accès aux salles de jeux non seulement aux mineurs mais également aux personnes dont le ministre de l'intérieur a requis l'exclusion donc une interdiction de jeux qui peut être prononcée à l'égard de personnes dont le comportement serait de nature à troubler l'ordre, la tranquillité ou le déroulement normal des jeux³⁶. Cela signifie que par les interdictions, on souhaite réduire la dépendance aux jeux d'argent et de hasard non seulement pour les mineurs mais aussi pour les personnes majeures pouvant déjà être dépendantes à certains types de jeux et qui pourraient troubler l'ordre de par leur addiction. La question peut en revanche se poser de l'utilité d'une interdiction totale pour les personnes déjà dépendantes et si la personne n'a pas la possibilité, ailleurs, de consommer son addiction.

Si cette prévention nationale existe bien pour les addictions aux substances, elle reste en revanche limitée en ce qui concerne les addictions aux comportements.

C. Une prévention nationale limitée pour les addictions comportementales

La prévention nationale pour les addictions comportementales est relativement limitée. Cette dernière est relativement présente pour les addictions aux jeux d'argent et de hasard, de par la stratégie de réduction de l'offre avec, notamment, la mise en place d'un agrément pour les opérateurs des sites en ligne permettant une réduction de l'offre par la régulation de ces opérateurs mais également de par la stratégie répressive, notamment en ce qui concerne les mineurs. Cette prévention a essentiellement pour but majeur de dissuader la consommation à cette addiction et de diminuer l'offre.

A côté de cela, pour les autres addictions aux comportements, il n'apparaît *a priori* aucune mesure structurelle. Cela peut se comprendre en raison de la difficulté à interdire le comportement d'une personne quand elle n'est pas addictive à un produit. De plus, il est

³⁵ Article L. 320-8 du code de la sécurité intérieure

³⁶ Article L. 320-9-1 du code de la sécurité intérieure

souvent plus difficile de repérer une addiction à un comportement plutôt qu'à une substance et il semble compliqué de restreindre la personne en elle-même par des mesures structurelles. Il serait compliqué d'interdire à la personne de faire du sport dans un cas de bigorexie, de travailler dans un cas d'addiction au travail ou de manger dans un cas d'addiction aux aliments.

De même, une réduction de l'offre semble compliquée puisque réduire l'offre de nourriture ou encore de sport reviendrait à priver toute une population entière et non pas seulement une partie de la population ou les personnes susceptibles de souffrir d'une addiction comme cela peut être le cas pour les addictions aux substances.

Cela pourrait aussi s'expliquer par le pourcentage plus faible de personnes concernées par des addictions comportementales contrairement à celles aux substances. Il semble en effet que davantage de personnes soient concernées par une addiction au tabac plutôt qu'une addiction au sport et, de ce fait, la mise en place de mesures structurelles semble plus cohérente pour l'addiction au tabac.

A côté d'une prévention réalisée à l'échelle nationale, on trouve également une prévention à plus petite échelle telle que dans les établissements de santé ou encore les établissements scolaires.

§2- L'existence d'une prévention à plus petite échelle

A plus petite échelle, plusieurs sortes de prévention peuvent être mises en place. Il existe des campagnes publicitaires, des programmes de prévention en milieu scolaire à destination des enfants, des étudiants ou encore des parents, des recommandations etc. Cette prévention passe essentiellement par une stratégie informative, éducative et interactive (A) mais cette prévention semble inachevée (B) pour certaines addictions.

A. Une stratégie informative, éducative et interactive

De manière générale concernant cette stratégie, il existe des campagnes publicitaires qui sont, selon certains professionnels de santé interrogés, efficaces pour informer le grand public

mais pas pour les principaux intéressés qui sont ceux déjà addictes. Ces campagnes auraient un effet préventif mais non dissuasif une fois que les personnes ont consommé et de ce fait, elles sont plus efficaces en prévention primaire qu'en prévention secondaire.

Ces campagnes publicitaires auraient l'avantage d'être présentes au quotidien et non seulement lorsque l'on se trouve devant un professionnel de santé ou juridique. Pour un addictologue, il y a une poursuite de la consommation malgré les risques dus à la dépendance. Il ressort donc de notre enquête de terrain que les campagnes publicitaires sont insuffisantes. Pour d'autres professionnels, la publicité n'a pas d'impact sur le comportement du fait de son caractère impersonnel et non concret. Seule la campagne à destination des proches des usagers de drogues serait pertinente.

De ce fait, il est à noter, en majorité, un manque d'efficacité malgré que cet outil est susceptible de toucher un large public. Ce manque d'efficacité est expliqué d'abord par le fait que tous n'ont pas accès au numérique. Certaines personnes n'ont pas de télévision et pour cette raison, ils n'auront pas accès à la prévention par le biais des campagnes publicitaires diffusées à la télévision. De plus, ce n'est pas parce que les personnes ont une télévision qu'ils vont la regarder ou être intéressés par les publicités (les jeunes regardent moins la télé).

Au-delà de ces aspects, il ressort aussi comme cause d'inefficacité que les campagnes publicitaires ne sont pas assez personnelles et par conséquent, que les personnes ne se sentent pas assez concernées par celles-ci.

Également, au regard du questionnaire, les professionnels de santé, en majorité, estiment que la prévention doit être apportée dès le plus jeune âge. L'école est le lieu approprié d'autant plus que l'addiction peut naître à cause de l'effet d'un groupe. La prévention se fait en amont de la consommation et il est donc important de sensibiliser le plus tôt possible.

Les programmes de prévention dans le milieu scolaire sont intéressants s'ils sont répétés et si on essaye de les instaurer le plus tôt possible, puisque les addictions naissent rapidement, soit au début de la consommation afin d'avoir un cheminement avec le temps.

→ Par exemple, le programme Unplugged est un programme scolaire de prévention des addictions promu en France pour les adolescents de 12 à 14 ans. C'est un programme qui se présente sous la forme de leçons données et ayant pour objectif de réduire les initiations à la drogue et à la consommation régulière de stupéfiants et concerne également le tabac et l'alcool.

Toutefois, le phénomène de déscolarisation peut venir limiter la portée de la prévention puisque si certains enfants ne vont pas à l'école, ils n'auront pas accès à cette prévention par ce biais là. De plus, se pose la question de savoir si les enfants/étudiants sont réellement réceptifs ? En effet, ils ne se sentent pas forcément concernés.

Aussi, pour certains sondés, les programmes sont infantilisans et n'évoquent que les complications. Or, les enfants ne se sentent pas forcément concernés et ne sont pas dans une consommation excessive.

Plus particulièrement, **s'agissant des substances licites**, l'article L. 3511-9 du code de la santé publique³⁷ prévoit qu'une information préventive doit être dispensée dans les établissements d'enseignement primaires et secondaires concernant le tabac. Il s'agit donc d'une stratégie informative qui se réalise à plus petite échelle puisqu'il s'agit d'une information qui dépendra de l'établissement.

S'agissant des substances illicites, des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants ont été mis en place³⁸ en tant que peine complémentaire ou alternative aux poursuites. Ces stages apparaissent comme une stratégie dissuasive ainsi qu'une stratégie de rééducation. Néanmoins, ces stages ont un impact limité ce qui crée un manque d'efficacité de ces derniers.

³⁷ "Une information de nature sanitaire, prophylactique et psychologique est dispensée dans les établissements scolaires et à l'armée.

Dans le cadre de l'éducation à la santé, une sensibilisation au risque tabagique est organisée, sous forme obligatoire, dans les classes de l'enseignement primaire et secondaire."

³⁸ Article L. 131-35-1 du code pénal

Au-delà des stratégies d'information qui ne sont pas suffisantes, ont été mises en place des stratégies expérientielles et interactives à l'échelle locale essentiellement pour les substances illicites.

- Tout d'abord, il existe le programme ICCAR (Intervention au collège sur les conduites à risques). Il s'agit d'un programme qui a été développé par l'Association pour la recherche et la promotion des approches expérientielles (ARPAE) en 2008 et mis en œuvre dans deux départements. Ce programme s'adressait aux collégiens. Il était prévu des interventions en classe avec la mise en place de divers ateliers sur différentes thématiques autour des drogues (corps humain, influence etc.). Il s'agissait de séances de deux heures avec des animateurs bénévoles formés : acteurs directs ou indirects du milieu scolaire. C'est une intervention au plus près du public et des jeunes en l'occurrence. Plus la prévention est réalisée dès le plus jeune âge, plus elle a de chance d'être efficace.

- De plus, il existe le programme Primavera qui s'adresse à des enfants de 8 à 12 ans et le programme Verano qui s'adresse, quant à lui, aux lycéens et étudiants. Ce sont deux programmes qui ont été développés par l'association Oppelia qui est une association de prévention et de soins en addictologie. Ces programmes consistent en plusieurs ateliers afin de comprendre ce que sont les conduites addictives et surtout comment s'en protéger. Ce sont des programmes basés sur la promotion de la santé, le développement des compétences psychosociales.

S'agissant des addictions aux comportements, il est à noter que certaines addictions sont reconnues comme maladies. Le “ *trouble du jeu vidéo* ” vient d'intégrer le chapitre sur les troubles de l'addiction de la 11e version de la Classification internationale des maladies (CIM 11). De ce fait, l'addiction aux jeux vidéo a été formellement reconnue comme maladie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au même titre que celle aux activités physiques ou aux jeux d'argent (CIM 10).

Une prévention est prévue essentiellement à destination des mineurs, moins pour les adultes qui sont moins touchés par les addictions aux jeux vidéos et à Internet que les mineurs. Cette prévention consiste surtout à évoquer ces problématiques lors des interventions qui sont réalisées par des généralistes et d'informer les destinataires de ces actions (qu'ils

soient parents, jeunes usagers, mais aussi adultes encadrants tels que les animateurs socioculturels, les infirmières scolaires etc.), de l'existence de consultations susceptibles d'accueillir les personnes en difficulté avec ces problématiques.

Pour les addictions aux écrans, et plus particulièrement aux jeux vidéo, il existe trois grands types d'actions de prévention qui sont majoritairement mis en œuvre :

- La **prévention réalisée en milieu scolaire**, soit des actions qui sont menées auprès des jeunes. S'agissant des addictions à un comportement, les intervenants vont venir mettre en place des actions de prévention en informant les jeunes destinataires sur les addictions sans substance et notamment les risques d'Internet, des réseaux sociaux et des jeux vidéo.
- Une **prévention réalisée auprès des parents**. A noter ici que sur demande des collectivités territoriales, un travail de prévention plus particulier peut être mené sur le thème des cyberdépendances à destination des parents. C'est ce que l'on peut appeler de la prévention indirecte puisqu'on fait de la prévention à destination des parents mais pour que cela puisse avoir un impact sur les mineurs. Généralement, cela prend la forme d'actions dans lesquelles le but est d'informer quant à l'évaluation des pratiques à risques. Plusieurs lieux permettent de recevoir les parents tels que les centres d'aide à la parentalité, les médiathèques, les maisons des ados, les CCAS (centre communal d'action sociale) etc. Dans ces lieux, les parents apprennent à connaître le jeu vidéo et/ou l'outil internet qu'utilisent leurs enfants régulièrement afin de recréer un lien au sein de la famille.
- Une **prévention auprès des adultes encadrants** avec des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) interviennent auprès des adultes encadrants et des référents scolaires pour essayer de repérer les usages excessifs aux jeux vidéo.

Par ailleurs, il existe une prévention concernant à nouveau essentiellement les mineurs et qui est à destination des parents. Des recommandations écrites ont été créées à destination des parents pour les aider. C'est ce que l'on appelle la règle 3-6-9-12 (ans) qui a été proposée en 2008 par le Docteur Serge Tisseron. Elle est relayée depuis par l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA). De plus, l'Académie des sciences a publié en 2013 un rapport

intitulé " *L'enfant et les écrans* " faisant le point sur les connaissances actuelles dans le domaine et donnant des indications aux parents qui souhaitent s'assurer d'un usage raisonnable des écrans par leurs enfants.

Au nom du principe de précaution, il est conseillé qu'un enfant de moins de trois ans n'ait pas accès aux écrans ce qui signifie pas de télévision, pas de jeux sur tablette ou smartphone. Selon le rapport de l'Académie des sciences, il apparaît que l'exposition passive et isolée à la télévision ou aux DVD n'aide pas les bébés à apprendre à parler. Pour un enfant de moins de trois ans, une exposition aux écrans est déconseillée surtout si cela se fait de manière excessive et sans présence humaine interactive et éducative.

Entre 3 et 6 ans, les outils numériques peuvent commencer à être utilisés si ces derniers sont adaptés et contribuent à leur apprentissage. En effet, certains outils peuvent avoir un intérêt pédagogique pour que l'enfant commence à lire ou compter. Néanmoins, c'est à cet âge là que peut se développer une certaine addiction aux écrans. Il est donc conseillé de limiter l'usage des écrans au sens large du terme. Ce qui signifie : pas de télévision, ordinateur, tablette personnelle ou smartphone pendant de longues périodes et surtout, certaines heures sont à bannir.

Entre 6 et 12 ans, il paraît important que les enfants utilisent les outils numériques de façon pédagogique. Que ce soit à l'école ou à la maison, les outils numériques peuvent apparaître essentiel à partir du moment où l'usage n'est pas excessif. Les jeux vidéo peuvent améliorer la capacité de concentration et d'attention mais malheureusement, le passage à l'addiction peut vite arriver. Une pratique excessive des écrans a beaucoup d'effets négatifs sur les enfants de cet âge là surtout au niveau du développement du cerveau et de l'apprentissage des compétences fondamentales. Par exemple, les enfants surexposés aux écrans ont plus de risques de souffrir d'un retard de langage que les autres. Cependant, si cela peut avoir des effets positifs sur la capacité d'attention et de concentration à partir du moment où l'utilisation des outils numériques est régulée, les effets négatifs sur ces aspects peuvent également apparaître. Au-delà de ces aspects, l'impact sur la santé est également important. De fait, une pratique excessive peut entraîner du déséquilibre alimentaire, un trouble du sommeil, de la fatigue, une pratique d'activités physiques amoindries et parfois des difficultés relationnelles. L'établissement de règles par les parents est primordial afin d'encadrer et de réguler l'utilisation des outils numériques.

Après 12 ans, l'enfant devient adolescent, il est plus grand mais cela n'empêche pas un contrôle toujours des parents pour l'utilisation des écrans³⁹. A cet âge, les effets négatifs des addictions peuvent être très importants. Il est ainsi très important de réguler encore une fois l'utilisation des écrans et d'établir des règles pour que l'adolescent ne développe pas de troubles addictifs. Le rôle des parents ici est de mettre en place des horaires de jeux à respecter, notamment par exemple en déconnectant le domicile du réseau ou paramétrant la box.

Pour finir, de manière générale, il existe des messages de prévention à destination des parents, lorsque les personnes concernées sont mineures, ou à destination des personnes addictives elles-mêmes pour qu'ils adoptent le comportement adéquat telles que des images ou vidéos qui cherchent à dénoncer cette addiction pour que les parents prennent les mesures nécessaires par exemple. Il existe aussi des messages de prévention sur les sites de jeux en ligne pour rappeler de ne pas tomber dans la dépendance, des messages de prévention concernant l'alcool ou encore la nourriture.

B. Une prévention inachevée

Comme vu précédemment une prévention pour les addictions est mise en place en France mais celle-ci est à développer pour certaines addictions (1) mais surtout elle est à créer pour d'autres (2).

1. Une efficacité des préventions à améliorer/développer

Cette prévention concerne surtout les substances licites, illicites ou encore les addictions aux écrans ou aux jeux de hasard pour les addictions comportementales.

Il ressort de certains de nos entretiens que la prévention en santé publique du fait de l'augmentation du prix du tabac fonctionne en prévention mais uniquement pour une personne qui n'est pas addictive. Pour les personnes déjà addictives cela ne fonctionne pas et elles

³⁹ Deux études, américaine et espagnole, ont montré qu'entre 8 et 18 ans, environ 8,5 % des joueurs de jeux vidéo peuvent être considérés comme dépendants

continuent à consommer. L'augmentation du prix du tabac ne permet donc pas de faire disparaître l'addiction, les personnes continuent de payer plus cher mais en revanche, cela pousse à ne pas commencer à consommer. Cela signifie que l'addiction domine sur l'argent. La personne préfère dépenser pour son addiction malgré des augmentations constantes.

En outre, les remboursements des traitements pour le tabac ont permis de favoriser les soins et donc la possibilité de se fournir un traitement sans avoir à faire un investissement économique. Il ressort des professionnels que cela a certainement une incidence, en tout cas pour les jeunes puisque cela incite à ne pas commencer. Néanmoins, à nouveau, pour les personnes qui sont déjà addictes, l'impact n'est pas réel puisqu'elles vont trouver d'autres solutions pour se fournir en substances.

Il est à préciser que les substances légales sont une recette pour l'Etat et il semble peu probable que cela soit, un jour, interdit.

L'autre point à évoquer est le dépistage précoce de l'addiction. Le dépistage au niveau du médecin traitant ne semble pas suffisant puisqu'ils ne sont pas suffisamment formés et informés.

Hypothèse :

Un développement de la formation des médecins généralistes à dépister les addictions ne serait-il pas à privilégier?

En effet, le médecin généraliste peut avoir du mal à faire la différence entre une addiction et une maladie mentale et il existe une différence entre une consommation par ennui et par envie. Le médecin peut avoir du mal à faire une telle différence et donc à repérer correctement alors qu'il s'agit de quelque chose d'essentielle. Pour le tabac, on détecte l'addiction dès la première question au "fumez-vous ?" si la réponse est oui, on demande quand a lieu la première cigarette de la journée et c'est là que l'on mesure l'addiction de la personne.

Par ailleurs, pour le médecin traitant, tant que la personne ne s'exprime pas sur sa consommation qui lui semble problématique, le médecin ne va pas pouvoir déceler

l'addiction et la notion de consommation normale ou non n'est pas la même pour tout le monde.

De plus, il est important de poser les questions telles que « *Fumez-vous ? Buvez-vous ?* » mais ces questions ne vont pas assez loin si on ne parle pas de quantité.

Hypothèse :

Ne serait-il pas possible de pousser le questionnement à destination des patients lors des consultations afin d'espérer repérer un comportement addictif ?

Aussi, certains professionnels estiment que les programmes de prévention dans le milieu scolaire ou universitaire sont utiles mais ne sont pas assez développés concernant les addictions aux substances licites.

Hypothèse :

Ne serait-il pas possible de développer les programmes nationaux de prévention des substances licites en milieu scolaire et universitaire pour avoir une harmonisation, une uniformisation et donc une plus grande efficacité ?

Par ailleurs, les publicités amènent nécessairement les personnes à se questionner sur leur consommation. Il faudrait donc aller encore plus loin pour notamment s'identifier à elles.

Hypothèse :

Ne serait-il pas possible de réaliser des campagnes publicitaires plus ciblées afin que les personnes se sentent davantage concernées ?

Concernant les médicaments, un encadrement des prescriptions et des délivrances de médicaments est réalisé par les pharmacies. Pourtant, le problème récurrent de l'automédication est toujours présent et peut amener à développer des troubles addictifs. Pour prévenir la survenue de troubles : référence médicale opposable.

Hypothèse :

Un développement de l'encadrement réalisé quant aux prescriptions et à la délivrance des médicaments ne serait-il pas utile ?

2. Une prévention à créer pour certaines addictions

Pour certains experts, il ressort très clairement la problématique du manque de prévention pour les **addictions comportementales**. Ce sont des addictions sous-évaluées alors qu'elles pourraient notamment être détectées lors de rendez-vous médicaux.

Hypothèse :

Ne serait-il pas envisageable de développer une attention particulière aux addictions comportementales qui jusqu'à alors sont mises à part et ainsi dépister lors d'un rendez-vous médical une potentielle addiction ?

Concernant les addictions comportementales liées à la nourriture, l'éducation alimentaire a un réel impact et il est nécessaire d'éduquer à ce propos dès le plus jeune âge. Les addictions comportementales ont autant d'impact que l'addiction à des substances et cela peut être difficile à repérer. Par exemple, les personnes addictes au sport ne voient pas le problème puisque le sport est bon pour la santé. Or, cela peut néanmoins avoir un impact négatif sur leur santé.

Ces addictions comportementales ne sont pas connues par un grand nombre de personnes alors qu'elles peuvent avoir des répercussions importantes sur les personnes addictes, surtout en termes de santé et de conséquences sociales, et la prévention de ces

addictions comportementales par des mesures d'information ou d'éducation pourrait être envisagée.

Hypothèse :

La mise en place d'une stratégie éducative et informative pour les addictions comportementales ne pourrait-elle pas entraîner une diminution du risque d'addiction ?

Il est important de préciser que toutes les addictions ont un aspect comportemental. Un fumeur a par exemple autant besoin du geste que de la nicotine et surtout il y a le même effet, c'est-à-dire le système de récompense.

Un impact moindre des addictions comportementales en comparaison avec addictions aux substances pourrait être évoqué pour justifier une telle absence de prévention. En effet, il semblerait compréhensible qu'une addiction au travail ou au sexe soit moins dangereuse qu'une addiction à la drogue ou à l'alcool justifiant ainsi l'absence de nécessité d'information ou d'éducation. Or, les conséquences à chaque addiction, que celle-ci soit comportementale ou aux substances, sont bien souvent les mêmes avec notamment des problèmes de santé. Une addiction au travail et à la drogue peut tout à fait mener à de graves problèmes dépressifs.

De plus, dans le cadre de l'enquête de terrain, il est apparu que les addictions aux comportements et les addictions aux substances ont les mêmes impacts et de ce fait, l'impact étant le même, il est très important de créer une prévention pour ces addictions aux comportements qui semblent être mises de côté et oubliées alors qu'elles devraient avoir la même considération. Si des mesures structurelles semblent effectivement difficiles à mettre en œuvre voire impossibles, des mesures éducatives et informatives pourraient, en revanche, tout à fait être mises en place puisque les effets négatifs et les conséquences peuvent être aussi importants que pour les addictions aux substances et ces mesures éducatives et informatives sont plus facilement réalisables puisqu'elles sont à petite échelle. De façon globale, un texte pourrait tout de même, comme c'est le cas pour le tabac, décider de mettre obligatoirement en place des mesures d'information dans les établissements scolaires concernant les addictions comportementales.

Hypothèse :

L'élaboration d'une loi mettant obligatoirement en place des mesures d'information dans les établissements scolaires concernant les addictions comportementales ne devrait-elle pas être envisageable ?

§3- Le cas particulier de la consommation de stupéfiants

Deux grands aspects sont intéressants sur le plan juridique : la possibilité pour les fonctionnaires de communiquer au procureur de la République les faits d'usage de stupéfiants dont ils sont témoins (A) et les enjeux relatifs au développement de la politique réduction des risques et des dommages (RDRD) en matière de consommation de stupéfiants (B).

A. La possibilité pour les fonctionnaires de communiquer au procureur de la République les faits d'usage de stupéfiants dont ils sont témoins

Pour rappel, la consommation de stupéfiant est un délit pénal, au sens de l'article L. 3421-1 du code de la santé publique.

En vertu de l'article 40 alinéa 2 du code de procédure pénale, « *Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs.* »

Un fonctionnaire de police peut par exemple être directement témoin de situations de consommation, dans la rue, dans un festival. Il en va de même, comme précisé ci-dessous, pour une personne élue (conseiller municipaux, conseillers régionaux...) ou encore un pompier.

Cette question est intéressante puisque la dénonciation en question permet indirectement au procureur de la République d'ordonner des injonctions thérapeutiques.

1. Le champ d'application de l'obligation de dénonciation

La notion de fonctionnaire telle qu'abordée en droit pénal doit être entendue de manière large. On ne distingue pas statutaires et contractuels. Traditionnellement, en droit pénal, la notion de fonctionnaire comprend, « *tous ceux qui, investis d'un mandat public, soit par nomination, soit par élection, concourent à la gestion des affaires de l'Etat ou d'une collectivité territoriale* »⁴⁰.

2. L'articulation de l'obligation de dénonciation avec le principe hiérarchique

Faut-il que le fonctionnaire en demande l'autorisation à son supérieur hiérarchique ? Dans une décision de 1996, le Conseil d'Etat⁴¹ a annulé un arrêté du maire par lequel celui-ci avait révoqué un fonctionnaire de police qui avait directement informé le procureur de la République d'informations recueillies dans le cadre de ses fonctions, « *que cette circonstance n'était pas de nature à justifier une sanction disciplinaire.* »

La Cour de cassation retient une solution identique en précisant que la dénonciation n'est pas soumise à autorisation hiérarchique⁴².

3. L'absence de sanction pénale en cas d'abstention

Aucune sanction pénale n'est prévue en cas de non-respect de l'obligation de dénonciation. En outre, plusieurs auteurs s'accordent à dire qu'il ne s'agit que d'un devoir moral ou d'un devoir civique.

Si le fonctionnaire (au sens du droit pénal) se trouve à l'abri de toute sanction pénale, cela n'écarte évidemment pas le fait que sa responsabilité, notamment disciplinaire, puisse être recherchée du fait de cette abstention.

⁴⁰Cass. crim. 24 février 1893, D. 1894-1-393

⁴¹CE, 15 mars 1996, Guigon, n°146326

⁴²Cass. Crim. 19 septembre 2000, n°99-83960

Par ailleurs, la question de la possibilité pour un professionnel de santé, exerçant dans un établissement public de santé et ayant la qualité d'agent public, de dénoncer une personne faisant l'usage de stupéfiant au procureur de la République peut se poser. Cela implique de voir si la consommation de stupéfiant d'une personne relève du secret médical et, dans l'affirmative, les cas dans lesquels le secret médical peut être levé.

Le secret médical couvre « *l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes* » et il « *s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.* »⁴³. La violation du secret médical est en outre une infraction pénale⁴⁴. Ainsi, la consommation de stupéfiant est indéniablement une « *information venues à la connaissance du professionnel de santé* ».

La loi a prévu certains cas dans lesquels le secret médical peut être levé et dans lesquels le médecin allait pouvoir communiquer ces informations au procureur de la République. L'article 226-14 du code pénal⁴⁵ prévoit cinq cas dans lesquels le secret médical ne sera pas

⁴³ Article L.1110-4 du code de la santé publique

⁴⁴ Article 226-13 du code pénal.

⁴⁵ « *L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :*

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

applicable au professionnel. On y retrouve notamment le cas des violences conjugales constatées par le professionnel de santé. Or, la consommation de stupéfiant ne figure pas dans cette liste limitative. Dès lors, tout professionnel de santé, y compris ceux ayant la qualité d'agent public, ne pourra dénoncer la consommation de stupéfiant de leur patient. De plus, il convient de préciser que la même solution doit être retenue pour le cas des lanceurs d'alerte dans la fonction publique, qui ne peuvent également violer le secret médical, en dehors des cas expressément prévus par la loi.

Si, en revanche, le professionnel de santé est en présence d'un des cas exceptionnels permettant la levée du secret médical (en présence de violences conjugales par exemple), il pourra dénoncer ces faits aux autorités compétentes qui pourront quant à elles informer le procureur de la République de la consommation de stupéfiants (s'il n'a pas déjà été informé en première intention).

3° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République ;

4° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. »

B. Le développement de la réduction des risques et des dommages en matière de consommation de stupéfiant

Le risque d'un dispositif répressif est de freiner une prise en charge efficace des personnes addictes (1). Devant ce constat, le développement de la réduction des risques et des dommages, avec notamment les salles de consommation à moindre risque, est opportun mais demeure une activité risquée (2).

1. Un dispositif répressif freinant la prise en charge efficace des personnes addictes

L'article L.3411-7 du code de la santé publique précise que la définition de la politique de réduction des risques et des dommages relève de l'Etat. L'article suivant vient quant à lui en préciser les principes et les modalités de mise en œuvre.

L'article L.3411-8 du même code dispose : « I.- *La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants.*

II.- Sa mise en œuvre comprend et permet les actions visant à :

1° Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ;

2° Orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ;

3° Promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ;

4° Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation ;

5° Participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées.

III.- L'intervenant agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal.

IV.- La politique de réduction des risques et des dommages s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral. »

Le III de l'article précité nous précise donc que la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal ne s'applique qu'à condition que l'intervenant agisse conformément aux missions limitativement énumérées.

Cela a pour conséquence que pour rester dans le cadre de l'article L.3411-8 du code de la santé publique, l'intervenant doit veiller à ne jamais s'écarter de ces missions. En aucun cas, il ne doit par exemple participer directement à l'injection d'un produit stupéfiant auquel cas, il se rendrait coupable de complicité dans l'usage de produits stupéfiants.

Néanmoins, la consommation reste, comme nous l'avons vu, une infraction pénale. Or celle-ci peut paraître contre-productive dans la mesure où l'objectif est d'apporter à la personne addictive une prise en charge efficace. L'enquête de terrain nous a précisé le point de vue des professionnels de santé prenant en charge des personnes addictes. Il en ressort généralement que l'incrimination pénale ne permet pas d'améliorer la situation ni de traiter l'origine du problème. Elle ne fait que braquer sans faire évoluer les comportements car les personnes sont contraintes au sevrage. Pour d'autres, cela peut être une solution adaptée dans la mesure où il est nécessaire de réprimander certains comportements socialement inacceptables à condition que la sanction soit accompagnée d'une mesure éducative et d'une mesure thérapeutique.

[2. Le cas particulier des salles de consommation à moindre risque](#)

C'est sur la base de l'article L.3411-8 du code de la santé publique qu'a été pris un arrêté en date du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé :

Extraits de l'arrêté du 22 mars 2016 :

« 6. Structures concernées

La mise en œuvre des expérimentations de salles de consommation à moindre risque est confiée par arrêté ministériel à des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) au titre de leur mission de réduction des risques et des dommages. »

« 2. Objectifs généraux

Contribuer à réduire, chez les usagers actifs, les risques de surdose, d'infections et d'autres complications liées à la consommation de drogues en fournissant des conditions de consommation et d'injection sécurisées et du matériel stérile.

Contribuer à faire entrer les usagers de drogues actifs dans un processus de réduction des risques et de soins, et un nouveau parcours de vie, afin de lutter contre les addictions.

Contribuer à faire entrer les usagers de drogues actifs dans des processus de sevrage ou de substitution.

Contribuer à améliorer l'accès des usagers aux droits et aux services sociaux.

Réduire les nuisances dans l'espace public. ».

Cette expérimentation entre pleinement dans le cadre de la politique de lutte contre les addictions et bénéficie donc de financements de la part de l'Etat.

Gestion du risque de surdose :

Il n'est pas inenvisageable que ces structures gérant des salles de consommation à moindre risque, dûment autorisées par arrêté du ministre en charge de la santé, soient susceptibles d'engager leur responsabilité pour faute.

Or, en cas de dommage qui surviendrait à l'occasion d'une consommation supervisée, la responsabilité de la personne morale pourrait éventuellement être retenue sur le fondement de la responsabilité civile pour faute⁴⁶.

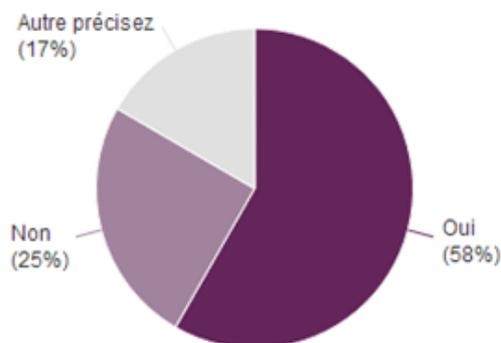
⁴⁶ Article 1240 du Code civil : « *Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer* ».

L'enquête de terrain nous a révélé qu'il existait un risque de surdose lié à la consommation, censé être contrôlé par les professionnels médicaux supervisant la prise de stupéfiants (conformément à l'arrêté du 22 mars 2016). Dans ce cas, les soins non conformes aux règles de l'art et délivrés à une personne faisant une surdose conduisant à son décès, seraient susceptibles de constituer une faute.

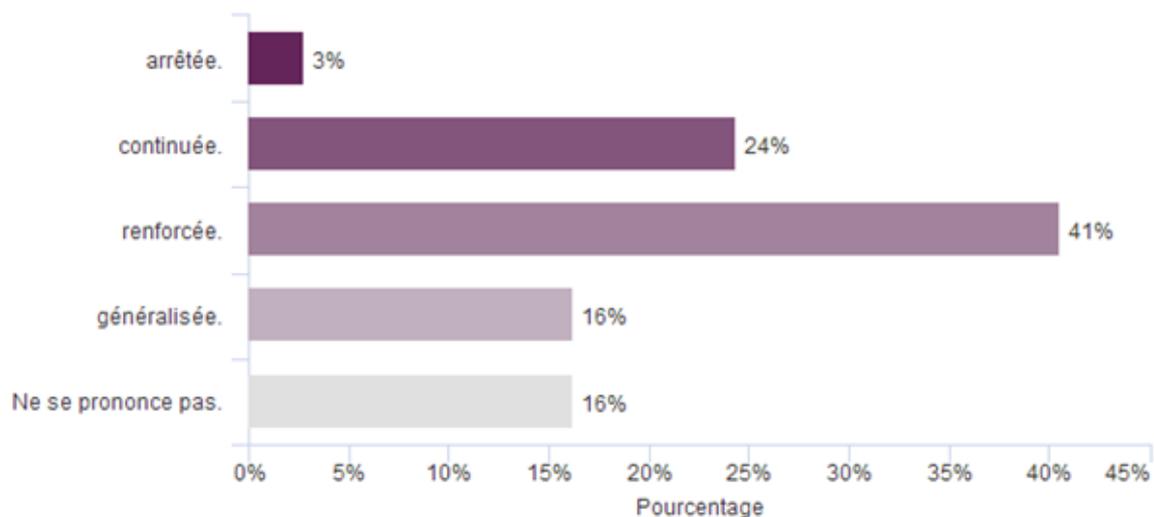
Vers un développement des salles à consommation à moindre risque ?

Il a pu ressortir des questionnaires que nous avons diffusés dans le cadre de notre enquête de terrain que les salles de consommation à moindre risque sont en majorité approuvées par les professionnels de santé.

A la question “Les « **salles de shoot** » **actuellement expérimentées en France permettent-elles d'orienter la personne addictive vers une prise en charge de son addiction ?**” les réponses données étaient les suivantes :



Concernant l'avenir de ces salles, encore à l'état d'expérimentation, les personnes interrogées concluaient que cette expérimentation devrait être :



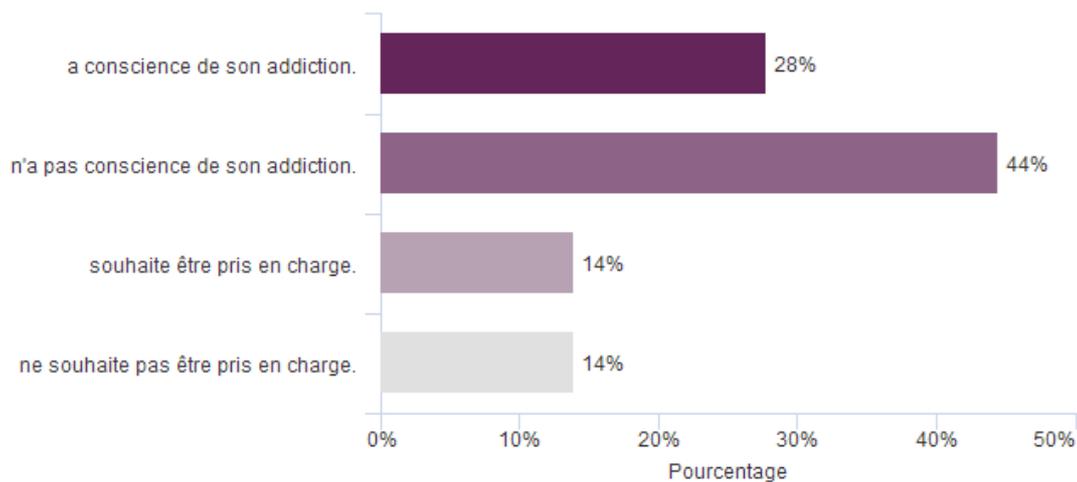
Les professionnels de santé semblent ainsi en faveur du dispositif. Celui-ci permet une meilleure prise en charge des personnes addictes en leur permettant de consommer ces substances dans des conditions de sécurité sanitaire convenables, mais également en les réorientant vers un parcours de soins adapté.

Chapitre 2 : Prise en charge et consentement

Propos introductifs

On préférera parler de prise en charge plutôt que d'hospitalisation. Il faut bien comprendre qu'un patient addicté n'est pas forcément hospitalisé. Préalablement à la prise en charge thérapeutique, l'information doit être délivrée à la personne addictée. Or, on observe qu'en pratique l'information n'est pas nécessairement adaptée à la situation de la personne et n'est pas non plus adaptée à son type d'addiction. C'est pourtant l'information qui est déterminante dans le processus de prise en charge. En effet, au regard des différents entretiens que nous avons pu mener, nous avons constaté que les médecins traitants sont mal formés sur les addictions et de ce fait, ne peuvent pas en informer correctement les patients voire tout simplement déceler l'addiction.

À la question **“de façon générale, la personne addictée...”**, nous avons obtenu 11 réponses **“n'a pas conscience de son addiction”** sur 28 répondants. Tandis que 8 personnes ont répondu **“a conscience de son addiction”**. Sur un panel restreint de répondants, on observe que la conscience de l'addiction fait débat. Avoir conscience de son addiction est le premier pas vers une prise en charge consentie. En effet, la prise en charge ne peut être efficace qu'avec le consentement de la personne addictée en capacité de sa pleine autonomie. L'autonomie représente le **“pouvoir de se déterminer soi-même, faculté de se donner sa propre loi”** donc elle trouvera illustration au travers du consentement, d'une manifestation de la volonté. La question du consentement sera plus longuement abordée par le prisme de la prise en charge sans consentement et de l'hospitalisation contrainte.



A cet égard, on a pu noter un clivage historique des structures psychiatriques et addictologiques et des structures sanitaires et médico-sociales. Toutefois, l'offre de soins a évolué en la matière et on a vu se développer des groupements de structures pour offrir un accès aux soins plus simple à partir d'un seul lieu. On peut notamment citer les services d'addictologie qui regroupent plusieurs spécialités médicales afin d'avoir une prise en charge globale de la personne à différents niveaux.

La prise en charge de l'addiction est complexe car elle revêt de multiples facettes. Sur l'hospitalisation, l'urgence de l'hospitalisation n'est pas liée au soin addictologique en soi qui nécessite motivation et mise en condition mais liée à son retentissement immédiat somatique ou psychiatrique. On sait que les critères d'hospitalisation addictologiques se fondent sur 4 éléments : "le rapport aux produits, les caractéristiques des usagers, l'environnement des patients et la nature des produits"⁴⁷. Vient ensuite l'analyse motivationnelle de la personne addictive permettant une alliance thérapeutique de qualité et sur le long terme. Au-delà de l'hospitalisation, la personne peut être prise en charge tout simplement via des consultations périodiques en service spécialisé ou dans des cabinets de ville avec des professionnels adaptés.

Ainsi, à côté de l'information préalable, le consentement, véritable droit du patient, joue un rôle essentiel dans l'efficacité de la prise en charge de la personne addictive. Nous allons

⁴⁷ Chapitre 8 - Critères d'hospitalisation pour un patient souffrant d'addiction(s) - O.COTTENCIN, D. GUARDIA et B. ROLLAND

étudier successivement le consentement du patient dans sa prise en charge (§1) et ses conséquences (§2).

§1- Le consentement du patient dans sa prise en charge

A. Le principe du consentement

La majorité des patients pris en charge pour traiter leur addiction sont consentants. Les professionnels de santé interrogés à ce sujet expliquent d'ailleurs que le consentement est primordial dans une prise en charge de l'addiction. En effet, lorsque les patients viennent d'eux même demander de l'aide quant à leur perte de contrôle, de leur consommation d'une substance ou d'un comportement, cela aide à la thérapeutique qui en découle.

Le droit de consentir aux soins est régi par l'article L1111-4 du code de la santé publique qui dispose que « *Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.* » Il est important de préciser que cet article se décline bien évidemment aux personnes mineurs, aux adultes protégés ainsi qu'aux personnes qui ne sont pas en mesure d'exprimer leur volonté.

Par ailleurs, le consentement est qualifié par le code de déontologie médicale comme devant être libre et éclairé. Se pose alors la question : l'addiction, à une substance ou à un comportement, représente-t-elle un obstacle à un consentement libre et éclairé ?

L'addiction est, comme nous l'avons déjà expliqué, une maladie. Cette maladie peut être corrélée avec des troubles mentaux comme la bipolarité ou encore la schizophrénie. En ce sens, il peut être difficile pour ces patients de consentir de manière éclairée. Puis l'addiction corrélée au trouble mental peut entraîner une difficulté dans la prise en charge. L'addiction peut en effet être un obstacle au diagnostic du trouble mental et inversement. Cela peut entraîner des retards dans la prise en charge, donc évidemment un retard dans l'accès au soin, ce qui peut engendrer plus globalement une mise en danger de la vie de la personne addictive.

De plus, ce retard de prise en charge peut également créer une mise en danger de la vie d'autrui et de l'ordre public.

Pour outrepasser ce danger, des personnes souffrant d'addiction peuvent être hospitalisées sans consentement, sur demande d'un tiers, ou sur demande du représentant de l'Etat. Cette possibilité demeure très rare. Le plus souvent les personnes addictes sont hospitalisées sans consentement pour péril imminent. L'absence de consentement sera étudiée plus tard. Cependant effectivement, il peut être difficile pour une personne addictive étant dans une phase addictive d'adhérer au traitement, son jugement peut être altéré. Néanmoins, une personne addictive est capable de consentir et c'est le cas de la majorité des personnes qui sont pris en charge, puisque, nous le verrons par la suite, il demeure rare d'être pris en charge de manière contrainte pour traiter son addiction.

Les personnes addictes sont généralement capables de consentir. La majorité des patients addictes sont à l'origine de leur prise en charge. Les personnes qui se présentent dans des centres d'addictologie viennent, pour la plupart, de leur plein gré et cet élément est très important pour la prise en charge. Par ailleurs, concernant les centres d'addictologie, il est important de souligner que ces consultations sont remboursées voire gratuites, quelle que soit la thérapeutique et la consultation. En effet, une consultation par exemple avec un psychologue, donc une thérapeutique non médicamenteuse, ou avec un addictologue, donc une thérapeutique médicamenteuse, sera remboursée voire gratuite. Par exemple, les consultations au CSAPA sont gratuites. À la différence, une personne addictive qui se dirige vers un psychologue libéral, par exemple, devra payer sa consultation.

Les difficultés pour obtenir le consentement de la personne addictive sont un réel obstacle dans la prise en charge puisque cela peut entraîner un retard d'accès aux soins, et donc une mise en danger de la vie de la personne addictive. Par ailleurs, ce retard d'accès aux soins peut également entraîner une mise en danger de la vie d'autrui et de l'ordre public.

Néanmoins, les différentes formes de prise en charge sont de mieux en mieux encadrées. Il existe des recommandations de bonnes pratiques quant à la prise en charge des personnes addictes. Ce sont les mêmes pour tout le monde, donc pas forcément adaptées à chaque professionnel de santé prenant en charge des addictions. Les différentes sociétés françaises de tabacologie, d'alcoolémie, d'anorexie mentale, etc. donnent régulièrement des

recommandations, tout comme la Haute autorité de santé. Le sevrage n'est pas obligatoire, il est important d'avancer en fonction de la personne.

Les thérapeutiques existantes permettent une prise en charge adaptée de la personne addictée, néanmoins il en manque, il faut continuer la recherche. Les thérapeutiques sont plus au moins efficaces selon l'addiction que l'on traite. Il est important de souligner qu'il n'est pas possible de devenir addictée aux traitements médicamenteux de l'addiction. Toutefois, on ignore si ce traitement médicamenteux pourra être arrêté un jour. Il existe également des traitements pour la réduction des risques, par exemple les patch anti-tabac et il est possible de devenir addictée à ces traitements, le but n'est pas le même. Ces traitements ne soignent pas une addiction mais la compensent. Il existe de nombreuses thérapeutiques. Une addiction peut aussi bien se traiter avec un addictologue, qu'avec un psychiatre ou un psychologue. La différence est que le psychologue ne peut prescrire un médicament, un traitement. Traiter une addiction est un processus à vie, il y aura forcément des rechutes mais elles font partie du processus, l'important est que la personne addictée réussisse à reprendre le contrôle et que ces rechutes s'espacent dans le temps. L'addiction est une maladie, donc il y a une fragilité envers l'addiction ; le patient peut replonger à tout moment. Il est possible d'arrêter une substance à laquelle on est addictée et la compenser par une autre substance, par exemple arrêter le tabac mais avoir des pulsions alimentaires. L'avantage des centres d'addictologie c'est qu'ils traitent toutes formes d'addictions ; cela évite de faire des distinctions entre les addictions. Par ailleurs, chaque forme d'addiction peut avoir des conséquences terribles. Les addictions comportementales, tout comme les addictions aux substances, sont dangereuses pour la santé et ont des répercussions sociales sur la personne malade.

Le traitement médicamenteux est réellement efficace. C'est plus compliqué quand il n'existe pas de traitement médicamenteux. Le médicament permet d'éviter une rechute puisqu'il est utile dans la prévention de celle-ci. Il n'y a pas de molécules addictives dans les traitements médicamenteux des addictions.

B. L'absence de consentement

Tout d'abord, il est important de rappeler qu'il existe des limites au consentement. En effet, dans certaines conditions le consentement ne peut être donné soit parce que le patient

est dans l'incapacité de consentir, soit parce qu'il y a une situation d'urgence, soit parce qu'il est impossible de recueillir le consentement.

Une personne addictive peut, lorsqu'elle se trouve en situation de danger immédiat, qu'il y a urgence, être hospitalisée sans son consentement. Néanmoins, les différents professionnels de santé précisent que cette prise en charge est, dans la plupart des cas, celle de l'hospitalisation pour péril imminent. Dans ce cas, ce n'est pas l'addiction qui constitue la raison de prise en charge, mais le fait que la personne se mette réellement en danger, par exemple une envie suicidaire. En effet, une addiction peut amener à une situation de danger, suite à une consommation excessive. Non seulement les personnes peuvent décéder d'overdose ou encore être à l'origine d'accident et donc mettre autrui en danger.

Une difficulté qui subsiste est que les structures de prise en charge de l'addiction sont fondées, en grande majorité, sur la libre demande du patient. De ce fait, il est impossible que ces structures accueillent des personnes addictives qui sont dans une phase addictive et donc dans une incapacité de consentir aux soins, même s'ils représentent un danger pour eux ou autrui.

En pratique, les hospitalisations sans consentement sont réalisées dans les centres hospitaliers psychiatriques. Il est important de préciser qu'une consommation excessive et chronique de substances psychoactives est fréquemment à l'origine de troubles psychiatriques induits (dépression, psychose, crise suicidaire, troubles du comportement). Toutefois, cette forme de prise en charge, contrainte, sans que le patient en soit à l'origine, n'est certainement pas indiquée pour prodiguer des soins addictologiques. Les prises en charge contraintes sont abusives et inutiles. Le propre de l'addiction est que le patient fera, inévitablement, des rechutes. La prise en charge d'une personne addictive ne s'arrête pas réellement, ainsi après une prise en charge contrainte, si la personne ne souhaite pas continuer sa thérapeutique, on ne peut pas lui imposer indéfiniment. C'est en sens que la prise en charge, sans consentement de la personne addictive, n'est malheureusement pas utile si elle ne prend pas conscience de sa maladie et la nécessité d'être prise en charge. Lorsque la personne devient autonome, qu'elle arrive à comprendre pourquoi elle a rechuté et qu'elle arrive à rebondir, alors la prise en charge peut s'espacer. Il faut que la personne ait conscience de la maladie. Un maintien du suivi est étalé dans le temps.

Le problème c'est qu'une fois qu'il y a une rechute, il est important que la personne retourne vers le professionnel de santé qui la suit. C'est en ce sens que la thérapie est efficace. La rechute est inévitable mais le suivi thérapeutique est essentiel. Si le patient ne revient pas, le professionnel de santé ne peut rien faire pour qu'il suive sa prise en charge. La contrainte ne soignera pas l'addiction.

A ce propos, les professionnels de santé pratiquant dans les centres d'addictologie font le triste constat que les personnes addictes venant les consulter suite à une injonction de soin par un juge, ne prennent rarement conscience de l'importance de cette consultation, qui nécessiterait par la suite une réelle prise en charge. Ce manque de coopération suite à une prise en charge contrainte est un réel obstacle. Or, pour une prise en charge efficace, le patient doit jouer un rôle actif. En effet, le patient doit être acteur de sa prise en charge, cela fait partie de l'alliance thérapeutique. Le patient doit accepter de suivre sa ou ses thérapeutique(s) et surtout accepter de changer ses habitudes.

Néanmoins, ces prises en charge sans consentement existent. Il est donc important de rappeler deux règles fondamentales pour prendre une décision d'hospitalisation sans consentement, c'est à dire :

- Les décisions d'hospitalisation en psychiatrie ou en addictologie de patients intoxiqués sont inenvisageables, parce qu'aucun patient ne peut être correctement évalué alors qu'il est encore sous l'influence de toxiques (i.e. alcoolémie supérieure à 1 gramme/litre).
- Aucun projet rigoureux de sortie des urgences ne peut être élaboré la nuit en raison de l'indisponibilité des réseaux sanitaires, médico-sociaux et des familles (ou de l'entourage). Le premier objectif d'une hospitalisation sans consentement est la protection vis-à-vis d'un danger immédiat pour la personne. Le deuxième objectif est la cure en elle-même, c'est à dire une mise à distance de la substance, puis un travail sur la motivation, la création d'une alliance thérapeutique, le traitement des comorbidités et la préparation du suivi.

Les avis⁴⁸ sont divergents concernant la nécessité d'une hospitalisation contrainte de la personne addictive. En effet, la nature même de l'addiction, c'est-à-dire une maladie mentale pouvant altérer le jugement individuel, explique que le patient ne soit pas en mesure de consentir librement aux soins, selon les phases de la maladie. Cette hospitalisation sans consentement demeure une forme de prise en charge, alors permet une stabilisation de leur état et la proposition de la mise en place de soins. Cela est une opportunité de prendre en charge cette personne addictive. Par ailleurs, cela n'efface pas la possibilité que la personne prise en charge adhère ultérieurement à la nécessité de mettre en place une thérapeutique.

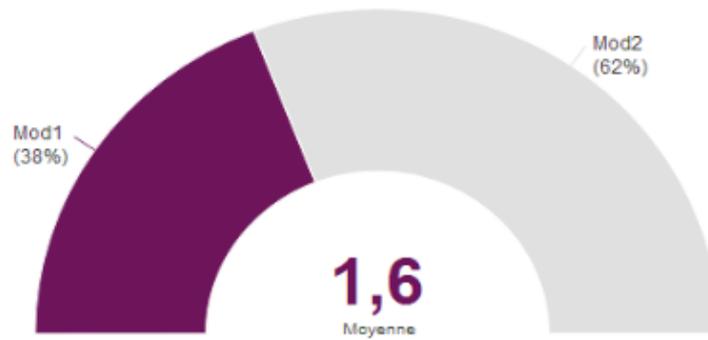
A contrario, certaines personnes pensent que la contrainte n'est d'aucune utilité car la nécessité d'une motivation préalable aux soins est primordiale, sinon la prise en charge est vouée à l'échec. Cette prise en charge contrainte semble contre-productive pour de nombreux professionnels de santé. Par ailleurs, cette contrainte peut également créer une impossibilité d'établir une alliance thérapeutique par la suite.

Des professionnels de santé constatent que l'addiction constitue le motif principal des soins sans consentement dans 10 à 30% des cas. Les études à ce sujet notent une amélioration des troubles tant que dure la contrainte, sans différence significative retrouvée, en termes de bénéfice ou de préjudice après la contrainte⁴⁹.

À la question “**Les hospitalisations sans consentement des personnes addictes sont-elles utiles ?**” 38% des interrogés ont répondu oui et 62% ont répondu non.

⁴⁸ Notes sur article “Les soins sans consentement peuvent-ils s'appliquer en cas d'addiction dans le contexte français ? Une analyse critique des données” S. Digé, L-A. Jakubiec, M. Auriacombe

⁴⁹ *Ibid*



§2- Conséquences du consentement du patient dans sa prise en charge

Comme dit précédemment, l'article L.1111-4 du code de la santé publique énonce le principe du consentement médical. Cet article fait référence à une participation de l'utilisateur : *“Toute personne prend avec le professionnel de santé...”*. Il s'agit de recentrer le patient dans sa prise en charge et d'aller à l'inverse du paternalisme médical, qui faisait office de norme avant la loi Kouchner du 4 mars 2002. Dès l'abandon de cette conception, on a pu véritablement parler d'autonomie du patient. En plus d'offrir une émancipation au patient dans ses choix, et d'en assurer le respect, le consentement est la condition *sinequanone* pour le médecin de pratiquer tout acte médical sans quoi il commettra une faute et sa responsabilité pourra être engagée (la question de la responsabilité médicale sera abordée au sein du chapitre 3).

Le consentement du patient est aussi indispensable pour une prise en charge de qualité. D'après les entretiens effectués avec des professionnels de santé, on s'est rendu compte que généralement, la personne addictive consent aux soins car il y a une volonté derrière de guérir ou de réduire significativement sa consommation. Comme vu précédemment, on retrouve rarement les cas d'absence de consentement : hospitalisation sous contrainte ou injonction thérapeutique. Ces hypothèses ont des conséquences sur la prise en charge.

Pour ce qui est de l'absence de consentement, on peut déplorer la perte d'autonomie du patient dans son traitement. En effet, l'autonomie est parfois vue comme l'absence de dépendance. Être addictive c'est être dépendant, être consentant c'est exprimer son autonomie

et être autonome c'est exclure la dépendance. Le respect de l'autonomie impose en pratique une négociation centrée sur les souhaits de la personne. Doit se mettre en place une discussion autour des attentes de la personne et de ce qui est réalisable suivant son degré d'engagement dans les soins.

L'autonomie et le consentement sont des notions complexes à prendre en compte dans la prise en charge d'une personne addictive. En effet, en cas de dépendance on ne sait jamais réellement si elle est une conséquence de la maladie ou de l'addiction. Aussi, l'addiction à une substance peut être la conséquence de l'hospitalisation. On suppose qu'il sera difficile d'obtenir le consentement réel d'une personne qui a une addiction et un trouble psychiatrique notamment. La personne consent-elle en capacité de sa pleine autonomie ?

Plusieurs questionnements apparaissent. L'addiction revient à une perte d'autonomie et peut-être que pour la récupérer il faudrait passer par le soin. Sauf que, toute personne est pourvue d'autonomie c'est-à-dire que même si le toxicomane est en quelque sorte "esclavagé" par son addiction, c'est de sa volonté. Alors, demander à être soigné reviendrait à ce que le toxicomane perde son autonomie. L'entremêlement de ces 3 notions (consentement, autonomie et dépendance) rend complexe la prise en charge. On ne sait pas si le patient est réellement consentant, s'il est dans une démarche volontaire et autonome.

Comment soigner quelqu'un qui ne s'identifie pas comme étant malade tout en respectant son autonomie ? C'est bien là tout l'enjeu du consentement en soins d'addictologie. Il faut garder en tête que le consentement est à la base de tout acte médical. Ainsi, sans consentement il n'y a en théorie pas de soins possibles, mis à part les hospitalisations sous contrainte. Mettre en œuvre des thérapeutiques pour quelqu'un qui ne s'identifie pas comme malade, comme addictive serait prendre le risque d'une rechute rapide et potentiellement, d'un danger pour sa santé. Il vaut mieux l'accompagner dans sa démarche, comprendre où il se situe au niveau de son addiction, de sa consommation. Comme nous avons pu le constater auprès des professionnels rencontrés, une personne sous injonction de soins, qui n'est pas dans une démarche volontaire aura tendance à ne pas suivre son traitement, à ne pas être coopératif lors des rendez-vous.

L'autonomie peut aussi se traduire à travers les négociations⁵⁰ et la communication concernant le traitement. Par exemple, des négociations quant au dosage. Il serait préférable de favoriser une gestion autonome du traitement c'est-à-dire donner un traitement à un patient pour une durée déterminée (1 semaine, 1 mois...) sans que celui-ci ne consomme d'autres drogues en parallèle. Cela permettrait de responsabiliser le patient dans la prise de son traitement.

Pour ce qui est des multiples séjours en hospitalisation, on déplore leur inefficacité sur le plan thérapeutique. En effet, si le patient n'a pas conscience de son addiction et donc ne veut pas se faire soigner, le traitement proposé n'aura aucun effet. Tant que le patient n'est pas consentant aux soins qui lui sont proposés, ceux-ci n'auront aucun effet dans le pire des cas ou tout simplement, le risque de rechute sera plus élevé.

Il faut bien comprendre que la prise en charge d'une personne addictive ne s'arrête pas réellement. Lorsque la personne devient autonome, qu'elle arrive à comprendre pourquoi elle a rechuté et qu'elle arrive à rebondir, alors la prise en charge peut s'espacer. Il faut que la personne ait conscience de la maladie. On aura donc un maintien du suivi étalé dans le temps.

⁵⁰ L'autonomie comme prédicat et objectif de soin des toxicomanes : L'identité de malade négociée autour du traitement de substitution dans les CSAPA - Line Pedersen

Suggestions de recommandations

- Revenir sur la définition de l'addiction et la comprendre. Si l'addiction est une maladie alors elle peut se soigner. Donc, accepter le devoir du professionnel qui est de soigner tout en respectant le choix fait par le patient de refuser les soins.
- Tant que la personne addictive n'a pas pris la décision de se soigner, on ne peut pas la forcer au risque que le traitement échoue : entamer une réflexion de recommandations de bonnes pratiques autour de la notion de déni et du consentement.
- Respect du principe selon lequel "*Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, des décisions concernant sa santé*". Ne pas imposer un traitement à la personne addictive qu'elle ne saurait pas respecter : faire une grande place à l'autonomie de la personne dans sa prise en charge.
- Réfléchir à d'autres options que l'hospitalisation sous contrainte, évaluer les risques de la consommation sur la personne elle-même et autrui. Peut être un accueil dans une autre structure que la psychiatrie : l'addiction peut entraîner un trouble psychiatrique mais ce trouble est la conséquence de l'addiction, il n'en est pas (toujours) la source.

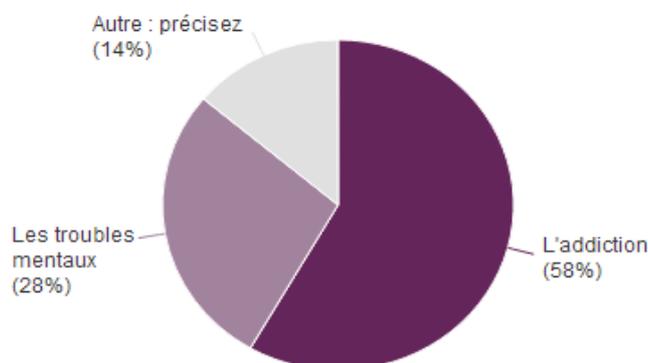
Chapitre 3 : Prise en charge et responsabilités

Propos introductifs

Dans le cadre de l'enquête de terrain, nous avons assisté à une conférence où il en est notamment ressorti que les hospitalisations pour trouble addictif sont très rares. La plupart du temps, les personnes souffrant d'une addiction sont hospitalisées pour d'autres types de troubles tels que le trouble dépressif. Nous trouvons étonnant le fait que l'addiction en tant que motif de prise en charge hospitalière ne soit que rarement retenue. Bien que les conséquences de l'addiction doivent être prises en charge, c'est bien l'addiction le point de départ de ces effets néfastes sur la santé de l'intéressé. La prise en charge de l'addiction en elle-même trouve donc toute son importance.

Dès lors, interroger les professionnels de santé sur la question du motif de prise en charge médicale d'une personne addictive nous paraissait essentiel, d'autant qu'il nous permettait d'affiner la définition de l'addiction. En effet, une proposition était celle des « troubles mentaux ». Or, 28% des professionnels ont opté pour cette réponse, signifiant ainsi qu'ils assimilent l'addiction à un trouble mental. Un tel résultat vient confirmer la catégorisation des addictions parmi les pathologies mentales issue du manuel DSM-5⁵¹.

Quel est le motif de prise en charge médicale d'une personne addictive généralement utilisé ?



⁵¹ Cf intro

Parmi les « autres réponses », nous retrouvons en motif de prise en charge les conséquences de l'addiction telles que :

- L'altération de l'état général ;
- La chute à domicile ;
- L'insuffisance respiratoire ;
- Le cancer etc.

Au total, nous retenons qu'une personne addictive peut être prise en charge par le biais d'une hospitalisation, soit pour son addiction soit pour les conséquences qui en découlent, comme par exemple une prise en charge chirurgicale pour une fracture présentée dans les suites d'une chute à domicile d'une personne addictive en état d'ivresse. Si nous centrons notre étude sur la première hypothèse, il ne faut pas omettre les prises en charge pluridisciplinaires médico-sociales en ville qui sont très nombreuses.

Un professionnel de santé nous a précisé en entretien que les hospitalisations pour prendre en charge les addictions se font essentiellement sous forme ambulatoire et ce n'est que pour les cas les plus sévères que les hospitalisations sont complètes.

Par définition, la personne addictive est malade et rechute nécessairement, quand bien même elle bénéficierait d'une prise en charge. Le risque de rechute n'est jamais levé. D'autre part, un professionnel de santé nous a informé que la rechute est un phénomène « normal » puisqu'il n'est pas voulu par la personne atteinte d'addiction.

Or, les rechutes peuvent provoquer des dommages pour la personne addictive. Il existe d'importants risques de décès. Les professionnels de santé pouvant être directement ciblés en cas de dommage du fait d'une prise en charge par leurs soins, nous nous interrogeons sur les hypothèses dans lesquelles leur responsabilité pourrait être engagée (§1). De plus, la personne atteinte d'une addiction peut causer des dommages à autrui du fait de sa pathologie d'où l'étude de son éventuelle responsabilité pénale (§2).

§1- Les responsabilités du professionnel de santé

A priori, le professionnel de santé pourrait voir sa responsabilité engagée en cas de mauvaise prise en charge de l'addiction (A), de défaut de prise en charge de l'addiction en périodes préopératoire et postopératoire (B) ou de défaut d'anticipation de la fin d'hospitalisation d'une personne addictive (C).

A. La mauvaise prise en charge de l'addiction

L'ensemble des professionnels de santé interrogés lors de nos entretiens s'accordent pour affirmer que la notion de risque est omniprésente en matière d'addiction. Au cours et au décours de sa prise en charge, le patient va nécessairement rechuter. Il s'agit d'une maladie chronique. Finalement, le but pour un professionnel de santé n'est pas de guérir son patient atteint d'une addiction mais de faire baisser la fréquence des rechutes. Il est donc important de considérer que la rechute fasse partie de l'addiction.

Ainsi, il est ressorti de notre enquête qu'il incombe aux professionnels de santé de tout mettre en œuvre pour que les rechutes soient le moins sévères possible. Pour ce faire, la prise en charge d'une addiction est réalisée par le biais de la **réduction des risques et des dommages**.

L'exemple qui nous a été donné est celui de la prise en charge d'une personne souffrant d'une addiction à l'alcool. L'arrêt total de la consommation n'est absolument pas une solution. Nous retenons de l'entretien que dans une telle hypothèse, la conduite à tenir pour le professionnel de santé est de travailler à ce que le patient dispose de flasques d'alcool. En ne lui interdisant pas totalement la consommation d'alcool, le soignant anticipe une rechute sévère du patient. Cette méthode de réduction des consommations permet de stopper la consommation habituelle du patient - en termes de dosage et de fréquence - sans pour autant la stopper totalement. Le juste milieu permet de réduire au maximum les risques et les dommages.

A partir de cet exemple, nous en concluons que l'arrêt total de la consommation d'alcool, prescrit par un professionnel de santé, constituerait de fait une mauvaise prise en charge de la personne addictive. Une telle prise en charge pourrait être à l'origine de dommages

(décès ou accidents). Il serait alors possible de rechercher la responsabilité du professionnel de santé qui a préféré un arrêt brutal de l'addiction à un travail de réduction des risques et des dommages. Cette prise en charge constituerait une méconnaissance de l'obligation de délivrer des soins consciencieux et attentifs engageant ainsi la responsabilité pour faute du médecin sur le fondement des articles L.1142-1 et R.4127-32 du code de la santé publique. Il s'agirait d'un accident médical fautif pour méthodes de soins inappropriés. Par exemple dans un arrêt de la première chambre civile de la Cour de cassation du 27 novembre 2008 (n° 07-15963), la cour retient que : « *en présence d'un doute diagnostique, qu'elle avait ainsi constaté, les articles 32 et 33 du code de déontologie médicale faisaient devoir au praticien de recourir à l'aide de tiers compétents ou de concours appropriés, la cour d'appel a violé, par fausse application, les textes susvisés* ». Une telle jurisprudence serait applicable en matière d'addictions. De même, est punissable une abstention de proposer des soins appropriés comme le cas d'un médecin d'une patiente atteinte d'un cancer qui doit l'inciter à se tourner vers des soins spécialisés mais qui propose de l'acupuncture et de l'homéopathie⁵².

Toutefois, notre enquête nous permet de nuancer nos propos. De fait, le professionnel de santé n'est pas l'unique garant de la qualité de la prise en charge du patient atteint d'une addiction. Ce dernier doit jouer un rôle actif et coopératif lors de sa prise en charge. A titre d'exemple, il doit donner l'ensemble des informations concernant sa santé, accepter la prise de traitement et être prêt à changer ses habitudes. Il est ressorti d'un entretien que de nombreux patients sont dans le déni et ne collaborent pas avec l'équipe soignante, parfois par honte. En définitive, il serait justifié de diminuer la part de responsabilité du professionnel de santé en cas d'accident médical fautif si le patient n'a pas coopéré, par le biais d'une exonération partielle.

Concrètement, ce professionnel devra réparer le préjudice à hauteur de sa part fixée par le juge. La négligence d'un patient pourrait participer à réduire la responsabilité d'un professionnel comme cela a été jugé dans un arrêt de la cour administrative d'appel de Nancy du 13 juin 2013 (n° 12NC01478). En l'espèce, une patiente présentait une blessure à la main droite avec une section des tendons fléchisseurs. Or, seul le tendon profond de l'annulaire a été suturé ce qui a constitué une méconnaissance des règles de l'art imputable au praticien. De plus, la patiente a procédé à une immobilisation inadaptée de ces doigts dans les suites

⁵² CE, 30 mai 2011, n°339496

opératoires. Ainsi, la cour a retenu que « *les conséquences dommageables de la blessure ont également été aggravées par l'attitude de Mme A, qui n'a pas respecté les consignes strictes d'immobilisation des doigts préconisées par le chirurgien* ». Cette jurisprudence classique est tout à fait transposable au cas particulier des addictions.

Recommandations :

Nous recommandons aux professionnels de santé de **retranscrire l'ensemble de la prise en charge de l'addiction dans le dossier médical** pour pouvoir prouver, le cas échéant, la qualité de celle-ci. Si le dossier médical est vierge de toute indication sur la prise en charge de l'addiction, la faute du professionnel de santé mis en cause pourrait être caractérisée. Bien que la preuve de la faute incombe au demandeur, le professionnel de santé pourra se servir du dossier médical pour se défendre en démontrant que la faute alléguée ne peut être caractérisée.

Pour assurer une prise en charge de qualité des addictions, nous recommandons aux établissements de santé de **prévoir des protocoles de réduction des risques pour chaque consommation**. L'idée serait d'aider les professionnels de santé à agir dans les règles de l'art en favorisant une prise en charge fondée sur la réduction des risques et des dommages et non sur l'arrêt brutal de la consommation. Si les protocoles ne sont pas respectés par un professionnel de santé, alors ce dernier pourrait voir sa responsabilité engagée.

Hypothèse:

Les juges pourraient **atténuer la responsabilité du professionnel de santé en cas de négligence du patient dans sa prise en charge** si celui-ci est victime d'un accident médical fautif. Ils pourraient transposer la jurisprudence classique applicable en matière de négligence du patient. Plus précisément, il s'agirait du cas dans lequel un patient souffrant d'une addiction présente un dommage en lien de causalité direct et certain avec une mauvaise prise en charge de l'addiction par un professionnel de santé et son rôle passif dans sa prise en charge (ex : n'a pas donné l'ensemble des informations sur sa santé nécessaires à une bonne prise en charge). Le professionnel de santé verrait sa responsabilité engagée partiellement. Par exemple, il indemniserait la victime à hauteur de 50%, les 50% restants correspondant au rôle passif et négligeant du patient ayant également contribué à la réalisation du dommage.

B. Le défaut de prise en charge de l'addiction en périodes préopératoire et postopératoire

En droit, la responsabilité d'un professionnel de santé est engagée pour faute prouvée sur le fondement de l'article L.1142-1 du code de la santé publique. Cette faute est notamment caractérisée lorsque le professionnel méconnaît son obligation déontologique de délivrer des soins de qualité à son patient, régie par l'article R.4127-32 du code de la santé publique, mais aussi, lorsqu'il méconnaît son obligation d'information imposée par l'article L.1111-2 du même code. De plus, il est de jurisprudence constante de retenir la responsabilité du professionnel de santé qui n'informerait pas des risques exceptionnels d'une intervention chirurgicale⁵³.

Avant de procéder à l'enquête de terrain, nous avons recherché la jurisprudence en matière d'addictions lorsque le patient est hospitalisé pour une prise en charge chirurgicale. Nous avons trouvé un arrêt récent dans lequel la cour d'appel de Nancy⁵⁴ engage la responsabilité pour faute d'un établissement de santé public pour ne pas avoir proposé au patient opéré une prise en charge de l'addiction avant son intervention à visée esthétique. En l'espèce, une patiente souffrant d'une addiction au tabac (20 à 27 paquets par jour correspondant en moyenne à une cigarette toutes les deux minutes) bénéficie d'une abdominoplastie. Dans les suites opératoires, elle a présenté une désunion de la cicatrice ainsi qu'un abcès purulent. Selon le rapport d'expertise judiciaire, « *cette complication de cicatrisation est imputable à l'absence de tout sevrage tabagique de la patiente puisqu'il est désormais connu que l'arrêt du tabac doit être total pour limiter la vasoconstriction liée tant au monoxyde de carbone qu'à la nicotine* ». Alors que le chirurgien avait connaissance de cette pathologie, il a réalisé l'intervention sans proposer une prise en charge disciplinaire de l'addiction en amont. Il convient de préciser que cette intervention n'était pas urgente. Une prise en charge devait donc être proposée.

Cette espèce nous a permis de constater que l'addiction constitue un facteur de risque majeur pour les interventions chirurgicales. Aussi, nous avons pu formuler une hypothèse : le professionnel de santé a l'obligation de proposer une prise en charge de l'addiction avant une

⁵³Civ. 1^{re}, 7 oct. 1998, n°97-10.267 – Civ. 1^{re}, 12 oct. 2016, n°15-16.894

⁵⁴CAA de Nancy, 1^{re} ch., 4 février 2021, n°18NC02393

intervention chirurgicale, sauf si celle-ci est urgente et indispensable, pour diminuer au maximum les risques de complications postopératoires. Sa faute serait caractérisée en l'absence d'anticipation de sa part. Notre difficulté était notamment celle de savoir à partir de quand les professionnels de santé considèrent-ils que la prise en charge de l'addiction est suffisante pour pratiquer une intervention chirurgicale sur la personne concernée.

Lors d'un entretien, nous avons eu la confirmation que les complications postopératoires liées à l'absence d'arrêt d'une addiction peuvent être graves voire mortelles. L'exemple qui nous a été délivré est celui du tabagisme entraînant un retard cicatriciel. Le professionnel de santé interrogé a souligné l'importance de l'anticipation des effets d'une addiction sur les patients opérés. Il convient d'éviter d'une part, les complications postopératoires en lien avec l'addiction et d'une autre part, un sevrage brutal risqué pour le patient. Pour ce faire, il nous a été délivré oralement la conduite à tenir en pratique :

1. Repérer l'addiction ;
2. Proposer une prise en charge de l'addiction en amont d'une prise en charge chirurgicale pour diminuer les risques ;
3. Anticiper et informer le patient des risques de l'intervention chirurgicale en l'absence de prise en charge préopératoire de son addiction.

1. Un exemple pratique de prise en charge conforme aux règles de l'art

L'enquête de terrain nous a permis de travailler sur un rapport d'expertise remis devant une commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux. En l'espèce, une femme bénéficie d'une ostéosynthèse pour une fracture de la jambe droite le 17 avril 2016. Il est à noter qu'elle souffre de plusieurs addictions : au tabac et à l'alcool. Les suites opératoires sont marquées par la survenance d'une infection sur le matériel d'ostéosynthèse nécessitant ainsi un lavage chirurgical. Les experts démontrent que l'évolution postopératoire n'est pas favorable du fait de l'addiction de la patiente au tabac. De fait, il apparaît une exposition du matériel d'ostéosynthèse ainsi qu'une pseudarthrose septique du tibia. Les experts expliquent les risques de ces addictions après une intervention :

• **Influences des facteurs généraux :**

- **Le tabagisme** augmente gravement le risque de retard de consolidation et de pseudarthrose. La nicotine empêche la prolifération cellulaire pendant le processus de consolidation des fractures, en modifiant la maturation des macrophages et des fibroblastes et en agissant directement sur les ostéoblastes. C'est un facteur favorisant indiscutable de PSA, le temps de la consolidation clinique presque doublé chez les fumeurs, donc le patient doit en être averti et invité à cesser de fumer. Il s'agit également d'un agent vasoconstricteur, provoquant une altération de la perfusion tissulaire avec une hypoxie, une ischémie consécutives, un déficit dans la formation d'hématome fracturaire et une altération des propriétés biomécaniques dans l'os néoformé.
Publication * McKee / association significative entre le tabagisme et l'incidence de la pseudarthrose.
- **L'éthylisme** joue un rôle clé dans le retard de consolidation, en particulier lorsqu'il est pris en doses excessives dans la période post-traumatique. L'os néoformé manque de minéralisation et, par conséquent, diminution de la stabilité mécanique au foyer fracturaire en raison de la faible rigidité.

Cette explication délivrée par l'expert nous permet d'affirmer l'enjeu de la prise en charge des addictions dans le processus de cicatrisation et de guérison après une chirurgie. Une telle prise en charge doit s'effectuer en période préopératoire puis en période postopératoire.

Devant la pseudarthrose septique et l'exposition de l'ostéosynthèse, une reprise chirurgicale était nécessaire en l'espèce. Cette reprise a été effectuée selon la technique chirurgicale de Masquelet qui se déroule en deux temps. Le second temps ne peut être pratiqué qu'en cas de cicatrisation. Selon les experts :

En rapport probablement avec l'addiction tabac -alcool il existe une évolution défavorable avec un retard cicatriciel au niveau du lambeau et exposition osseuse ne permettant pas ainsi la réalisation du 2e temps chirurgical de la technique initiale de Masquelet.

Il est décidé le 11/03/2019 la réalisation d'une amputation trans-tibiale droite dont l'évolution nécessitera une reprise précoce pour hématome et nécrose du moignon le 04/04/2019 avec une greffe dermo-épidermique le 30/04/2019.

Cette espèce nous sert d'exemple pour illustrer le contraire de l'apport de l'arrêt de la cour d'appel de Nancy évoqué ci-dessus. Cette fois-ci en effet, une intervention chirurgicale n'a pas été réalisée du fait d'une addiction, alors qu'elle était nécessaire. Aux termes dudit rapport d'expertise, le second temps de la chirurgie de Masquelet aurait dû être effectué six à huit semaines après le premier temps. En l'espèce, la patiente a bénéficié du premier temps de

la chirurgie le 4 août 2017. Elle aurait donc dû bénéficier du second temps tout au plus le 4 octobre 2017. Or, il est constaté lors d'une hospitalisation de jour en date du 13 décembre 2017 un « *important retard de cicatrisation au niveau du lambeau* » mis en place lors de la première étape. L'absence d'arrêt de consommation addictive du tabac chez cette patiente a mené vers une impossible réalisation du second temps de la chirurgie. Au final, la seule alternative était l'amputation qui a été réalisée presque deux ans plus tard.

En définitive, aucun manquement aux règles de l'art n'est relevé par les experts dans la mesure où le second temps de la chirurgie n'a pas été réalisé du fait de l'addiction de la patiente. Cette intervention chirurgicale était en effet trop risquée pour cette dernière. De même, l'ensemble de l'équipe médicale a informé la patiente des risques de la poursuite de l'addiction sur la cicatrisation. Les experts reprennent les informations délivrées par les professionnels de santé responsables de sa prise en charge. Nous avons notamment relevé :

Après le lavage chirurgical de l'infection :

- **Le 03/04/2017 Consultation avec le Dr [REDACTED]** qui note dans son courrier :
*« Evolution dans des conditions satisfaisantes puisque le contrôle radiographique ne retrouve pas de déplacement secondaire, il y a une bonne congruence de la zone de pseudarthrose.
Bilan biologique du 30 mars avec une CRP <5.
Problème plus préoccupant au niveau de la cicatrice on retrouve à la partie tiers moyen tiers distal une zone de non cicatrisation avec un aspect fibrineux juste au contact de la plaque.
J'espère qu'il y aura quand même une cicatrisation sinon la maîtrise de ce problème va devenir difficile.
Pour favoriser la cicatrisation, mise en place des pansements de Biafine. Il aurait été préférable d'arrêter complètement la cigarette ce qui aurait permis certainement une meilleure cicatrisation des tissus périphériques.
À revoir dans quatre semaines avec nouvelle radiographie et nouveau bilan biologique. Prolongation jusque-là du traitement par dalacine. »*

- **Le 07/06/2017 Consultation avec le Pr [REDACTED]**
La Patiente est adressée pour avis par le Dr [REDACTED]
 - Exposition de la plaque d'ostéosynthèse sur 2 cm environ sur le tiers inférieur de jambe. État cutané très fragile et peau péri lésionnelle inflammatoire et très tendue.
 - Difficile de réaliser un lambeau de couverture et si cette option devait être choisie ce serait un lambeau locorégional type lambeau d'Heymans. Cette chirurgie de lambeau pédiculé local entraînerait des retards de cicatrisation et une évolution longue de celle-ci.
 - Il est demandé l'arrêt complet de l'intoxication tabagique
 - Dossier est à revoir en staff pluridisciplinaire avec les collègues orthopédistes et infectiologues afin de juger de la stratégie globale pour cette prise en charge.

Après le premier temps de la chirurgie de Masquelet :

- HDJ en date du 28/09/2017 au [REDACTED]

Synthèse :

- Hémogramme, ionogramme et bilans hépatiques normaux ; CRP à 2,1 ; clou centro-médullaire et ciment en place
- Pseudarthrose septique du tibia droit traitée il y a deux mois par un premier temps de Masquelet associé à un lambeau de couverture ; pas de problème infectieux intercurrent sous ATB arrêtés ce jour
- Cicatrisation nécessaire avant de réaliser le deuxième temps de Masquelet, ce qui est expliqué à la patiente en compagnie du Dr [REDACTED] ; la nécrose du lambeau sera parée prochainement au bloc opératoire ;
- Nous répétons à la patiente la nécessité d'arrêter sa consommation tabagique
- A revoir en HDJ dans trois mois conjointement avec l'orthopédiste et une consultation d'anesthésie avant de réaliser la nouvelle chirurgie orthopédique

- HDJ en date du 13/12/2017 au [REDACTED]

Synthèse :

- NFS sans anomalie en dehors d'une macrocytose, ionogramme normal, CRP à 2,5 ; matériel d'ostéosynthèse en place, stabilité par rapport aux examens précédents
- Important retard de cicatrisation au niveau du lambeau ; arrêter l'utilisation de tulle gras et remplacer par de l'Aquacel
- Lorsqu'il n'y aura plus de fibrine sur le lambeau, possible d'envisager une chirurgie de recouvrement par greffe cutanée
- Pour le moment impossible d'envisager la suite de la prise en charge c'est-à-dire de réaliser le deuxième temps de la chirurgie de Masquelet
- Avons insisté auprès de la patiente à nouveau de l'importance de l'arrêt de l'intoxication tabagique, a également rencontré l'équipe de liaison en addictologie
- A revoir en HDJ au mois de février avec écho Doppler artériel des membres inférieurs pour juger de l'évolution de la cicatrisation

Au total, il ressort que l'équipe de soins a tout mis en œuvre pour tenter de prendre en charge les problèmes addictifs de la patiente en l'informant des risques des addictions sur la cicatrisation, en proposant une prise en charge notamment en la dirigeant vers une équipe spécialisée en addictologie, puis en ne réalisant pas une opération chirurgicale du fait d'un rapport bénéfices/risques défavorable à cause de l'addiction. La responsabilité pour faute de l'établissement ou d'un professionnel de santé, s'agissant de l'addiction, ne peut être retenu.

Notre recherche pratique nous confirme notre recherche théorique selon laquelle les complications postopératoires liées aux addictions sont majeures et si elles sont négligées par les professionnels de santé, alors leur responsabilité pour faute sera engagée pour défaut de délivrance de soins de qualité au patient et/ou défaut d'information.

2. Les recommandations de bonne pratique

La proposition de prise en charge d'une addiction se fait en pratique, comme nous l'a indiqué un professionnel lors d'un entretien, selon des recommandations de bonne pratique. Si celles-ci ne sont pas respectées, alors les experts relèveront un manquement aux règles de l'art. *A contrario*, la prise en charge de l'addiction sera considérée comme suffisante. Le professionnel nous a indiqué qu'en pratique, ils se réfèrent à des recommandations de bonne pratique tirées de la Haute autorité de santé (HAS).

Par conséquent, nous avons procédé en aval à un travail de recherche de recommandations professionnelles. Les recommandations qui ont été trouvées au cours de nos recherches après l'entretien concernent uniquement l'addiction au tabac. En d'autres termes, ces recommandations portent sur la prise en charge peropératoire d'une personne qui est addicte au tabac. La HAS indique que les complications opératoires vont varier selon le délai de sevrage du tabac avant l'opération. Lorsque le délai de sevrage est compris entre six à huit semaines, alors il a été constaté que les complications opératoires dues au tabac ne sont plus présentes. Lorsque le délai est compris entre trois à quatre semaines, alors le bénéfice se voit sur l'ensemble des paramètres opératoires. Enfin, si l'arrêt du tabac n'est seulement que depuis 12 à 48 heures, cela entraîne comme bénéfice une meilleure oxygénation.

Il est d'autre part conseillé par la HAS de maintenir le sevrage le temps de la cicatrisation et si c'est le cas durant une consolidation osseuse.

<i>Dépistage</i>	
A	Le dépistage du tabagisme doit être systématique avant toute intervention chirurgicale .
AE	La consultation péri-opératoire peut être l'occasion d'une information spécifique sur les risques supplémentaires liés au tabac.

<i>Prise en charge des fumeurs en péri-opératoire</i>	
A	Il est recommandé de conseiller d'arrêter de fumer à tout patient fumeur devant subir une intervention chirurgicale, et de lui proposer une aide à l'arrêt du tabac par son médecin généraliste ou un autre professionnel formé au sevrage tabagique.
B	Il est recommandé de proposer un arrêt du tabac, ou une diminution de la consommation de tabac avec des substituts nicotiniques, au moins 6 semaines avant une intervention chirurgicale.
AE	Le courrier d'information remis au patient à destination de son médecin généraliste doit mentionner le statut tabagique. Il est recommandé d'impliquer les médecins généralistes par l'envoi d'un courrier (rappel des conséquences du tabagisme péri-opératoire) lors de la prise de rendez-vous pour une opération.

Le professionnel de santé peut s'appuyer notamment sur le tableau mis à sa disposition par la HAS. Avant une intervention chirurgicale, il est conseillé de mettre en place un dépistage systématique du tabagisme mais aussi de proposer une consultation préopératoire pour délivrer une information sur les risques supplémentaires liés au tabac.

Pour la prise en charge en elle-même, il est recommandé aux professionnels de santé de conseiller à leurs patients d'arrêter le tabac avant une intervention et de proposer une prise en charge de l'addiction lorsque le patient ne parvient pas à se sevrer tout seul.

Ces recommandations vont proposer des alternatives si le patient ne souhaite pas arrêter le tabac afin de donner une solution aux professionnels de santé. Ainsi, si le patient refuse l'arrêt, le médecin peut suggérer une diminution de la consommation du tabac par des substituts nicotiques pour une durée de minimum de six semaines avant l'intervention. Par ailleurs, ce constat a été confirmé lors de l'enquête de terrain grâce aux entretiens menés auprès des professionnels spécialisés dans l'addictologie. En effet, le sevrage n'est pas le cas le plus fréquent. Souvent, les patients consultent juste pour diminuer leur consommation afin de reprendre le contrôle sur la substance.

3. Le devoir d'information

Enfin, pour permettre un suivi consciencieux, la HAS recommande au médecin d'envoyer un courrier d'information au médecin traitant du patient pour préciser son addiction au tabac et de l'informer d'une opération à venir pour permettre un suivi complet des conséquences de celle-ci.

De ces recommandations, nous avons pu en déduire que si le devoir d'information du praticien a été respecté ainsi que les recommandations, il ne pourra pas être retenu une faute du médecin en cas de survenance d'un dommage

Pour conclure, le rapport d'expertise précité nous permet de donner un exemple d'une bonne prise en charge puisque le devoir d'information et les recommandations de la HAS ont été respectés. Il s'agit bien d'un cas où l'information a été satisfaisante puisque les experts insistent sur le respect de la traçabilité dans le dossier médical. Le rapport fait état de l'équipe médicale qui a bien informé au moment de la consultation préopératoire des risques de la

poursuite de l'addiction sur la cicatrisation. L'équipe soignante a suivi les recommandations en mettant en contact le patient avec une équipe spécialisée en addictologie. C'est pourquoi en l'espèce l'article L 1111-2 du code de la santé publique est respecté.

Il est important de souligner que dans la pratique, le défaut d'information est une faute très souvent commise, présente et retenue à l'encontre d'un établissement de santé ou d'un professionnel de santé. Nous avons pu constater, grâce à l'enquête de terrain, l'importance de la traçabilité qui est présente dans tous les guides de bonnes pratiques internes des établissements de santé pour l'ensemble des sujets afin d'attirer l'attention des professionnels dans leur pratique.

4. Les refus de prises en charge

a) Le refus du patient vis-à-vis d'une prise en charge de son addiction

Au-delà du défaut d'information, en droit, le professionnel de santé assurant la prise en charge d'une addiction ou une intervention chirurgicale pouvant entraîner des conséquences dues à l'addiction doit respecter le consentement du patient au regard de l'article L.1111-4 du code de la santé publique. Ce consentement donne la possibilité d'exprimer un refus même si le consentement de la personne addictive est généralement présent.

Nous nous sommes interrogés à la suite de nos recherches jurisprudentielles si le droit de refuser des soins pouvait être effectif dans une prise en charge de l'addiction. Malgré l'absence de réponse précise des entretiens avec des professionnels de santé, nous pouvons tout de même affirmer qu'au regard du principe, le refus du patient à une prise en charge d'une addiction préopératoire est un droit absolu, sauf exceptions. Seuls l'urgence et l'impossibilité de recueillir un consentement sont les hypothèses générales où le refus d'un traitement par le patient est outrepassé.

b) Le refus du chirurgien de réaliser une intervention du fait de l'absence d'une prise en charge préopératoire de l'addiction

Ce refus de prise en charge préopératoire de l'addiction par le patient lui-même entraîne des conséquences sur les agissements du chirurgien qui peut décider ou refuser de réaliser une

intervention chirurgicale. Autrement dit, lorsque le patient a refusé la prise en charge de son addiction mais qu'il souhaite bénéficier de l'intervention chirurgicale, le médecin peut refuser celle-ci au regard du rapport bénéfice/risque. Un chirurgien peut refuser de pratiquer une intervention au motif que ce rapport est défavorable eu égard à l'addiction du patient.

Pendant cette enquête, nous nous sommes interrogés sur le fait de savoir si un refus de la part du professionnel peut être considéré comme une discrimination à l'égard du patient. Nos recherches théoriques ont montré que la discrimination est sanctionnée au regard des articles R.4127-7 et R.4127-47 du code santé publique. Cet article prévoit un droit de refuser les soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

Si le rapport bénéfice/risque est défavorable à cause du refus par le patient de la prise en charge de son addiction, le refus du praticien est compréhensible. Cependant, pour qu'un chirurgien refuse, il faut que le patient soit informé du refus du médecin, que ce dernier ait assuré la continuité des soins⁵⁵ en l'orientant vers un autre spécialiste et qu'il n'y ait pas d'urgence.

Une jurisprudence rendue par le Conseil national de l'Ordre des médecins le 2 mai 2016⁵⁶ motive sa décision en prononçant : « *est licite le refus de soins consécutif au refus du patient de procéder à certains examens, et en l'absence d'urgence* ». En d'autres termes, refuser la réalisation d'une intervention chirurgicale dans les suites du refus par le patient d'une prise en charge de son addiction en amont est licite. Cela ne constitue en aucun cas une discrimination. En vertu du dernier alinéa de l'article L.1110-5 du code de la santé publique, « *les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas [...] faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté* ». Ainsi, le médecin ne peut faire courir au patient un risque injustifié comme le rappelle l'article R 4127-40 du code de la santé publique.

En revanche, lorsque le patient subit une intervention après une évaluation du rapport bénéfices-risques favorable, en sachant qu'il connaît les risques liés à l'absence de prise en

⁵⁵Article R4127-47, alinéa 1, du CSP : « *Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux maladies doit être assurée.* »

⁵⁶CNOM, 2 mai 2016 n° 12619

charge de l'addiction préopératoire, il ne peut dans ce cas demander une indemnisation pour faute du chirurgien.

Recommandations :

Premièrement, nous recommandons aux professionnels de santé de **ne pas négliger le devoir d'information ni les propositions de prise en charge de l'addiction en période préopératoire.**

De plus, il faut que le **médecin vérifie la balance bénéfice/risque d'une intervention lorsqu'un patient refuse une prise en charge de son addiction** pour ne pas faire courir des risques disproportionnés.

Enfin, nous pensons que les **recommandations de la HAS** relatives à la période préopératoire devraient être **étendues à l'ensemble des substances addictives** et plus seulement au tabagisme. L'ensemble de ces recommandations ont pour objectif d'éviter des complications postopératoires liées à une addiction et d'éviter, le cas échéant, d'engager la responsabilité du professionnel de santé.

C. Le défaut d'anticipation de la fin d'hospitalisation d'une personne addictive

Nous sommes partis d'un constat après une intervention d'experts qu'au regard de l'évolution de la définition de l'addiction, cette pathologie ne se guérit pas puisque le patient va rechuter. A partir de ce constat, ils nous ont expliqué qu'après une sortie d'un établissement de santé, des risques importants peuvent se manifester à cause des conséquences produites par l'addiction.

De plus, grâce à l'enquête de terrain, il est ressorti la crainte d'une sortie prématurée du patient qui pourrait entraîner la réalisation d'un dommage. Parfois même, le patient quitte l'établissement de santé à l'insu du service.

De ces problématiques, nous avons soulevé le sujet du défaut d'anticipation d'une sortie d'hospitalisation d'une personne addictive afin de savoir si la responsabilité pouvait être engagée.

En droit, une responsabilité peut être engagée pour faute prouvée au regard de l'article L.1142-1 alinéa 1 du code de la santé publique. La faute peut être caractérisée lorsque le professionnel méconnaît l'article R 4127-32 du même code qui nécessite de délivrer des soins de qualité, lorsqu'il méconnaît la continuité des soins imposée par l'article R 4127 du code de la santé publique, ou lorsqu'il ne respecte pas le devoir d'information au visa de l'article L.1111-2 dudit code. Enfin, le droit envisage une responsabilité du professionnel lorsqu'il n'a pas informé précautionneusement le patient sur une prise de médicament. Quand le patient prend des médicaments constituant un risque pour sa conduite, le médecin doit avoir délivré une information complète. S'il ne le fait pas, une faute peut lui être opposée au regard de l'article R.4127-32 du code de santé publique.

1. La sortie prématurée autorisée par un médecin

Avant la confirmation de l'entretien, nous avons recherché de la jurisprudence relative aux sorties du patient et à la responsabilité du médecin. Dans un arrêt en date du 4 février 2003⁵⁷, la Cour de cassation a retenu que « *M.Y avait manqué à son devoir de surveillance post-opératoire en autorisant une sortie prématurée de Mlle X, l'absence de diagnostic au jour de la sortie du faux anévrisme avait été sans conséquence sur l'évolution clinique de la patiente dont la complication avait été immédiatement traitée sitôt le diagnostic établi. Qu'elle a pu en déduire qu'il n'existait pas de lien de causalité entre la sortie prématurée et les séquelles de la patiente* ». Ainsi, le principe reste qu'en présence d'un lien de causalité, la responsabilité peut être engagée pour une sortie prématurée ayant entraîné dans les suites des séquelles pour le patient. Cette jurisprudence serait tout à fait transposable à l'hypothèse des addictions. Si un professionnel de santé autorise une sortie prématurée du patient ayant entraîné un dommage, il pourrait être déclaré responsable pour défaut de surveillance.

⁵⁷ Civ. 1^{re}, 4 février 2003, n° 00-15.572

2. La sortie du patient à l'insu du service

De plus, une responsabilité peut être recherchée lorsqu'un patient sort à l'insu du service. Il convient de distinguer les différentes formes de sortie d'un patient après une hospitalisation ainsi que la potentielle responsabilité retenue en cas de dommage.

Un patient peut parfois demander à quitter l'établissement. Dans cette hypothèse, il dispose du droit de sortir à tout moment prévu à l'article R.1112-62 du code de la santé publique. Cependant, quand la sortie paraît prématurée pour le médecin, il s'agit d'une décision de refus de soin. Le patient doit signer une attestation de sortie contre l'avis médical en démontrant la volonté du patient de sortir malgré sa connaissance des risques éventuels qui pourraient l'obliger de revenir plus tard. Quand le patient refuse pour autant de signer l'attestation, le professionnel de santé peut se protéger en signant un document interne que l'on appelle « un procès-verbal » avec un collègue de travail qui atteste des informations délivrées et des conséquences du refus dont dispose le patient. Il est conseillé dans la pratique au professionnel de santé d'informer le médecin traitant pour une continuité des soins dans la prise en charge. Lorsque le patient a signé l'attestation, il reconnaît avoir pris connaissance des risques. S'il maintient son refus, il n'est pas envisageable de retenir la responsabilité du praticien.

Dans d'autres circonstances, le patient n'attend pas que le médecin vienne pour lui demander de sortir avec l'attestation. Le patient est sorti totalement à l'insu du service. La conduite à tenir dans ce cas de figure est de rechercher le patient dans l'établissement et d'avertir les proches pour s'assurer qu'il n'est pas rentré chez lui. La police peut être mise au courant si la situation médicale ou légale le nécessite. L'intérêt est d'inciter le patient à revenir. Le médecin traitant est également informé.

La responsabilité est très peu engagée dans ce cas. Pour autant, il est possible de la retenir quand le juge administratif estime qu'il y a eu une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service comme un défaut de surveillance. Les critères jurisprudentiels sont la prévisibilité de l'acte, le comportement du personnel en réaction à la sortie (réactivité) et l'organisation du service (configuration des lieux).

Par exemple, un arrêt de la cour d'administrative d'appel de Versailles du 20 octobre 2015⁵⁸ concerne une personne prise en charge sans consentement qui est repartie de l'établissement de santé. Elle est déclarée en fugue. L'instruction révèle que les médecins référents avaient signalé la nécessité d'une surveillance accrue. Ainsi, la cour prononce que *« le centre hospitalier, qui connaissait les risques de fugue du patient et n'a pas mis en œuvre la surveillance nécessaire à son égard, a commis une faute de nature à engager sa responsabilité. Ces évènements sont révélateurs d'un défaut de coordination entre les services [...] c'est à bon droit que les conjoints soutiennent que le centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger a commis une faute dans l'organisation du service »*.

3. La préparation de la sortie d'une hospitalisation

Ces jurisprudences ont été confirmées et des solutions ont été proposées lors de notre entretien. En effet, le professionnel de santé nous a confirmé qu'il était nécessaire de bien préparer la sortie d'une hospitalisation d'une personne addictive. Il a insisté sur la nécessité d'anticiper les rechutes car ces dernières entraînent souvent des dommages pour le patient ou autrui ce qui annoncera une poursuite de soins indispensables.

Egalement, le professionnel de santé nous a informé que la poursuite des soins se déroulait par le biais des hospitalisations en ambulatoire. Ce suivi a pour objectif d'arriver à un arrêt de consommation le plus long possible avant la prochaine rechute. C'est pourquoi l'entretien nous a montré que l'objectif est de surtout réduire les rechutes et de stabiliser l'état du patient, comme dans l'exemple précité des flasques d'alcool à la place des bouteilles.

Enfin, la pratique a permis de nous montrer que les professionnels de santé s'interrogeaient sur le cas de figure où le médecin informe le patient addictive des risques sur sa conduite automobile notamment lorsqu'il s'agit de soins en ambulatoire. En effet, le patient repart par ses propres moyens, sans forcément être sevré. Le patient souffre toujours de son addiction. Il nous a été donné comme exemple le cas d'un conducteur de transport en commun pour lequel l'une des solutions pourrait être de soumettre l'idée de prescrire un arrêt de travail. Toutefois, cette mise en garde n'empêche pas le patient de reprendre sa conduite à

⁵⁸ CAA Versailles, 20 octobre 2015, 4^{ème} ch. n° 14VE02749

la sortie. Pour autant il n'est pas possible d'engager la responsabilité du médecin une fois qu'il a délivré l'information puisque le patient est alors responsable de son acte.

En somme, la responsabilité pour faute peut être retenue lorsqu'il existe un défaut d'anticipation pour une sortie du patient d'une hospitalisation ou un défaut du suivi, créant une rupture de la continuité des soins, si ce patient présente un dommage en lien avec cette faute. Il est aussi possible de retenir la faute en cas de défaut d'information quant à la conduite automobile après la sortie de l'hôpital mais il faut toutefois nuancer ce propos car l'obligation d'information porte sur les risques liés à un acte médical et non à une autre activité dangereuse en rapport avec l'addiction.

De même, on peut retenir la responsabilité en présence d'une sortie du patient à l'insu du service, à la condition de démontrer le défaut de surveillance et d'organisation de l'établissement de santé ou une sortie prématurée en lien direct avec le dommage.

Hypothèses / recommandations :

Les professionnels de santé doivent prendre toutes les précautions pour réussir à **anticiper les rechutes du patient à sa sortie de l'établissement de santé, en le préparant à sa sortie et en lui assurant une continuité des soins**. De plus, lorsqu'il y a une hospitalisation, il convient d'**éviter toute sortie à l'insu du service** surtout lorsque le patient est hospitalisé sans consentement pour une addiction. L'objectif est d'éviter les rechutes graves, par le biais de d'une réduction des risques, qui peuvent laisser des séquelles au patient.

Nous recommandons aux professionnels de santé d'**informer le patient des risques de son addiction lorsqu'il sera à son domicile et de retranscrire l'information dans le dossier médical en indiquant sur l'ordonnance le niveau de risque de certains médicaments** sur la conduite par exemple. Du côté du médecin, l'intérêt est d'éviter un accident qui serait dû à l'addiction et du côté du juriste, l'intérêt de cette recommandation est que le professionnel informe le patient pour que sa responsabilité pour faute ne puisse pas être engagée.

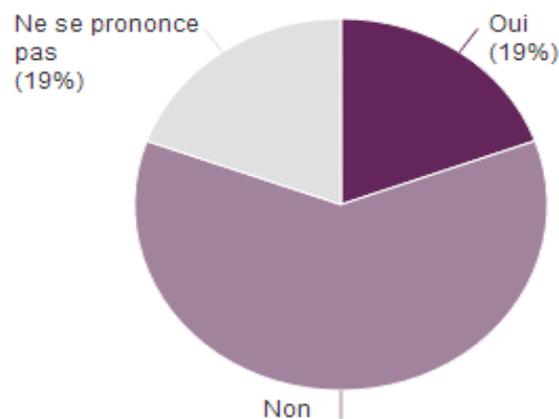
§2- La responsabilité pénale de la personne addictive

A. Altération voire abolition du discernement ?

La définition médicale de l'addiction a servi de point de départ de notre réflexion sur la matière pénale. En effet, l'addiction étant considérée par les professionnels de santé comme un phénomène pathologique correspondant notamment à une perte de contrôle, nous nous sommes interrogés sur une éventuelle altération voire abolition du discernement de la personne concernée lorsqu'elle est l'auteur d'une infraction. Or, dans une telle hypothèse, nous trouvons justifié le fait d'atténuer la responsabilité pénale d'une personne addictive ayant commis une infraction.

Pour obtenir l'avis de professionnels de santé directement concernés par la prise en charge des addictions, nous avons formulé une question dans notre questionnaire :

L'addiction devrait-elle constituer une circonstance atténuante en matière de responsabilité ?



Nous avons obtenu une majorité de réponses négatives. De ce fait, il semblerait que la plupart des professionnels de santé ne considèrent pas que le discernement des personnes addictes soit suffisamment altéré pour justifier l'application de « circonstances atténuantes ». De tels résultats nous ont paru surprenants du fait de la classification des addictions parmi les troubles mentaux dans le manuel DSM-5⁵⁹. Nous notons toutefois que la formulation de notre

⁵⁹ Cf intro

question n'était pas adéquate en raison du terme « circonstance atténuante » qui n'est plus utilisé par le code pénal et de l'existence d'une circonstance aggravante de vulnérabilité lorsque la personne addictive est la victime d'une infraction. Derrière cette notion de « circonstance atténuante », nous voulions faire référence à l'hypothèse dans laquelle la personne addictive est l'auteur de l'infraction. De fait, le cas dans lequel la personne addictive est victime d'une infraction ne pose aucune difficulté car de toute évidence, l'auteur de l'infraction bénéficiera d'une circonstance aggravante de vulnérabilité (si le législateur l'a imposée spécialement pour l'infraction litigieuse) puisque l'addiction constitue une pathologie. Au final, les professionnels de santé n'ont pas nécessairement compris où nous voulions en venir, ce qui expliquerait la part de « ne se prononcent pas ». La question que nous aurions dû poser est la suivante : pensez-vous qu'en cas d'infraction, la responsabilité pénale d'une personne souffrant d'une addiction doit-elle être atténuée voire que sa responsabilité ne doit pas être retenue par le juge pénal ?

Les questions juridiques que nous nous posions *in fine* sont :

- **L'addiction devrait-elle justifier une diminution de peine ?**
- **L'addiction devrait-elle justifier une irresponsabilité pénale ?**

L'article 122-1 du code pénal distingue l'altération et l'abolition du discernement par un trouble psychique ou neuropsychique. Aux termes du premier alinéa, le trouble psychique ou neuropsychique abolissant le discernement se présente comme une cause pénale d'irresponsabilité car l'infraction ne peut lui être imputée. Selon le second alinéa, la personne atteinte d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant « uniquement » altéré son discernement demeure responsable pénalement. Dans l'esprit du législateur, lorsque le discernement est simplement altéré, la sanction pénale de l'auteur de l'infraction est allégée : « *la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime* ». Il s'agit d'une diminution de peine décidée au cas par cas.

Il convient de préciser que la cause de non imputabilité ne joue en aucun cas sur la responsabilité civile. L'article 414-3 du code civil dispose en effet « *celui qui a causé un dommage à autrui alors qu'il était sous l'empire d'un trouble mental n'en est pas moins obligé à réparation* ». Autrement dit, la personne souffrant d'un trouble mental, tel qu'une

addiction, n'est pas exonérée de sa responsabilité civile du fait de sa maladie. Elle reste tenue de réparer le préjudice qu'elle a causé à la victime.

Un entretien a confirmé notre tendance à vouloir considérer que la personne addictive devrait bénéficier d'un aménagement de peine ou d'une cause d'irresponsabilité. Le professionnel de santé nous a en effet exposé une anecdote démontrant tout au moins une altération du discernement.

En l'occurrence, un jeune homme souffrant d'une addiction aux jeux d'argent vole de l'argent à son employeur pour continuer de jouer. Le professionnel de santé nous rappelle que l'addiction est notamment caractérisée par une perte de contrôle. Son infraction apparaît pour lui comme l'unique solution. A partir de ce moment là, nous pouvons douter du discernement de la personne.

Il ressort de l'entretien que l'addiction pourrait être assimilée comme un trouble psychique entravant le discernement. Cependant, il ne faudrait pas généraliser en affirmant que toute addiction entraînerait une diminution de peine ou une irresponsabilité pénale. Le texte impose bien deux conditions : le trouble psychique ainsi qu'une altération ou une abolition du discernement. Si l'addiction constitue un trouble psychique, faut-il encore qu'elle ait altéré ou aboli le discernement au moment de la commission de l'acte répréhensible. Reste donc à voir comment les juges du fond procèdent au cas par cas pour la caractérisation d'une altération ou d'une abolition du discernement par une addiction...

Une affaire récente nous permet de confirmer les résultats de l'enquête de terrain⁶⁰. En l'espèce, un individu sous l'emprise de cannabis tue sa voisine en la rouant de coups et en la défenestrant. S'appuyant sur l'expertise psychiatrique et se fondant sur l'article 122-1 du code pénal, la chambre de l'instruction déclare cet homme irresponsable pénalement au motif qu'il était sous l'emprise d'une bouffée délirante aiguë. La chambre criminelle de la Cour de cassation approuve l'arrêt attaqué d'avoir jugé que l'individu, « *consommateur régulier de cannabis, pouvait bénéficier de cette cause d'irresponsabilité* ». Les pourvois sont donc

⁶⁰ Crim. 14 avr. 2021, FS-P+I, n°20-80.135, Dalloz actualité, « *Affaire Sarah Halimi : peu important les raisons de la folie* », 28 avril 2021

rejetés par la Haute juridiction qui retient une abolition de discernement d'une personne atteinte d'une addiction.

De cette solution récente, nous en concluons que l'addiction peut être assimilée au trouble psychique altérant ou abolissant le discernement de la personne, mentionné à l'article 122-1 du code pénal. Il ne s'agit pas d'une hypothèse d'écologie. Bien que cette solution ne sera pas forcément comprise par l'ensemble de la société, elle est totalement justifiée en droit. En effet, l'infraction pénale est notamment constituée par un élément moral ce qui suppose que l'auteur de l'infraction soit doué de discernement au moment des faits.

En définitive, l'article 122-1 du code pénal pourrait servir de fondement pour tenir compte d'une addiction en matière pénale. Néanmoins, certains professionnels de santé ayant répondu négativement à notre question pensent peut-être qu'il ne faut pas déresponsabiliser les personnes souffrant d'addiction lorsqu'elles commettent des infractions. Est-il socialement imaginable de ne pas engager la responsabilité pénale d'une personne atteinte d'une addiction au tabac qui aurait commis des violences physiques envers autrui ? Cette image nous permet de nuancer l'ensemble de nos propos. Envisager une part de déresponsabilisation des personnes addictes en matière pénale n'est pas aberrant. Mais cette « déresponsabilisation pénale » ou « atténuation de la responsabilité pénale » de la personne addictive devrait être systématiquement encadrée. Par exemple, il conviendrait d'imposer un lien entre l'addiction et l'infraction. Revenons à l'anecdote qui nous a été délivrée lors d'un entretien en comparant avec d'autres exemples que nous avons imaginés :

- Une personne souffrant d'une addiction aux jeux d'argent vole de l'argent à son employeur pour poursuivre sa consommation addictive.
- Une personne souffrant d'une addiction aux jeux d'argent grille un feu rouge pour arriver plus vite à son travail.
- Une personne souffrant d'une addiction à l'alcool vole une bouteille de rhum au supermarché pour poursuivre sa consommation addictive.
- Une personne souffrant d'une addiction à l'alcool usurpe l'identité de son employeur pour nuire à la réputation de ce dernier.

Dans le premier et le troisième exemple, l'addiction et l'infraction sont liées. La personne commet l'infraction pour poursuivre son addiction. L'infraction lui paraît indispensable. Elle ne peut pas s'en passer. Le discernement de la personne est au minimum altéré.

En revanche, dans le deuxième et le troisième exemple, aucun lien entre l'addiction et l'infraction ne peut être retenu. Dès lors, nous pensons que l'application de l'article 122-1 du code pénal serait injustifiée sauf si véritablement, le rapport d'expertise judiciaire établit que le discernement était totalement aboli du fait de l'addiction, au moment des faits. Par exemple, la personne est sous l'emprise de l'alcool et frappe quelqu'un du fait de l'agressivité que lui procure cette consommation addictive.

B. Injonction de soins ?

Lors d'un entretien, le professionnel de santé s'est montré en faveur de la prononciation judiciaire de l'injonction thérapeutique. Pour lui, il convient de préférer l'injonction thérapeutique à la sanction pénale. Favoriser l'accès aux soins par rapport à la sanction pénale s'inscrit dans le but de protection de la santé de la personne garanti par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.

L'injonction thérapeutique se distingue de l'injonction de soins en ce qu'elle remplace la sanction pénale et n'intervient pas postérieurement à la peine. Elle est prévue aux articles L.3413-1 à L.3413-4 du code de la santé publique. L'injonction de soins, quant à elle, accompagne la sanction pénale.

L'enquête de terrain nous a montré des avis divergents en la matière. Certains remettent en cause l'efficacité des injonctions thérapeutiques puisqu'en pratique, de nombreuses personnes bénéficiant d'une injonction thérapeutique prononcée par le juge se présentent au sein d'un service hospitalier qui signe un papier sans nécessairement rendre effective l'injonction, c'est-à-dire sans forcément assurer une prise en charge.

D'autre part, certains regrettent que le juge ne prononce l'injonction thérapeutique que de manière timide. En effet, les magistrats peuvent parfois se montrer peu cléments en cas de récidive malgré l'addiction. Lors de l'entretien en question, le professionnel de santé souhaiterait que le juge impose systématiquement l'injonction thérapeutique lorsque l'auteur de l'infraction est atteint d'une addiction. Retenir une sanction ne serait pas toujours la solution adéquate en termes de réinsertion et de protection de la santé de l'individu. C'est ce qu'a d'ailleurs jugé la cour d'appel de Montpellier dans un arrêt du 31 mars 2011 : *« qu'au regard des dispositions de l'article 132-24 du Code Pénal, la gravité de l'infraction et la personnalité du prévenu, déjà plusieurs fois condamné et en état de récidive légale, imposent le prononcé d'une peine d'emprisonnement, toute autre sanction étant manifestement inadéquate ; (...); Que son envie de reconstruire quelque chose apparaît sérieuse et tenant l'ancienneté des faits et leur nature, il ne serait pas opportun de renvoyer tout de suite le prévenu en détention ; Attendu qu'en l'état, la Cour choisit de l'accompagner et de l'encourager dans la voie de la réinsertion tout en l'encadrant, en le faisant suivre par le juge de l'application des peines qui contrôlera notamment le suivi psychologique régulier entamé en détention, en lien avec son addiction à l'alcool. »*

Hypothèse :

Lorsque l'infraction a été commise par une personne souffrant d'une addiction, le législateur pourrait imposer systématiquement une injonction de soins voire une injonction thérapeutique selon les cas.

Conclusion

Pour clôturer notre projet, nous avons organisé un atelier de restitution au cours duquel de nombreux échanges ont eu lieu. Nous avons démontré qu'une meilleure prise en compte de l'addiction d'un point de vue juridique serait nécessaire pour garantir la protection de la santé. L'ensemble des intervenants se sont accordés pour affirmer que cette thématique n'est que très peu abordée alors qu'elle soulève de nombreuses problématiques juridiques. Notre séminaire a donc été l'occasion pour eux de s'exprimer à ce sujet en complétant nos propos.

La problématique de la prise en charge de la personne addictive est ressortie de notre séminaire. En effet, il est regrettable ne pas avoir un suivi régulier (et strict?) de la personne addictive. Comment savoir si la personne va revenir après sa première consultation ? Cette question est revenue au travers de nos entretiens et du séminaire sans toutefois qu'une réponse puisse y être apportée.

La question de permettre aux médecins de lever par exception le secret médical pour signaler au procureur de la République des faits de consommation de stupéfiants, lorsque le consommateur se met en danger en refusant un traitement, apparaît en définitive inutile. L'addiction étant reconnue comme une maladie psychiatrique, si un patient se trouvait dans cet état il semble plus judicieux de préférer la mise en œuvre de soins sans consentement. Ajouter une exception à l'exigence du secret médical n'apparaît dès lors pas nécessaire ; il doit demeurer la règle en la matière.

Par ailleurs, le développement des salles de consommation à moindre risque reste en tout état de cause un dispositif positif pour les consommateurs de stupéfiants et acquiescé par une majorité des professionnels de santé. Néanmoins, leur implantation crée bien souvent des réticences dans l'opinion publique ou chez les riverains de ces salles. Une étude récente, commandée par la MIDELCA à l'Inserm, publiée en mai 2021, confirme leur intérêt. Sur le plan sanitaire tout d'abord, avec une baisse des cas d'infections liées aux injections, sur le plan économique avec un rapport coût-efficacité positif (baisse des dépenses de santé supérieures au coût de fonctionnement des salles notamment) et sur le plan social, avec une baisse du nombre de seringues usagées laissées dans la rue. S'agissant de la problématique des

troubles à l'ordre public autour de la salle de consommation à moindre risque de Paris, cristallisant particulièrement les débats, le rapport précise qu'il est difficile d'affirmer que les détériorations de la tranquillité publique soient imputables à la présence des salles de consommation à moindre risque⁶¹.

De toute évidence, la personne souffrant d'une addiction se met en danger lorsqu'elle ne coopère pas dans le cadre de sa prise en charge. Nous avons donc évoqué la possibilité de faire diminuer la part de responsabilité du professionnel de santé si le patient a fait preuve de négligence dans son suivi médical. En réponse à notre projet de rapport, un professionnel de santé a expliqué que ce défaut de coopération est bien souvent transitoire dans la mesure où il s'explique par une évolution à un instant T de la maladie. A ce moment précis, la délivrance de soins sans consentement serait tout à fait justifiée, l'addiction faisant partie de la catégorie des troubles mentaux.

Au-delà de la question de la prise en charge d'une addiction avant la réalisation d'un acte médical tel qu'une intervention chirurgicale, il est ressorti de notre séminaire une autre hypothèse tout à fait similaire : celle de l'addiction et la grossesse. Une femme enceinte consommant du tabac, par exemple, au cours de sa grossesse fait courir des risques considérables à son enfant. La qualité de l'information de ces risques et de la nécessaire prise en charge de l'addiction est tout aussi importante dans cette hypothèse. Cependant, si la femme n'est pas prise en charge pour son addiction, par choix ou par ignorance, et qu'elle donne naissance à un enfant handicapé, une nouvelle question pourrait se poser: est-ce que ce dernier peut agir contre sa mère du fait de son handicap, dont l'addiction de la mère est à l'origine ? L'enfant ne pourrait *a priori* pas se trouver confronté à un obstacle juridique du fait de la réunion des éléments engageant la responsabilité civile pour faute au sens de l'article 1240 du code civil (faute, dommage, lien de causalité entre la faute et le dommage). C'est bien la mère qui a, par son addiction, causé le dommage subi par son enfant. Bien que le fait générateur soit antérieur à la naissance de l'enfant, le préjudice est subi par l'enfant après la naissance à partir du moment où il acquiert la disposition de la personnalité juridique⁶². Il n'en reste pas moins que

⁶¹ Inserm, « Salles de consommation à moindre risque : rapport scientifique », mai 2021

⁶² Article 15 du code civil et HOAREAU V., « *Addiction et grossesse – Le syndrome d'alcoolisation fœtale* », Revue juridique de l'Océan Indien, Association « Droit dans l'Océan Indien » (LexOI), 2019, pp.309-323. hal-025502389

l'obstacle est plus d'ordre culturel que d'ordre juridique: peut-on véritablement imaginer un enfant engager une action en responsabilité à l'encontre de sa mère du fait de son handicap?

Bibliographie

Législation :

- Loi n°070-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses (JO du 03 janvier 1971)
- Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (loi Evin)
- Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance (1)
- Loi n°2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1)
- Loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous (1) promulguée le 1er novembre 2018, loi issue des États généraux de l'alimentation (EGalim), engagement du Président de la République, qui se sont déroulés du 20 juillet au 21 décembre 2017

Décrets :

- Décret n° 2006-1595 du 13 décembre 2006 modifiant le décret n° 59-1489 du 22 décembre 1959 et relatif aux casinos
- Décret n°2020-1230 du 7 octobre 2020 relatif à l'expérimentation de l'usage médical du cannabis, expérimentations en 2021

Arrêté :

- Arrêté du 26 mars 2021 portant homologation des prix de vente au détail des tabacs manufacturés en France, à l'exclusion des départements d'outre-mer

Jurisprudence :

Judiciaire :

- Cass. crim. 24 février 1893, D. 1894-1-393
- Civ. 1^{re}, 7 oct. 1998, n°97-10.267 – Civ. 1^{re}, 12 oct. 2016, n°15-16.894
- Cass. Crim. 19 septembre 2000, n°99-83960
- Civ. 1^{re}, 4 février 2003, n° 00-15.572
- Ccass civ. 1^{ère}, 27 novembre 2008, n°07-15963

Administrative:

- CE, 15 mars 1996, Guigon, n°146326
- CE, 30 mai 2011, n°339496
- CAA de Nancy, 13 juin 2013, n°12NC01478
- CAA Versailles, 20 octobre 2015, 4^{ème} ch. n° 14VE02749
- CAA de Nancy, 1^{ère} ch., formation à 3, 4 fév. 2021, n°18NC02393
- Cass Crim. 14 avr. 2021, n°20-80.135

Ouvrages :

- BEN LAKHDAR C., « *Addicts – Les drogues et nous* », Editions du Seuil et la République des Idées, mars 2020
- BERGERON H., COLSON R., « *Les drogues face au droit* », Presses universitaires de France (PUF), Collection « La vie des idées », avril 2015
- CALLU MF., GIRER M., ROUSSET G., Dictionnaire droit de la santé – Secteurs sanitaire, médico-social et social, LexiNexis 2017
- CHALON G., « *L'article 40 du code de procédure pénale et le fonctionnaire : nature et portée de l'obligation de dénoncer* », AJFP, 2003, p.31

- COUTERON JP. « *L'organisation de l'offre médico-sociale* » le Traité d'addictologie, Cairn 2016, p. 411 à 415
- COTTENCIN, GUARDIA, ROLLAND « *Critères d'hospitalisation pour un patient souffrant d'addictions* » Sofia medicaliste Urgences 2011, chap.8
- MOREL A., COUTERON JP., « *Addictologie en 47 notions* », Aide-mémoire, Editions Dunod, octobre 201
- SAIET M., « *Les addictions* », Presses universitaires de France (PUF), collection Que sais-je, 2019, n°3911

Doctrine/ Articles :

- COLSON R., « *Cannabis thérapeutique : les leçons canadiennes* », RDSS 2018 p.847
- Dalloz actualité, « *Affaire Sarah Halimi : peu important les raisons de la folie* », 28 avril 2021
- FOURDRIGNIER M. « *connaître et intervenir dans le champ des addictions* » document word 2017
- HOAREAU V., « *Addiction et grossesse – Le syndrome d'alcoolisation fœtale* », Revue juridique de l'Océan Indien, Association « Droit dans l'Océan Indien » (LexOI), 2019, pp.309-323. hal-02550238
- KUHN C. « *comment le droit appréhende-t-il le phénomène* » Addiction et Droit : aliénation de la personne, le droit de l'Océan indien, lexoi, RJOI n° 26, p. 273
- RANAIVO AS., « *La réduction des risques en matière de répression au réalisme* », RDSS 2020, p.691

Rapports :

- Santé publique France, « *Résultats de l'évaluation du programme « Unplugged » dans le Loiret* », mai 2019

- Inspection générale des affaires sociales « *Évaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives* », Catherine HESSE et Dr Gilles DUHAMEL, février 2014 (n° 2013-119R)
- Sénat, Rapport d'information sur les toxicomanies n° 699 de M. Gilbert BARBIER et Françoise BRANGET Tome I, du 30 juin 2011
- Direction générale de l'enseignement scolaire, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), « *La prévention des conduites addictives* », 2005

Conférence :

- Fédération Addiction, « *Webinaire régional sur les jeux d'argent et de hasard* », mercredi 16 décembre 2020

Plans :

- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives, 2013-2017
- Plan d'action antidrogue de l'Union Européenne (2017-2020), Journal officiel de l'UE.
- Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022

Avis :

- Avis de l'Académie des sciences, « *L'enfant et les écrans* », 19 mars 2013

Codes :

- code de la santé publique
- code pénal
- code civil
- code de la sécurité intérieure

Sites :

- <https://www.drogues.gouv.fr/>
- <https://www.has-sante.fr/>
- <https://www.norml.fr/>
- <https://www.ofdt.fr/>
- <https://www.oppelia.fr/>
- <http://www.senat.fr/>
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/>
- <http://inserm.fr>
- <https://sofia.medicalistes.fr/>
- <http://education.gouv.fr>

Charte :

- FIDES, « Charte sur la prévention et la prise en charge des addictions pour les personnels », 2014

Annexes

Annexe n°1 : Questionnaire soumis aux professionnels de santé dans le cadre de l'enquête de terrain

Généralités

Etudiants en Master 2 Droit de la santé de la Faculté de Droit et Science politique de l'Université de Bordeaux, nous participons à la Clinique du droit - Recherche en Actions. Cette activité nous conduit à mener un projet sur les addictions.

Après une enquête menée sur le terrain, cette recherche donne lieu à l'élaboration d'un rapport final à destination des professionnels de santé.

Si vous êtes un **professionnel de santé concerné par la prise en charge de personnes addictes**, nous vous invitons à répondre à notre questionnaire d'une durée de 5 minutes tout au plus !

N'hésitez pas à partager le lien: <https://sphinxdeclic.com/d/s/6j3m2z>

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à notre projet.

La Clinique du droit, Recherche en Actions du Master 2 Droit de la Santé, Université de Bordeaux

Quelle est votre profession?

- Médecin généraliste
- Médecin addictologue
- Médecin psychiatre
- Médecin du travail
- Médecin dans une autre spécialité: précisez
- Psychologue
- Travailleur social
- Infirmier
- Cadre de santé
- Autre précisez:

Dans quelle structure exercez-vous ?

- Dans un cabinet libéral
- Dans un établissement de santé privé ou public
- Dans un CSAPA
- Dans un autre établissement médico-social (hors CSAPA)
- Dans une association
- Dans une entreprise privée
- Autre: précisez

Intervenez-vous dans la prise en charge de personnes addictes à une substance ou un comportement ?

- Oui, quotidiennement
- Oui plusieurs fois par semaine
- Oui une fois par semaine
- Oui plusieurs fois par mois
- Oui occasionnellement dans l'année
- Non

La prévention et la réduction des risques et des dommages

Sur une échelle de 1 à 5, évaluez l'efficacité de prévention en matière d'addictions (1 = inefficace ; 5 = efficace)

★★★★★

Pour vous, quels sont les outils de prévention qui vous semblent efficaces ?

Pour chaque réponse, précisez pourquoi et s'il y a lieu, donner un exemple.

Campagne publicitaires

Programmes de prévention dans le milieu scolaire ou universitaire

Outils de santé numérique (e-santé)

Incrimination pénale

Autre: précisez

Etes-vous en faveur d'une politique de RDRD (réduction des risques et des dommages) en ce qui concerne les stupéfiants ?



Pensez-vous que la répression pénale visant les consommateurs de stupéfiants empêche une prise en charge efficace de ces consommateurs ?



Les « salles de shoot » actuellement expérimentées en France permettent-elles d'orienter la personne addictive vers une prise en charge de son addiction ?

- Oui
- Non
- Autre précisez

L'expérimentation de la consommation supervisée en France devrait être :

- arrêtée.
- continuée.
- renforcée.
- généralisée.
- Ne se prononce pas.

La consommation d'alcool et de tabac...

- doit être prohibée.
- doit être encadrée plus sévèrement.
- est correctement encadrée actuellement.
- ne doit pas être encadrée, ni prohibée.

La prise en charge

Quelles sont les caractéristiques de l'addiction?

Quel est le motif de prise en charge médicale d'une personne addictive généralement utilisé ?

L'addiction

Les troubles mentaux

Autre : précisez

Avez-vous des difficultés à constater l'addiction d'une personne ?

Oui

Non

Dans la plupart des cas, la personne addictive...

- a conscience de son addiction.
- n'a pas conscience de son addiction.
- souhaite être pris en charge.
- ne souhaite pas être pris en charge.

Pensez-vous que la prise en charge des addictions comportementales est aussi efficace que celle pour les addictions aux substances ?

Oui Non

Les hospitalisations sans consentement des personnes addictes sont-elles utiles?



L'addiction devrait-elle constituer une circonstance atténuante en matière de responsabilité?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

Pensez-vous qu'un professionnel de santé découvrant une addiction devrait toujours avoir la possibilité de lever le secret professionnel?

- Oui
- Non, cela dépend des cas
- Non, il ne devrait jamais

Sur une échelle de 1 à 5, comment évalueriez-vous la protection de l'addiction en tant que donnée de santé?

★ ★ ★ ★ ★

**Annexe n°2 : Guide commun pour tous les entretiens menés dans le cadre de l'enquête
de terrain**

Guide d'entretien

Durée de l'entretien : 1 heure (1 thème choisi par entretien)

Objectif de l'entretien : cerner les problématiques que rencontrent les professionnels de santé en matière d'addictions

Présentation : profession / service / rôle dans la prévention, prise en charge des personnes addictes.

Thématiques/ problématiques :

Politiques de santé publique et prévention

- S'agissant des **politiques publiques** :
 - La formation et l'information des professionnels de santé sur les addictions licites permet-elle une prévention suffisante ?

- S'agissant des **salles de consommation à moindre risque** :
 - Existe-t-il un risque d'overdose à l'intérieur des salles de consommation à moindre risque ?

- S'agissant de la **prévention des addictions comportementales** :
 - Pour vous, la prévention des addictions comportementales est-elle similaire et suffisante en comparaison de celles qui existent pour les addictions aux substances ?

Prise en charge

- S'agissant de la **prise en charge en général** :
 - Pensez-vous que les méthodes d'évaluation de la dépendance permettent de prendre en charge la personne addictive au bon moment ?
 - Existe-t-il des recommandations de bonnes pratiques quant à la prise en charge des personnes addictes ?

- S'agissant de la **prise en charge des addictions comportementales** :
 - Selon vous, les addictions comportementales ont-elles un impact aussi grave pour la santé que les addictions à des substances, qu'elles soient licites ou illicites ?

- S'agissant de la **prise en charge sans consentement** :
 - Est ce qu'une personne addictive est capable de consentir ? Ce consentement est-il toujours libre ?
 - Une hospitalisation sous contrainte permet-elle réellement de traiter une addiction ?

- S'agissant des **problèmes relatifs à la prise en charge** :
 - A partir de quand peut-on considérer que la prise en charge d'une personne addictive doit cesser ? (sortie prématurée d'un patient addictive hospitalisé)
 - En pratique, est-ce que les problèmes d'addiction sont-ils systématiquement pris en considération avant une intervention chirurgicale ?

Auteurs

Cette étude a été réalisée par le groupe Clinique Recherche du Master II – Droit de la santé de la Faculté de droit et de science politique de l'Université de Bordeaux, pour l'année universitaire 2020-2021.

*Laure CARNEIRO - Ludovic CHAUT – Stéphanie CHAUVIN – Lucie DUCASSE -
Victor DUFREIX – Jessica GERAUD - Mathilde PARENT*

Sous la direction de
*Madame Cécile CASTAING, coresponsable du Master II Droit de la santé de
l'Université de Bordeaux*