

LE MODÈLE DE L'HOSPITALISATION SCINDÉE : FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS DES PATIENTS ALCOOLIQUES PAR UNE APPROCHE PLURIDISCIPLINAIRE DANS LE CADRE DE LA PSYCHIATRIE DE LIAISON

SPLIT HOSPITALISATION FOR ALCOHOLIC PATIENTS: A PLURIDISCIPLINARY APPROACH DESIGNED TO FAVOR ACCESS TO TREATMENT, WITHIN LIAISON PSYCHIATRY

Anna Eszter Mozes¹, Micheline Van den Bosch-De Haeselaer², Denis Jacques³, David Ogez⁴, Peter Starkel⁵, Philippe De Timary⁶

ALCOHOL DEPENDENCE IS A MAJOR PUBLIC HEALTH PROBLEM. THE FIRST PART OF THIS PAPER IS A REVIEW OF THE MAIN EPIDEMIOLOGICAL STUDIES THAT ASSESS THE EXISTENCE OF A DEFICIT OF ACCESS TO CURE FOR ALCOHOLIC PATIENTS. THE SECOND PART ANALYSES THE OBSTACLES THAT PREVENT ACCESS TO CURE. IN THE THIRD PART, WE DESCRIBE OUR PLURIDISCIPLINARY MODEL OF HOSPITALISATION (SPLIT HOSPITALISATION), DESIGNED TO OVERCOME THE OBSTACLES TO ACCESS TO TREATMENT. IN THE FOURTH PART OF THE TEXT, WE DESCRIBE THE RESULTS OF A STUDY OF THE EVOLUTION OF 176 PATIENTS HOSPITALISED DURING THE FIRST 18 MONTH, AFTER THE CREATION OF OUR CURING UNIT. THEY SUGGEST THAT THIS PLURIDISCIPLINARY UNIT, THAT PUTS THE EMPHASIS ON THE CONSEQUENCES OF THE DRINKING HABITS ON THE BODY, INDIRECTLY ALLOWS ACCESS TO PSYCHIATRIC CURE AND A POSSIBLE PSYCHOLOGICAL OR PSYCHIATRICAL FOLLOW UP, FOR SUBJECTS THAT HAD SO FAR NEVER UNDERTAKEN SUCH AN APPROACH.

Key words : Psychiatry, Liaison, Alcoholism, Epidemiology, Access to treatment

INTRODUCTION

Les Cliniques Universitaires Saint Luc ont fondé en 2003 un projet pilote d'alcoologie où collaborent psychiatres, psychologues et gastroentérologues. Ce type d'unité n'affiche pas au départ de manière ostentatoire son versant psychiatrique. Un des principes qui a présidé à l'élaboration du projet était de permettre à certains patients alcooliques d'accéder à des soins psychiatriques en utilisant une porte d'entrée plus anonyme.

Dans le présent article, nous allons dans un premier temps aborder la question de l'accès aux soins des patients alcooliques en résumant les principaux résultats des grandes études épidémiologiques qui ont traité de cette question. Dans un deuxième temps, nous émettrons certaines propositions sur les raisons de cette difficulté d'accès aux soins. Nous décrirons dans la troisième partie les spécificités de notre unité de soins, conçue dans le but de remédier à cette difficulté d'accès aux soins. Enfin nous montrerons, sur base des résultats obtenus

après un an et demi d'activité, en quoi cette structure permet effectivement à certains patients d'entrer dans un processus de soins et d'entamer un suivi par la suite.

PRÉVALENCE DE L'ALCOOLISME ET DÉFICIT D'ACCÈS AUX SOINS

La problématique alcoolique touche 5 à 10 % de la population des pays industrialisés. Selon une **communication de la Commission Européenne** 55 millions d'adultes européens abusent de l'alcool et 23 millions en sont dépendants sur une population totale de 453 millions (COM, 2006).

La dépendance alcoolique au fil des années amène de nombreux dégâts sur le plan individuel et social. La personne atteinte met en péril sa santé physique et mentale. La consommation d'alcool serait responsable de 195 000 décès par an en Europe (COM, 2006). La boisson et les troubles du comportement qui y sont liés provoquent des conflits familiaux avec le

¹ Médecin assistant candidat spécialiste, secteur de psychiatrie de liaison, service de psychiatrie adulte de l'UCL, Unité Intégrée d'Hépatologie, Cliniques Universitaires Saint Luc Bruxelles

² Psychologue, Unité Intégrée d'Hépatologie, Cliniques Universitaires Saint Luc UCL

³ Psychiatre, Cliniques Universitaires Mont Godinne

⁴ Psychologue, Unité Intégrée d'Hépatologie, Cliniques Universitaires Saint Luc UCL

⁵ Gastroentérologue, chef de clinique adjoint, Unité Intégrée d'Hépatologie, Cliniques Universitaires Saint Luc UCL

⁶ Psychiatre, chef de clinique associé, secteur de psychiatrie de liaison, service de psychiatrie adulte Unité Intégrée d'Hépatologie, Cliniques Universitaires Saint Luc UCL

risque du rejet de la personne alcoolique et de son isolement social. La personne devient moins performante au travail, commet des erreurs, peut mettre en danger ses collègues lorsqu'elle occupe un poste de sécurité, s'absente du travail et risque de se retrouver au chômage.

Les grandes institutions sont particulièrement sensibles au coût économique lié soit aux soins de santé prodigués pour soigner l'alcoolisme et ses conséquences physiques et mentales, soit à l'absentéisme, au chômage, aux accidents de la route et aux conséquences de la consommation sur l'ordre public (COM, 2006).

La question de l'accès aux soins des patients alcooliques s'inscrit dans le contexte d'un déficit notoire d'accès aux soins propre aux maladies mentales tel que le rapporte l'**Organisation Mondiale de la Santé** (Kohn et al., 2004). D'après leur enquête beaucoup d'individus atteints de maladie psychiatrique ne sont pas traités malgré l'existence de traitements efficaces. Les résultats sont fort variables en fonction de la maladie (32 % des schizophrènes, 56 % des patients dépressifs ne sont pas traités) et en fonction du pays (p. ex. 49,4 % des patients avec un trouble lié à l'alcool ne sont pas traités en Israël contre 96 % au Mexique). Parmi les différentes affections psychiatriques, la carence de soins la plus importante concerne la prise en charge de l'abus et de la dépendance alcooliques. Selon leur enquête, 78,1 % des patients ne reçoivent pas de traitement. Ce chiffre est impressionnant car l'enquête répertoriait tout type de soins ou d'aide (prestataires de soins appartenant ou non au domaine médical, spécialisés ou non, publics ou privés).

Dans un premier temps, nous avons sélectionné les cinq grandes enquêtes nationales les plus pertinentes concernant la prévalence de l'alcoolisme et avons comparé les similitudes et différences d'accès aux soins et d'utilisation des différents services (plus ou moins spécialisés) des pays concernés.

La **National Comorbidity Survey** (enquête nationale de comorbidité) est la plus grande étude faite aux Etats-Unis qui avait comme objectif de mesurer la comorbidité entre abus de substance et autres maladies psychiatriques (Kessler et al., 1994). Les participants à l'enquête ont été sélectionnés dans la population civile non-institutionnalisée.

8098 personnes (âgées de 15 à 54 ans) ont été interrogées individuellement par des enquêteurs qui utilisaient une version modifiée du Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Les diagnostics psychiatriques ont été posés en s'appuyant sur les critères du DSM-III-R. Les données ont été recueillies entre 1990 et 1992 avec un taux de réponse à 82,6 %. Comme des enquêtes antérieures ont démontré que parmi ceux qui ne répondaient pas aux questionnaires la prévalence des maladies psychiatriques était plus élevée que dans la population des répondants, les enquêteurs ont mené une recherche parallèle parmi les non répondants (en utilisant un questionnaire plus court et en donnant une récompense financière).

L'étude mesure la prévalence sur la vie et la prévalence à douze mois, ce qui correspond respectivement à la proportion des gens qui ont souffert d'une maladie psychiatrique à un moment donné de leur vie ou au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête.

48 % des participants ont présenté au moins un trouble psychiatrique durant leur vie et 29 % lors de la dernière année. Les maladies les plus fréquentes étaient le trouble dépressif majeur et la dépendance à l'alcool. Plus de 14 % des répondants ont souffert d'une dépendance alcoolique à un moment donné de leur vie et plus de 7 % étaient dépendants lors de la dernière année. Environ un participant sur quatre a présenté au moins un trouble lié à une substance durant sa vie.

La National Comorbidity Survey a également mesuré l'accès à une grande diversité de structures de soins. Parmi ceux qui ont présenté au moins un trouble psychiatrique durant leur vie, seuls 42 % ont obtenu une aide professionnelle, 25 % ont été traités dans une structure spécialisée dans la prise en charge des problèmes de santé mentale et 1 sur 12 (8.4 %) dans un centre spécialisé en abus de substance (voir tableau I).

Une autre étude a utilisé les données de deux enquêtes (National Comorbidity Survey pour les Etats-Unis et **Ontario Health Survey** pour le Canada) et comparé l'utilisation des structures de soins en fonction du trouble psychiatrique et du handicap qui en découle (Katz et al., 1997). Les enquêteurs ont comparé (1) la prévalence à douze mois des troubles psychiatriques; (2) l'état de santé mentale (une auto-évaluation a été demandée aux participants); (3) le besoin d'aide perçu par les répondants dans les deux pays. L'impact de ces trois facteurs sur l'accès aux soins et sur le choix entre les différentes structures a été également comparé.

La prévalence des troubles psychiatriques semblait plus élevée dans la cohorte américaine avec respectivement des scores de dépression de 10,5 % contre 4,9 % et de dépendance à une substance de 6,8 % contre 4,5 % (Katz et al. 1997). Cette différence peut être en partie expliquée par la sensibilité diagnostique différente des deux questionnaires utilisés. De plus, aux Etats-Unis la proportion de patients présentant un état « grave » était de 7.8 % contre 3.4 % en Ontario. De la même manière dans la cohorte américaine, le pourcentage des sujets estimant avoir besoin d'aide pour un problème de santé mentale était plus élevé que dans la cohorte canadienne (19,4 % contre 11,7 %). La proportion de patients ayant reçu une aide quelconque (médicale, spécialisée ou sociale) était également plus élevée dans la cohorte américaine que dans la cohorte canadienne (12,9 % contre 7,9 %) et pour une morbidité plus basse. Les Américains qui présentaient un problème de santé mentale recevaient plus facilement de l'aide auprès de services spécialisés (77,2 % contre 54,6 %) ou également auprès de services sociaux ou des groupes d'entraide. Par contre la proportion de prises en charge en milieu médical non-spécialisé était plus importante au Canada (82,3 % versus 66,2 %) qu'aux Etats-Unis. Parmi les patients souffrant d'une dépendance à une substance, seul 28.8 % ont reçu de l'aide aux

Tableau I

La prévalence de la dépendance à l'alcool et l'utilisation des services

Nom de l'étude	Dépendance à l'alcool Prévalence à douze mois	Utilisation des services Prévalence à douze mois		Année et Méthode
		Services non spécialisés	Services spécialisés en addiction	
National Comorbidity Survey Etats-Unis C. Kessler 1994 *	7 %	20,9 % de ceux qui ont au moins un diagnostic DSM	4 % de ceux qui ont au moins un diagnostic DSM	1990-1992 9000 personnes non institutionnalisées âge: 15-54 ans Composite International Diagnostic Interview (CIDI)
	(prévalence vie entière) 14 %	20,9 % de ceux qui ont au moins un diagnostic DSM	4 % de ceux qui ont au moins un diagnostic DSM	
Ontario Health Survey Canada Steven J.Katz 1997	4,5 %	20,4 %		1990-1991 6000 personnes non institutionnalisées âge 18-54 ans CID interview dépendance à des substances
Netherlands Mental Health Survey Les Pays-Bas Rob V. Bijl 2000	(abus et dépendance) 8,2 %	Toute forme d'aide : 17,5 %	Généraliste : 12,3 % SSM : 8,7 %. Service hospitalier spécialisé : 1,2 %	1996 7100 personnes non institutionnalisées âge: 18-64 ans CID interview

* Les pourcentages mentionnés dans le tableau réfèrent à l'utilisation des services par tous ceux qui ont au moins un diagnostic DSM et pas de manière spécifique un diagnostic d'alcoolisme

Etats-Unis et 20,4 % au Canada. Pour l'abus de substance les proportions étaient respectivement de 15,8 % et de 12,8 % (Katz et al., 1997).

Les résultats de l'étude montrent que la présence d'un trouble psychiatrique, la gravité (perçue) de l'état de santé mentale et du handicap qui en résulte et la perception du besoin d'aide sont fort prédictifs de l'utilisation des soins. La présence d'une maladie mentale (en particulier celle d'un trouble de l'humeur ou anxieux) détermine souvent l'accès aux soins. Par contre ces facteurs sont peu déterminants dans le choix du type de soins (Katz et al., 1997).

Une étude réalisée aux Pays-Bas a utilisé les données de la **Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study** (l'enquête hollandaise de santé mentale) (Bijl et al., 2000) pour répondre aux questions suivantes : (1) Quelle est la probabilité qu'une personne atteinte de trouble psychiatrique utilise un service spécialisé en santé mentale ou d'autres structures médicales ou non-médicales ? (2) Quelles catégories de la population demandent de l'aide professionnelle pour des problèmes de santé mentale ? (3) Quels sont les besoins qui ne sont pas satisfaits ?

L'enquête a été faite dans la population non-institutionnalisée. Environ 7000 personnes âgées de 18 à 64 ans ont été interrogées. La Composite International Diagnostic Interview était le questionnaire utilisé. Les diagnostics psychiatriques ont été

basés sur le DSM-III-R. Les structures de soins ont été regroupées de la manière suivante : (1) *soins primaires* (médecin généraliste, médecin du travail, unité de crise non-psychiatrique, assistant social, infirmière à domicile), (2) *soins ambulatoires en santé mentale* (Service de Santé Mentale, consultation psychiatrique d'un hôpital général ou psychiatrique, centre spécialisé pour alcooliques et toxicomanes, psychiatre, psychologue, centre du jour), (3) *centre spécialisé hospitalier* (hôpital psychiatrique, centre spécialisé en dépendance, service psychiatrique) et (4) *aide informelle* (guérisseur, groupe d'entraide, assistance téléphonique, prêtre).

Les résultats montrent qu'environ 1 personne sur 4 a présenté au moins un trouble psychiatrique au cours des douze derniers mois qui ont précédé l'enquête et 33,9 % parmi eux ont demandé une aide professionnelle. La prévalence d'abus et de dépendance alcoolique était de 8,2 %. Parmi les patients alcooliques seul 17,5 % ont reçu de l'aide (dont soins primaires : 12,3 % ; soins ambulatoires en santé mentale : 8,7 %, centre spécialisé hospitalier : 1,2 %, aide informelle : 4,5 %) (voir tableau I). Alors que les troubles anxieux et dépressifs étaient prédictifs de l'utilisation de soins, la problématique alcoolique n'était pas prédictive de cette recherche d'aide, quelle que soit la structure de soins considérée.

Pour les auteurs, une des explications possibles à cette différence serait que les symptômes dépressifs et l'anxiété mènent à une limitation fonctionnelle importante dans la vie courante,

qui inciterait les sujets à demander de l'aide. La différence peut être en partie aussi expliquée par l'attitude de la société vis-à-vis de la consommation de l'alcool : elle est longtemps tolérée, considérée comme normale (Bijl et al., 2000). De plus, les auteurs supposent que les prises en charge au niveau des soins primaires et spécialisés sont plus élaborées pour les troubles dépressifs et anxieux que pour les troubles liés à l'alcool pour lesquels il existe des doutes sur l'efficacité. Les personnes avec un double diagnostic (un trouble lié à une substance et en même temps un autre trouble psychiatrique) auraient moins de probabilité de s'améliorer que celles qui n'abusent pas de substance, car cette catégorie de patients rencontre des critères d'admission aux soins plus stricts.

Le *tableau 1* résume les données des trois premières études concernant la prévalence de la dépendance à l'alcool et l'utilisation des services. Ces études ont été faites sur des échantillons qui étaient représentatifs de la population globale du pays concerné. La prévalence à douze mois de la dépendance à l'alcool varie entre 4,5 et 8,2 %. La prévalence sur la vie entière est de 14 %. Parmi les sujets atteints environ 20 % ont eu un contact avec un professionnel de la santé, qui n'était pas forcément spécialisé dans le domaine de l'alcoologie. Ces contacts pouvaient consister en une rencontre ponctuelle. Cette proportion est nettement inférieure à la proportion des patients recevant des soins dans le cadre d'un trouble anxieux ou dépressifs.

Pour déterminer l'utilisation des différentes structures de soins parmi les patients souffrant d'un trouble psychiatrique une autre étude a été menée aux Etats-Unis (Narrow et al., 1993). Le **National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area Program** a utilisé comme échantillon environ 20.000 personnes âgées de minimum 18 ans **qui étaient en cours de traitement** ou déjà soignées par des professionnels dans cinq régions des Etats-Unis. Les diagnostics ont été posés selon les critères du DSM-III. Les enquêteurs visaient à obtenir des informations sur l'utilisation des services hospitaliers (admissions pour problèmes de santé mentale et addictions), des services spécialisés et non-spécialisés en ambulatoire, ainsi que des services non-professionnels. Ils ont calculé l'accès aux soins, d'une part en fonction du nombre de personnes qui fréquentent les structures de soins en santé mentale ou pour addiction (une personne peut visiter plus d'une structure), d'autre part en fonction de la distribution du nombre de consultations entre les différentes structures. Finalement, ils ont calculé la moyenne de l'utilisation de ces services exprimée en nombre de visites par personne par an.

Les résultats montrent que 83 % des patients ambulatoires souffrant d'un trouble lié à une substance ont été vus dans au moins *une structure professionnelle* (centre médical général, centre spécialisé en santé mentale ou en addiction) et 36 % a fait usage des *structures de support volontaire* (groupes d'entraide, famille et amis) (Narrow et al., 1993). La structure professionnelle a donné lieu à 54,8 % des visites, tandis que celle du support volontaire à 45,2 %. La moyenne des visites

par personne par an était 10,8 dans le secteur professionnel et 20,6 dans le non-professionnel (voir le *tableau II* qui montre séparément les résultats relatifs aux troubles liés à l'alcool et aux drogues).

Les *groupes d'entraide* rencontrent 7,9 % des patients traités et représentent 20,6 % des consultations.

Il y a une différence significative entre le nombre de consultations de *médecine générale* pour des troubles liés à une substance et pour les autres troubles psychiatriques (8,4 % versus 11,4 %).

45 % des patients atteints d'un trouble lié à une substance ont été reçus dans *un centre spécialisé en santé mentale*. Par contre, si on compare le nombre de visites entre ceux qui souffrent d'un trouble anxieux ou d'un trouble dépressif et ceux qui abusent ou sont dépendants d'une substance, ces derniers ont beaucoup moins d'entretiens chez les spécialistes privés (19,5 %, 23,6 % et 12,1 % respectivement) et dans les centres de consultation rattachés à un hôpital psychiatrique (3,7 %, 1,7 % et 0,2 % respectivement).

Si on considère un par un les services spécialisés en santé mentale, on note que seuls 6,3 % des patients souffrant d'un trouble lié à une substance ont été soignés dans des cliniques ambulatoires spécialisées en addiction.

Il est important de signaler que 62 % des personnes qui consultent pour un trouble lié à une substance, présentent également une comorbidité psychiatrique.

L'étude donne quelques informations par rapport à l'utilisation des services hospitaliers aux Etats-Unis. Il est important de noter que seuls 13 % des patients hospitalisés pour alcoolisme sont soignés dans des services spécialisés dans les dépendances tandis que les autres se trouvent dans les services plus généraux. Cet aspect nous indique clairement l'importance d'une approche de psychiatrie de liaison pour l'abord des patients alcooliques.

Cette étude a par ailleurs démontré l'importance de l'abord par la médecine générale car 40-50 % des patients ont parlé de leur problème de santé mentale ou d'abus de substance à leur généraliste ou à des urgentistes. Il est aussi important de souligner que beaucoup de patients trouvent un support dans le réseau non-professionnel.

Cette recherche met clairement en évidence que les patients alcooliques ne se retrouvent pas essentiellement dans des structures spécialisées dans l'abus de substance, mais cherchent plutôt de l'aide dans tout le secteur de la santé mentale, y compris l'hôpital général (Narrow et al., 1993).

Une enquête australienne (**Australian National Survey**) s'est également occupée de l'utilisation des structures de santé mentale dans la population générale et celle présentant une maladie psychiatrique (Andrews et al., 2001). Les enquêteurs s'interrogent également sur les raisons qui empêcheraient les sujets atteints d'un trouble psychiatrique et qui pensent avoir besoin de soins d'en faire la demande.

Tableau II

Utilisation de soins de santé spécifiques parmi les patients atteints d'un trouble psychiatrique dont les troubles liés à une substance

Nom de l'étude	Type de consultation	Trouble de l'humeur		Trouble anxieux		Trouble lié à une substance				Tous diagnostics DSM	
		% personne	% visite	% personne	% visite	% p	% v	% p	% v	% personne	% visite
Australian National Survey Australie G. Andrews 2001	Généraliste (exclusivement)	25,4 %		13,6 %		5,9 %				13,1 %	
	Spécialiste en santé mentale	24,4 %		16,7 %		3,8 %				13,1 %	
	Autres professionnels de la santé (AS, médecin non-psychiatre) (exclusivement)	17,0 %		13,7 %		5,1 %				10,9 %	
	Tous les professionnels de la santé	66,8 %		44,0 %		14,7 %				37,1 %	
Netherlands Mental Survey Pays-Bas R. V. Bijl 2000	Soins primaires (généraliste, urgences)	53,9 %		31,9 %		alcool 12,3 %		drogue 30,0 %		27,2 %	
	Spécialiste en santé mentale	34,1 %		18,1 %		8,7 %		25,6 %		15,3 %	
	Service hospitalier psychiatrique	2,0 %		1,6 %		1,2 %		7,9 %		1 %	
	Secteur non-professionnel (guérisseur, groupe d'entraide)	20,1 %		13 %		4,5 %		13,5 %		10,4 %	
	Tout type de consultation	63,8 %		40,5 %		17,5 %		37,1 %		33,9 %	
Mental Health Epidemiologic Catchment Area Program Etats-Unis W. E. Narrow 1993	Professionnel de la santé (généraliste, urgences)	48,4	12,3	45,8	11,9	45,1	7,7	40,3	10,2	45,1	10,9
	Spécialiste en santé mentale	49,0	47	44,3	45,9	46,4	34,7	45,5	39,7	43,0	40,5
	Spécialiste en addiction	3,3	5,6	2,1	3,0	7,5	6,8	5,3	2,3	3,2	5,0
	Service humain (guérisseur, prêtre, etc.)	20,8	10,6	20,9	13,0	17,7	12,2	21,0	10,9	20,9	11,5
	Tous les professionnels de la santé	90,0	69,9	87,3	70,9	85,3	54,6	81,2	60,7	86,1	63,0
	Groupe d'entraide	6,0	14,1	4,8	10,8	8,7	22,8	7,4	11,2	5,2	14,4

Cette étude prend également comme base un échantillon représentatif de la population globale. Environ 10.000 personnes âgées de 18 ans ou plus ont été interrogées avec l'aide du Composite International Diagnostic Interview avec un taux de réponse de 78 %. Les diagnostics psychiatriques ont été basés sur les critères de DSM-IV. Les répondants ont également rempli des questionnaires interrogeant l'utilisation des services, le handicap lié à la maladie et leur perception de la nécessité de soins.

Il est important de signaler que dans cette étude des patients avec différents diagnostics ont dû choisir celui qui les troublait le plus et ont dû remplir le questionnaire de l'utilisation des soins en fonction de celui-ci.

Un neuvième de la population interrogée a rencontré un professionnel de la santé pour un problème de santé mentale au cours de l'année précédant l'enquête. Un tiers de ceux qui ont présenté un trouble psychiatrique a consulté, mais seul un neuvième a vu un professionnel de la santé mentale.

Les résultats montrent que les patients présentant un trouble de l'humeur consultent plus facilement (66,8 %) que ceux qui souffrent des troubles liés à une substance (14,7 %) (Andrews et al., 2001). Le pourcentage des personnes consultant les spécialistes de santé mentale a été également le plus élevé dans le groupe avec un trouble de l'humeur et le plus bas dans celui lié à la consommation de substances. Le nombre moyen de consultations par personne par an était 9,3 chez les sujets souffrant d'un trouble de l'humeur et 6,6 chez ceux souffrant d'un abus de substance.

Environ deux tiers des personnes atteintes d'un trouble psychiatrique ne consultent pas. Une partie de ces sujets sentent la nécessité du traitement mais n'en expriment pas la demande. Les patients qui souffrent d'un abus de substance perçoivent moins cette nécessité que ceux qui ont un trouble de l'humeur (14,8 % contre 58,2 %).

Les sujets qui souffrent d'une maladie psychiatrique et qui de plus ressentent le besoin d'un traitement justifiaient l'absence de demande d'aide par leur souhait de résoudre leur problème seul (Andrews et al., 2001).

Le *tableau II* résume les résultats de trois études concernant l'utilisation des secteurs spécifiques de santé parmi les patients atteints d'un trouble psychiatrique. Le tableau permet de voir la répartition des patients dans les différentes structures de soins (soins primaires, professionnels de la santé mentale, autres professionnels de la santé, secteur non-professionnel et groupe d'entraide). Le tableau montre également l'inégalité dans l'utilisation des services entre les différents troubles psychiatriques (trouble de l'humeur, trouble anxieux et trouble lié à une substance).

Les deux premières études sont des études de population générale, tandis que la troisième a pris comme base uniquement des patients qui étaient déjà traités. Les chiffres montrent pour chaque maladie le pourcentage des patients (ayant donc reçu un diagnostic selon le DSM) qui ont consulté un certain type de structure. La somme des pourcentages dépasse cent car une personne peut consulter plusieurs structures de soins. Il y a une grande différence dans les chiffres concernant les généralistes (soins primaires) car dans la première étude (Andrews et al., 2001) les auteurs comptent les personnes qui ont consulté uniquement un généraliste et aucun autre professionnel de la santé, tandis que dans les autres études (Bijl et al., 2000 ; Kessler et al., 1994) ce chiffre montre tous ceux qui ont consulté un généraliste, mais pas d'une manière exclusive. Les deux colonnes dans la troisième étude montrent le pourcentage des personnes qui ont consulté (1°) et le pourcentage du nombre total des consultations (2°) qui ont été faites pour un trouble spécifique.

Le *tableau II* montre clairement que les gens consultent beaucoup moins le réseau des professionnels de la santé pour des troubles liés à l'alcool (8,7-14,7 %) que pour des troubles de l'humeur (presque 70 %). Il est aussi frappant que seul un pourcentage faible des patients dépendant d'alcool fréquente les centres spécialisés en santé mentale (3,8– 8,7 % en Australie et au Pays-Bas ; 34,7 % aux Etats-Unis dont seulement 6,8 % utilise les services spécialisés en addiction). Ceci soutient l'importance de la médecine générale et d'autres professionnels non-spécialistes. Le nombre des visites chez les généralistes relatives à une consommation alcoolique est très faible aux Etats-Unis, mais semble être plus important aux Pays-Bas où le système de soins est organisé vers « l'out-reach » et témoigne d'une attitude proactive à l'attention des personnes dépendantes. Par contre la présence des groupes d'entraide dans les soins accessibles aux patients alcooliques est plus développée aux Etats-Unis qu'aux Pays-Bas.

L'étude détaillée de ces cinq grandes études épidémiologiques nous incite à conclure que malgré la grande prévalence des troubles liés à l'alcool, seul une petite minorité des patients a accès aux soins adéquats. Par ailleurs, ces résultats témoignent également du fait que les patients présentant un trouble lié à une substance pensent pouvoir résoudre par eux même leur assuétude et ne sont donc pas à la recherche de soins. Ces patients entrent plus facilement en contact avec des généralistes ou des médecins hospitaliers ne travaillant pas dans le domaine de la santé mentale. Enfin, une proportion importante de patients a

recours à des aides professionnelles non-médicales ou à des groupes d'entraide. Nous tenterons d'expliquer les raisons pour lesquelles les patients alcooliques accèdent difficilement à une aide psychiatrique dans la deuxième partie de ce travail.

QUELLES SONT LES BARRIÈRES QUI EMPÊCHENT L'ACCÈS DES PATIENTS ALCOOLIQUES À DES SOINS ADÉQUATS ?

Les patients souffrant d'alcoolisme postposent plus facilement la recherche d'aide professionnelle que ceux qui sont atteints d'autres maladies psychiatriques. Le délai (entre l'apparition de l'abus et la dépendance alcoolique et l'entrée en traitement) dépasse souvent les dix ans. Ce délai peut être expliqué en partie par le fait que les patients alcooliques ne se considèrent pas comme malades pendant très longtemps. Selon eux, ils consomment comme les autres et pensent conserver une maîtrise de la boisson. Par ailleurs, la consommation des boissons alcoolisées est très courante dans notre société et favorise la tolérance prolongée de l'entourage à la conduite de l'alcoolique.

Jusqu'il y a quelques années la recherche du traitement a été considérée comme une simple décision de la personne concernée. Depuis peu elle est perçue comme processus décisionnel complexe qui peut prendre beaucoup de temps.

Quatre étapes de ce processus ont été décrites par Saunders dans un article intitulé « *Person-related and treatment-related barriers to alcohol treatment* » (Saunders et al., 2006).

- La première étape est la reconnaissance du problème
- La deuxième est la décision de nécessité de changement
- La troisième est la reconnaissance de nécessité d'une aide professionnelle
- La quatrième est la recherche active d'une aide professionnelle (avec prise de rendez-vous)

Le passage d'une étape à l'autre de ce processus décisionnel séquentiel peut être empêché ou ralenti par un des facteurs dépendants soit de la personne, soit du traitement lui-même. Les facteurs « personnels » sont émotionnels ou cognitifs et vont empêcher le sujet de franchir les premières étapes du processus. Il peut s'agir par exemple d'attitudes négatives envers le traitement ou de difficulté à réaliser la gravité de la problématique de la consommation. Les facteurs relatifs au traitement lui-même portent sur sa forme, son coût, son efficacité ou encore la disponibilité des places.

BARRIÈRES PERSONNELLES À LA RECHERCHE DE SOINS : LES DEUX PREMIÈRES ÉTAPES DE LA DEMANDE D'AIDE

Le déni :

On appelle déni « le refus de reconnaître une réalité dont la perception est traumatisante pour le sujet » (Le Robert). Nous

distinguerons le déni de la réalité de l'alcoolisme du déni de la nécessité d'un changement.

Les phrases comme « je ne consomme pas beaucoup », « je bois comme les autres », « tout le monde boit cette quantité », « je ne suis jamais ivre » illustrent le déni relatif à la réalité de la problématique alcoolique. Il permet à la personne de se raccrocher à la normalité du groupe social.

L'étape suivante est la reconnaissance de la nécessité d'un changement. Les sujets qui éprouvent des difficultés à ce stade, ont tendance à minimiser l'impact négatif de la consommation sur leur vie ou rationalisent leur comportement en trouvant des excuses, des facteurs extérieurs. Les phrases suivantes reflètent le déni lié à cette deuxième étape : « je peux arrêter quand je veux », « je bois parce que ma femme est partie », « je bois parce que j'ai mal au dos », « dans mon métier il faut boire pour être reconnu ».

Le déni est plus ou moins conscient, il s'agit d'un mécanisme de défense contre un jugement négatif que le sujet porte sur lui-même, où se mêlent honte, culpabilité et rejet du soi. Le déni entraîne la poursuite d'une alcoolisation considérée comme incontournable et impossible à modifier (Toussaint et al., 2006).

La honte :

La honte (stigma social) constitue aussi un frein important de l'accès aux soins. Au début de l'histoire de son alcoolisme, le sujet commence à boire pour résoudre ses problèmes, pour se détendre. Progressivement l'alcool prend toute la place et devient la source du problème. L'entourage commence à s'impatienter, devient accusateur, rejetant. Le sujet éprouve de la honte, n'ose pas parler de sa consommation par peur d'être jugé. Le déni peut être un moyen pour éviter ce sentiment de honte. Le sujet entre dans un cercle vicieux et continue à boire pour ne pas ressentir la honte. La peur de la réaction des autres peut l'amener à consommer en cachette. La honte peut contribuer au silence de l'alcoolique qui se manifeste bien souvent aussi face à son médecin (Toussaint et al., 2006).

Auto-stigma :

Différent de la honte qui est une réaction au regard de l'autre, l'auto-stigma (Corrigan et al., 2004) est l'image négative que le sujet a de lui-même, liée à la perte de confiance en soi et en ses propres capacités à résoudre ses problèmes. Ceci mène à la poursuite de la consommation car le sujet ne se sent pas capable de trouver une autre solution.

Nous pouvons donc nous interroger sur les facteurs personnels qui permettent à un individu alcoolique d'accéder à des soins. Les chercheurs ont démontré que l'intensité et la fréquence d'événements négatifs dans la vie et le dysfonctionnement psychosocial lié à la consommation étaient prédictifs de la recherche d'aide ou de traitement (Saunders et al., 2006 ; Tucker et al., 2004). Ces résultats suggèrent que le sujet arrive à surmonter le déni et la honte pour réduire les problèmes liés à l'alcool. A l'inverse, la quantité et la fréquence de la consommation n'étaient pas prédictives de la demande de traitement

(Saunders et al., 2006). La reconnaissance de la problématique alcoolique et de la nécessité d'un changement est plus probable quand le sujet est en même temps en détresse psychologique ou souffre également de dépression ou d'un trouble anxieux (comorbidités). Ceci permet de comprendre un des paradoxes de l'accompagnement thérapeutique des patients alcooliques : les patients qui sont réticents à aborder leur problème d'alcool pendant des durées prolongées ce qui participe à sa chronicisation, formulent généralement une première demande d'aide dans l'urgence. Cette demande urgente qui ne semble pas cohérente induit régulièrement un rejet de la part des soignants. Cette question de l'urgence mérite d'être abordée, « travaillée » par les équipes thérapeutiques car la détresse qui permet la levée du déni est bien souvent un excellent levier pour entamer un processus de soins.

LES BARRIÈRES LORS DES DEUX DERNIÈRES ÉTAPES DU PROCESSUS DE DEMANDE D'AIDE

Les étapes suivantes sont la reconnaissance du besoin d'une aide professionnelle et la recherche active de cette aide. Ces étapes ne suivent pas obligatoirement les précédentes. En effet, de nombreux patients essaient de trouver des solutions par eux même avant d'arriver à la conclusion qu'ils doivent recourir à une aide extérieure. Ils y arrivent parfois.

L'étude de Saunders citée plus haut a comparé les obstacles rencontrés par deux groupes des patients (Saunders et al., 2006) : un premier groupe des patients alcooliques reconnaissait avoir besoin d'aide professionnelle, mais ne la recherchait pas activement (stade 3) ; un deuxième groupe recherchait activement un traitement (stade 4). Il a été demandé aux participants de coter de 0 à 4 l'influence de chaque barrière. Les chercheurs ont proposé et investigué les obstacles suivants comme barrières possibles à l'accès aux soins :

Barrières liées au sujet

- Volonté de gérer le problème par soi-même
- Croyance du sujet en ses capacités de gérer le problème seul, sans aide professionnelle
- Sentiment de honte lié à l'abus d'alcool
- Absence de motivation pour l'arrêt de la consommation
- Crainte du jugement des autres suite à l'aveu du problème de boisson
- Sentiment d'incapacité à partager le problème avec un autre
- Sentiment de honte de devoir recourir à une aide professionnelle
- Absence de raisons d'arrêter de boire

Barrières liées au traitement

- Manque d'information sur les structures de soins: accessibilité, mode de fonctionnement, localisation
- Manque d'information sur les coûts financiers du traitement
- Manque de confiance dans l'efficacité du traitement
- Difficulté à prendre du temps pour se soigner

Les résultats ont démontré que l'accès aux soins était plus freiné par les barrières liées à la personne que celles liées au traitement même à cette dernière étape de prise de décision de demander de l'aide professionnelle. Un des freins qui différenciait les deux groupes était le manque de motivation à arrêter la consommation.

Finalement les seules différences significatives entre les deux groupes étaient « la volonté de gérer le problème seul » et « la croyance du sujet en ses capacités à gérer le problème seul, sans aide professionnelle » (Saunders et al., 2006). Ces deux motifs nous renvoient indirectement à la question de l'auto-stigma. La volonté de résoudre seul le problème peut être vu comme une sorte de peur du patient de perdre le peu de contrôle qu'il a sur lui-même, de perdre le peu d'estime qu'il garde de lui-même, de peur d'une ultime défaillance narcissique, aveu ultime d'une faiblesse qu'il veut se cacher. Nous mesurons bien que la volonté du patient alcoolique de résoudre seul sa problématique reflète souvent un sentiment d'auto-suffisance qui masque difficilement son sentiment de défaillance.

Tenant compte des difficultés des patients alcooliques à demander de l'aide telles qu'elles ont été décrites dans les deux premières parties de cet article, nous avons créé une structure hospitalière pluridisciplinaire pour accueillir ces patients, dans laquelle nous avons été attentifs à abaisser le seuil d'accès aux soins pour ces patients. Cette approche élaborée dans le cadre de la psychiatrie de liaison en collaboration avec des collègues gastroentérologues et qui tient compte aussi de l'aspect somatique de l'affection permet, dans certaines situations, d'aider les patients qui hésitent, qui se trouvent encore à la troisième étape d'acceptation des soins, à entrer dans un processus de soins spécialisés.

Nous allons d'abord, dans la troisième partie de cet article, décrire la structure et le fonctionnement de cette unité avant de décrire dans la quatrième partie de quelle manière nous parvenons éventuellement à atteindre un groupe de patients cibles qui n'avaient jusqu'alors pas accédé à des soins spécialisés.

DESCRIPTION DE L'UNITÉ

Tenant compte d'expériences antérieures de collaboration des services de psychiatrie et de gastroentérologie dans le domaine de l'alcoologie, qui avaient révélé l'existence d'un besoin réel face à des patients présentant des signes d'appel du côté somatique ou psychiatrique, nous avons créé en 2003 l'Unité Intégrée d'Hépatologie au sein des Cliniques Universitaires Saint Luc. Nous avons volontairement choisi un nom qui fasse référence à la facette somatique plutôt que psychiatrique pour avoir plus de chance de toucher ces patients. En effet, ils acceptent souvent plus facilement de reconnaître que leur corps est en danger que de reconnaître souffrir d'une maladie psychiatrique. Cette unité, qui est née de la collaboration du service de gastroentérologie avec le secteur de psychiatrie de liaison, est

localisée dans un service de médecine interne. L'hospitalisation comprend deux fois une semaine de séjour à la clinique avec une semaine d'intervalle où le patient retourne à domicile.

Au cours de la *première semaine*, les patients subissent un sevrage physique avec support médicamenteux, un bilan inter-nistique très complet, un bilan neurologique et ont leurs premiers entretiens avec le psychiatre et le psychologue. Le patient a également la possibilité de faire appel à une assistante sociale et à une diététicienne.

La *semaine intermédiaire* de retour à domicile confronte le patient aux réalités du milieu où il consomme habituellement. Le fait de savoir que cela fait partie du traitement et qu'il revient à l'hôpital une semaine plus tard permet au patient de se mettre au travail, de réaliser et noter les difficultés rencontrées au quotidien par rapport à l'alcool et souvent aussi de retrouver une confiance dans ses capacités à résister à la boisson. Cette semaine lui permet donc d'évoluer sur les deux facettes du **déni** et de l'**auto-stigma**. En cas de rechute, le patient est bien obligé de reconnaître que son discours habituel sur ses capacités à se séparer de l'alcool, discours du genre « je peux gérer le problème seul », « cette fois-ci je sens que c'est la bonne, je ne vais jamais plus recommencer », et qui empêche tout travail d'élaboration, n'est plus approprié. De plus les sujets peuvent expérimenter une attitude nouvelle, non-culpabilisante de la part des soignants, ce qui permet d'établir un lien de confiance et permet d'éviter la répétition du schéma classique où après une rechute la personne prise par la **honte** n'ose plus demander de l'aide. C'est du moins ce que nous voudrions obtenir.

La *deuxième semaine* d'hospitalisation est consacrée principalement à l'abord psychologique et psychiatrique de la problématique (rencontres individuelles avec le psychiatre et le psychologue, mais aussi rencontre(s) avec un ou plusieurs membres de l'entourage). Le but de cette semaine est de discuter comment le patient pourrait maintenir l'abstinence et mettre en place un suivi ambulatoire durable et soutenant. Le gastroentérologue avec qui le travail se fait en équipe transmet au cours de cette deuxième semaine les implications de la consommation sur le plan physique, qui constituent bien souvent une motivation considérable à arrêter.

L'unité travaille en collaboration avec les *urgences psychiatriques* qui sont une des **portes d'entrée** possible pour les patients alcooliques. Ces personnes viennent fréquemment au milieu de la nuit avec une demande « d'ici et maintenant » ou suite à une crise familiale ou un accident. Ce premier contact permet d'organiser rapidement une rencontre avec notre équipe et en même temps de surseoir à l'attente d'une solution immédiate souvent demandée plus par l'entourage que par le patient alcoolique lui-même.

Un autre envoyeur possible est le *médecin généraliste* qui adresse les patients en consultation de gastroentérologie ou directement chez le psychiatre selon qu'il est ouvert ou non à l'abord psychiatrique.

Certains patients sont également adressés par leur *psychiatre traitant* qui demande un soutien hospitalier à la problématique alcoolique que le patient ne parvient à résoudre en ambulatoire.

Une partie des patients arrivent dans notre unité par le biais de la *psychiatrie de liaison*, car nos collègues sont appelés à aborder souvent pour une première fois la question de la consommation avec les patients alcooliques, qui sont hospitalisés pour des complications physiques d'une consommation régulière d'alcool (cirrhose, pancréatite, crise d'épilepsie).

La porte d'entrée la plus spécifique à notre unité pluridisciplinaire est celle du *gastroentérologue*. Il est amené à rencontrer des patients qui ne viendraient pas voir un psychiatre, probablement parce qu'il leur est plus facile de formuler une plainte physique que d'imaginer qu'ils ont une difficulté psychique. Ce sont des personnes qui ne voient pas d'emblée le lien entre leur consommation et leurs plaintes physiques. Pour eux, ils consomment comme tout le monde. Ils ne se considèrent pas malades et surtout pas alcooliques.

Le rôle difficile de l'interniste comme celui du généraliste est de démontrer aux patients que leur santé est en train de se dégrader à cause de la prise de boisson. Il est indispensable qu'il soit sensible à la problématique alcoolique et qu'il ose aborder le sujet avec son patient. Faute d'un travail autour des habitudes de boisson, le colmatage des dégâts somatiques ne donne que des résultats temporaires.

SPÉCIFICITÉS DE L'UNITÉ

Cette unité est ouverte et partage les locaux avec d'autres activités médicales, ce qui contribue à déstigmatiser ces prises en charge et à améliorer l'accès aux soins pour ces patients. Un travail a été entrepris avec l'équipe infirmière (non-spécialisée en psychiatrie) autour de la fonction d'accueil pour éviter que les attitudes de ces patients ne provoquent leur rejet. Il s'agit d'un travail à long terme, qui porte sur une amélioration de la compréhension de la problématique alcoolique, un apprentissage du travail avec les patients présentant un trouble de la personnalité, le maintien d'une motivation face à la répétition des épisodes de rechute. Le travail de l'équipe infirmière, qui assure la continuité des soins tout au long du nyctémère et des week-ends est loin d'être évident, car elles sont souvent interpellées par des situations émotionnellement éprouvantes.

Le cadre du service tient compte de la fragilité narcissique des patients. Il est clair et prédéfini et ne doit pas être négocié en permanence. Le service ouvert témoigne aux patients notre confiance dans leurs capacités à rester abstinents. Il les responsabilise et leur permet de retrouver confiance en eux.

Le côté organique de la prise en charge est très important, car il permet de considérer le sujet dans sa globalité. Il témoigne de la préoccupation que nous avons de lui et de son corps, ce qui est renarcissant. S'occuper du corps et des conséquences somatiques de l'alcoolisme favorise une prise de conscience de la gravité de la situation de la part du patient. Le patient qui est

tellement pris par le déni (de l'alcoolisme ou de ses conséquences) est ramené à la réalité. La prise de conscience de son état de santé le fait souvent réagir.

L'approche combinée (somatique et psychiatrique) permet de toucher les patients qui ont encore des difficultés à accepter d'avoir une maladie qui relève, au moins partiellement, de la santé mentale. C'est sûrement un des atouts importants de cette approche alcoologique de liaison : il permet, sous couvert de l'abord somatique, d'aborder discrètement des questions qui touchent à la vie psychique des patients. Le fait que l'unité se trouve dans un service de médecine interne facilite également l'accès aux patients qui ne pourraient narcissiquement accepter des soins dans une unité psychiatrique. Les patients alcooliques qui ont déjà perdu tant de choses (sur le plan professionnel, financier et familial) sont fréquemment au bord de l'effondrement narcissique. Il faut tenir compte de leur fragilité pour pouvoir les accompagner vers une reconstruction. Pour un certain nombre de patients, entrer dans un processus de soins par le biais du corps est plus acceptable, car ils ont moins l'impression de perdre le contrôle sur leur vie. Les interventions du somaticien sont plus facilement acceptées dans un premier temps que celles du psychiatre. En effet, l'intervention de ce dernier est perçue comme plus menaçante. L'acceptation des soins psychiatriques équivaut dans la mentalité des patients à ne plus savoir s'en sortir seul, à ne plus être capable de gérer sa vie ou, pire, son propre psychisme. Selon Saunders (2006) c'est justement le dernier obstacle avant de réellement chercher de l'aide et d'entrer dans un traitement. La structure de notre unité permet de passer ce cap sans une nouvelle blessure narcissique. L'abord somatique permet la rencontre et évite ce sentiment de perte de contrôle de soi et donc cette nouvelle blessure narcissique.

La fonction principale de ces prises en charge est d'instaurer un questionnement sur les habitudes de boisson et d'entreprendre des premières ébauches de réflexion. Un suivi psychologique ou psychiatrique à plus long terme est proposé afin d'améliorer les chances de succès du projet d'abstinence en permettant au patient de découvrir les raisons qui l'ont amené à boire et les mécanismes qui ont perpétué ses habitudes.

Notre hypothèse du travail était que l'approche pluridisciplinaire de notre unité favorise l'accès aux soins d'un nombre important de sujets qui n'arriveraient pas à entrer dans une prise en charge plus classique de santé mentale. La prise en charge combinée (médecine interne et psychiatrie) permettrait l'accès à des soins psychiatriques adéquats, d'une part aux personnes qui commencent à faire des liens entre leurs problèmes physiques et l'alcoolisme et qui n'ont jamais rencontré de psychiatre auparavant et d'autre part aux sujets narcissiquement fragiles qui ne pourraient pas accepter des soins psychiatriques traditionnels par peur de perdre tout contrôle sur leur vie et de perdre l'estime d'eux-mêmes.

Dans la partie suivante de cet article nous allons évaluer dans quelle mesure notre modèle d'hospitalisation favorise effectivement l'accès aux soins. Dans cet objectif nous allons d'une part

vérifier si l'hospitalisation dans notre unité constitue pour certains patients une première prise en charge de leur problématique alcoolique et d'autre part évaluer la proportion des patients qui entament un suivi ambulatoire, qui dans la littérature est une des conditions importantes pour le maintien de l'abstinence à long terme (Edwards et al., 1987).

POPULATION CIBLE DE L'UNITÉ CLINIQUE ET RÉSULTATS OBTENUS

MÉTHODE

Cette partie de l'article reprends les données concernant les patients qui ont été hospitalisés lors des premiers dix-huit mois de fonctionnement de l'unité.

Nous avons recueilli des informations par rapport aux antécédents de suivis ou d'hospitalisations en psychiatrie et/ou en gastroentérologie. Nous avons également examiné les types d'envoyeurs dans notre service et le mode de déroulement du séjour.

En ce qui concerne les résultats obtenus à la suite du séjour hospitalier, nous avons calculé le pourcentage des patients abstinentes après un et six mois. Les critères d'abstinence étaient ceux décrits par Noël et al (2002). Le nombre de suivis psychiatriques entrepris par la suite a été également calculé.

Nos données concernent 176 personnes, dont 117 hommes (66.5 %) et 59 femmes (33.5 %). Les patients étaient âgés de 24 à 80 ans. La moyenne d'âge était de 51.3 ans (SD = 10,63). La moyenne d'âge chez les femmes était 51.5 ans (SD = 10.9) et chez les hommes 51 ans (SD = 10.6).

ANTÉCÉDENTS

Les données concernant les antécédents de suivis et d'hospitalisations sont reprises au *tableau III*.

Parmi les patients hospitalisés 35 % n'avaient jamais rencontré de psychiatre ou de psychologue auparavant. Seulement 53 % des patients avaient eu un suivi psychiatrique ou psychologique récent (au cours des derniers mois ou dernière année).

Tableau III

Antécédents de suivi psychologique ou psychiatrique et d'hospitalisation en psychiatrie ou en gastroentérologie

	Rencontre avec un « psy »	Hospitalisation en psychiatrie	Hospitalisation en gastroentérologie
Oui (avec suivi récent)	64 % (53 %)	43 % (17 %)	18 %
Non	35 %	56 %	64 %
Inconnu	1 %	1 %	18 %

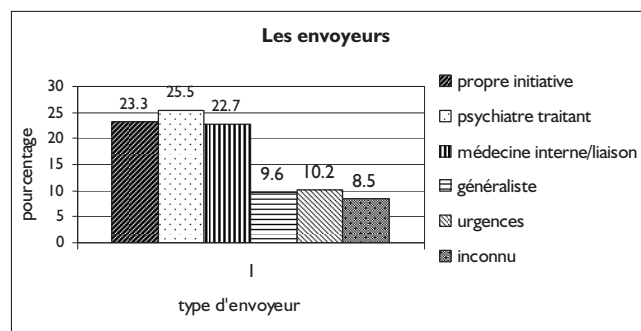
43 % des personnes avaient déjà été hospitalisées en psychiatrie. 17 % des patients avaient bénéficié d'un suivi ambulatoire récent et avaient également des antécédents de séjour en psychiatrie

18 % (31 personnes) des patients avaient déjà séjourné dans un service de gastroentérologie.

ENVOYEURS

Différents canaux d'admission ont été répertoriés et sont décrits à *la figure 1*. Une proportion similaire de patients, équivalente à un quart environ, venait de leur propre initiative, était adressée par le psychiatre traitant ou à partir d'un autre service de l'hôpital (gastroentérologie ou psychiatrie de liaison). Environ 10 % des patients étaient envoyés par le service des urgences psychiatriques ou par le médecin généraliste.

Figure 1
Répartition des patients en fonction du type d'envoyeur



ÉVOLUTION AU COURS DU SÉJOUR

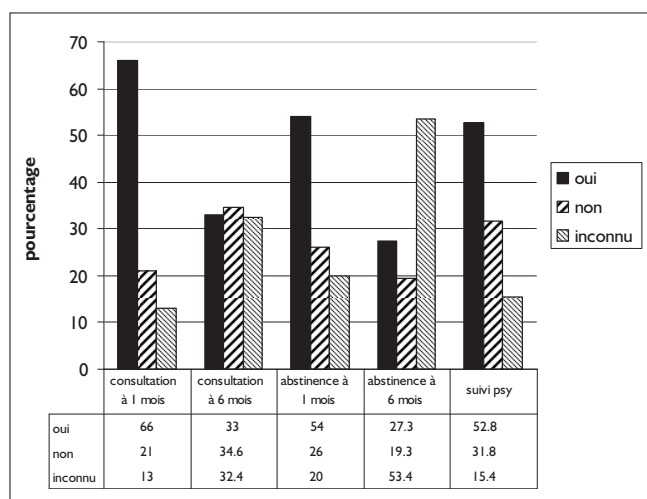
Une des questions que nous nous posons en construisant un cadre de soins aussi ouvert (les patients sont libres de circuler dans l'hôpital mais tenus par contrat de ne quitter l'unité que pour des durées limitées) est la capacité des patients à maintenir l'abstinence. En cas de suspicion de consommation, il est convenu avec les patients que nous pourrions vérifier celle-ci par un prélèvement pour dosage de l'éthanolémie. Durant le séjour nous n'avons remarqué une consommation d'alcool que chez 13 % des patients (23 personnes), ce qui nous semble être un bon résultat compte tenu de la structure ouverte du service.

Par ailleurs, il était important de vérifier que ce modèle d'hospitalisation scindée n'entraînait pas une tendance marquée à l'interruption des séjours. Après admission, 9,6 % des patients ont interrompu leur séjour de manière volontaire au cours d'une des deux semaines et seul 9 % ne sont pas revenus pour la deuxième semaine après la semaine passée à domicile. La proportion élevée de retours lors de la deuxième semaine témoigne d'une excellente adhésion des patients à cette formule d'hospitalisation.

ÉVOLUTION DANS LE DÉCOURS DU SÉJOUR

Au cours de l'hospitalisation nous tentons de mettre en place un suivi ambulatoire par un psychiatre ou un psychologue, car nous croyons que le suivi est important pour le maintien de l'abstinence. La qualité du suivi est d'ailleurs un excellent index thérapeutique dans le cadre de la problématique alcoolique. De plus, même si la personne est déjà suivie sur le plan psychiatrique, nous proposons de la revoir à 1 et à 6 mois de distance, pour effectuer avec elle un bilan de ses capacités à résister à l'attrait des boissons alcoolisées et évaluer si les propositions faites au cours du séjour hospitalier étaient pertinentes et applicables. 66 % de patients sont revenus à la consultation après un mois et 33 % après six mois (voir figure 2).

Figure 2
Résultats à 1 mois et à 6 mois



Par ailleurs, nous nous sommes également efforcés d'évaluer l'évolution de l'abstinence à un et à six mois (voir figure 2). Nos données concernant l'abstinence à un et à six mois incluent également certaines personnes qui ne se sont pas présentées lors de leur rendez-vous mais pour qui nous avons gardé un contact avec leur généraliste, psychiatre ou interniste traitant qui nous tiennent au courant de l'évolution de l'état de leurs patients. A six mois de distance, nous avons perdu la trace de 53 % des patients. Parmi l'ensemble des patients entrés pour hospitalisation, 54 % étaient abstinentes après un mois et 27,3 % à six mois. Ce chiffre ne tient pas compte des patients perdus de vue et pour lesquels nous ignorons s'ils sont restés abstinentes ou non. Cependant, sur les 58 personnes qui sont revenues à la consultation après six mois, 42 (72 %) étaient abstinentes.

Parmi les patients qui ne sont pas restés abstinentes, certains sont quand même revenus à la consultation aux Cliniques St Luc. Ceci pourrait signifier que l'équipe est parvenue à tisser un lien de confiance suffisant avec ces sujets pour qu'ils puissent se présenter chez nous malgré la honte de la rechute. Par ailleurs, pour une certaine sous population de patients, souvent très fragiles ou vivant des situations familiales très difficiles

(séparation, perte de la garde des enfants, isolement social, perte d'emploi...) nous nous rendons compte qu'un travail à plus long terme s'impose en général et n'est pas forcément orienté vers une recherche immédiate d'abstinence. Parmi les 176 patients hospitalisés au cours de ces premiers dix-huit mois d'activité, 26 (15 %) ont été hospitalisés deux fois, tandis que 4 (2.3 %) sont revenus trois fois.

Chez ces patients, l'abstinence sera parfois atteinte après 2, 3 ou 4 séjours.

Un de nos objectifs principaux était également la mise en place d'un suivi à long terme. Avant hospitalisation 31 % des patients avaient eu un suivi psychiatrique ou psychologique récent. Après hospitalisation 52,8 % de 176 personnes avaient un suivi ambulatoire psychiatrique ou psychologique régulier. Nous n'avons pas d'information sur 27 personnes (15.3 %) concernant le suivi (voir figure 2).

DISCUSSION ET CONCLUSION

La dépendance alcoolique est un trouble psychiatrique très fréquent dans notre société (prévalence à douze mois : 4.5 à 8.2 %) (Bijl et al., 2000 ; Katz et al., 1997 ; Kessler et al., 1994) et constitue un problème de santé publique majeur avec des répercussions importantes sur le plan des individus et de leur famille. Elle a également des conséquences très marquées sur le plan socio-économique (COM, 2006).

Les études épidémiologiques montrent bien que malgré sa grande prévalence cette maladie reste sous-traitée. La majorité des alcooliques ne reçoivent pas de traitement adéquat, ils n'ont pas accès à des soins appropriés. De plus les structures psychiatriques spécialisées n'arrivent à attirer qu'une minorité des patients alcooliques (même parmi ceux qui sont déjà en traitement) (Andrews et al., 2001 ; Bijl et al., 2000). Les rencontres avec les médecins se font plus volontiers, soit chez le généraliste, soit chez les spécialistes hospitaliers qui appartiennent à la sphère somatique.

L'objectif poursuivi en fondant l'**unité intégrée d'hépatologie**, issue de la collaboration entre psychiatrie de liaison et gastroentérologie était justement de toucher les patients alcooliques qui entrent en contact avec l'hôpital par la sphère somatique. Le but était donc d'abaisser le seuil d'accès aux soins et d'atteindre un groupe de patients qui n'avaient jusqu'alors pas accédé à une prise en charge spécialisée.

Cette unité tient compte à plusieurs niveaux de la fragilité narcissique des patients alcooliques. Ces personnes ont souvent déjà perdu énormément de choses sur le plan familial, professionnel et organique. L'alcool a pris la direction de leur vie et ils ont perdu confiance dans leur capacité à retrouver la maîtrise de leur vie. Un des freins principaux pour accéder à des soins est la croyance du sujet qu'il serait capable de s'en sortir seul (Saunders et al., 2006). La personne peut difficilement renoncer à cette conviction, car ce serait vécu comme une ultime défaillance narcissique. Une personne fragilisée sur

le plan narcissique peut plus facilement accepter un discours médical tenu par un somaticien et centré sur le corps que celui de psychiatres ou psychologues susceptible d'interroger « la sphère psychique », dont il nie une défaillance qu'il pressent cependant. L'approche combinée (somatique et psychiatrique) permet alors au sujet d'entrer en traitement. Dans un deuxième temps, au cours du séjour, nous parvenons à aborder les aspects plus psychiatriques et les patients se rendent compte eux-mêmes de la nécessité d'une prise en charge spécialisée au long cours.

Les résultats présentés dans la quatrième partie de cet article suggèrent qu'en effet nous arrivons à toucher un groupe de patients dont l'accès à des soins psychiatriques spécialisés ne serait jamais survenu ou de manière beaucoup plus tardive. Nous reprenons ici quelques résultats pour étayer cette constatation.

Une partie importante (22,7 %) de nos patients arrivent dans le service par la médecine interne ou la psychiatrie de liaison, qui ne sont pas des portes d'entrée classiques dans les services de psychiatrie habituels.

Parmi les patients hospitalisés, 35 % n'avaient jamais rencontré de psychiatre ou de psychologue auparavant et profitent de ces hospitalisations pour réaliser ce premier contact et aborder de manière différente leurs difficultés de vie.

Le fait que le service soit ouvert et que nous faisons confiance aux patients dans leur capacité à maintenir l'abstinence est un pari qui nous a semblé fructueux car il y a peu de rechutes (13 %) et d'interruptions au cours du séjour (9,6 %). Ceci tient peut-être en partie à la dimension renarcissisante que soutient cette attitude confiante.

Concernant les résultats après l'hospitalisation (rechute et suivi psychiatrique), ce qui nous semble le plus important est que, suite au séjour, 52,8 % des patients avaient un suivi psychiatrique

ambulatoire par rapport aux 31 % du départ. Un tiers des patients qui n'avaient pas rencontré de psychiatre auparavant a entamé un suivi psychiatrique.

Nous devons cependant remarquer des limites à notre travail. En effet, si nous observons des résultats qui nous semblent intéressants, il serait utile dans le futur de comparer ces résultats avec ceux de services de psychiatrie « classique », spécialisés dans la prise en charge de patients alcooliques pour mettre mieux en évidence les différences entre les groupes de patients qui utilisent les deux types de structures et davantage se rendre compte de leur complémentarité. De plus, les résultats que nous avons obtenus portent sur l'activité de l'unité au moment où elle démarrait. Nous avons appris avec le temps à utiliser différemment « l'outil » que nous avons créé. Il serait donc utile de répéter ces mesures pour vérifier avec le recul si elles sont toujours pertinentes. Enfin, nous devons rester très prudents dans l'interprétation des résultats d'abstinence six mois après la sortie de l'hôpital. Ils s'appuient sur le témoignage des patients et il est probable que dans certains cas la consommation ait été niée ou minimisée. Cependant les critères d'abstinence utilisés n'étaient pas des critères d'abstinence absolue mais désignaient l'absence de rechute définie comme la consommation de plus de 4 unités d'alcool par jour pendant plus de 4 jours par semaine, ou des situation nécessitant une nouvelle hospitalisation (Noël et al., 2002). 27 % de notre population totale remplissait ces critères. Il faut souligner que nous n'étions pas en mesure de répondre à cette question de la rechute pour 53 % des patients, que nous avons considéré par prudence comme ayant rechuté.

Ce modèle pilote nous paraît suffisamment pertinent pour que nous encourageons la création d'autres unités interdisciplinaires qui pourraient s'inspirer de près ou de loin au modèle que nous avons développé. Nous sommes prêts à soutenir de notre expérience ce type d'initiative.

RÉSUMÉ

La dépendance à l'alcool constitue un problème de santé publique majeur. **La première partie** de ce travail est une revue des principales études épidémiologiques qui témoignent du déficit d'accès aux soins des patients alcooliques. **La deuxième partie** est une analyse des obstacles principaux à l'accès aux soins de ces patients. **Dans la troisième partie**, nous décrivons notre modèle pluridisciplinaire d'hospitalisation scindée destiné à contourner ces obstacles. **Dans la quatrième partie** du texte, nous décrivons les résultats d'une étude portant sur 176 patients, hospitalisés au cours des 18 premiers mois de fonctionnement de l'unité et qui suggèrent que cet abord pluridisciplinaire, qui met au départ l'accent sur le corps, permet un accès à des soins psychiatriques et à un éventuel suivi psychologique ou psychiatrique pour des sujets qui n'avaient jamais entrepris ce type de démarche.

SAMENVATTING

De alcoholafhankelijkheid is een zeer belangrijk probleem in de volksgezondheid. **In het eerste deel** van dit werk geven we een overzicht van de belangrijkste onderzoeken. Die tonen een deficit naar de toegang tot de zorg voor alcoholische patiënten. **In het tweede deel**, ontleden we de voornaamste hinderpalen in de toegang tot de zorg voor die patiënten. **In het derde deel**, beschrijven we een opgesplitst hospitalisatiemodel binnen onze pluridisciplinaire structuur. **In het vierde deel**, beschrijven we de resultaten van een onderzoek van 176 verschillende patiënten, gehospitaliseerd in de loop van de eerste achttien maanden werking van de dienst. De resultaten suggereren dat deze pluridisciplinaire nadering, die vanaf het begin het accent op het lichaam plaatst, een psychiatrische zorg en psychologische of psychiatrische begeleiding toegankelijk kan maken voor een populatie die een dergelijke poging nooit had ondernomen.

BIBLIOGRAPHIE

Andrews G., Issakidis K., Carter G. *Shortfall in mental health service utilisation*, Br J Psychiatry, 179, pp. 417-425 (2001).

Bijl R.V., Ravelli A. *Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population : results of the Netherlands mental health survey and incidence study*, Am J Public Health vol. 90 No. 4., pp. 602-605 (2000).

Communication de la Commission européenne. *Une stratégie de l'Union européenne pour aider les Etats membres à réduire les dommages liés à l'alcool*, Doc. COM (2006) 625 final du 24 octobre 2006.

Corrigan P. *How stigma interferes with mental health care*, Am Psychol, 59 pp. 614-625 (2004).

Edwards G., Brown D., Duckitt A., Oppenheimer E., Sheehan M., Taylor C. *Outcome of Alcoholism : the structure of patient attributions as to what causes change* : Br J Addict, vol. 82, pp. 533-545 (1987).

Katz S.J., Kessler R.C., Frank R.G., Leaf Ph., Lin E., Edlund M. *The use of outpatient mental health services in the United States and Ontario : The impact of mental morbidity and perceived need for care*, Am. J Public Health ; vol. 87, no.7, pp. 1136-1143 (1997).

Kohn R., Saxena Sh., Levay I., Saraceno B. *The treatment gap in mental health care*, Bulletin of World Health Organization ; vol. 82 no. 11 Genève (2004).

Kessler R.C., McGonagle K., Zhao S. Nelson Ch.B., Hughes M., Eshleman S., Wittchen H.-U., Kendler K.E. *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States*, Arch Gen Psychiatry ; 51, pp. 8-19 (1994).

Narrow W.E., Regier D.A., Rae D.S., Manderscheid R.W., Locke B.Z. *Use of mental services by persons with mental and addictive disorders*, Arch Gen Psychiatry, vol. 50 (1993).

Noël X., Sferrazza R., Van Der Linden M., Paternot J., Verhas M., Hanak C., Pelc I., Verbanck P. *Contribution of frontal cerebral blood flow measured by (99m)Tc-Bicisate spect and executive function deficits to predicting treatment outcome in alcohol-dependent patients*, Alcohol. Vol 37(4), pp. 347-54 (2002).

Saunders S.M., Zygowicz K.M., D'Angelo B.R. *Person-related and treatment-related barriers to alcohol treatment*, J Subst Abuse Treat vol. 30, issue 3, pp. 261-270 (2006).

Toussaint A., de Timary Ph. *Sortir l'alcoolique de son isolement*, J Pharm Belg, 61 n° 1 (2006).

Tucker J.A., Vuchinich R.E., Rippens P. D. *Different variables are associated with help-seeking patterns and long-term outcomes among problem drinkers*, Addict Behav, vol. 29, issue 2, pp. 433-439 (2004).

REMERCIEMENTS

Nous remercions les autorités des Cliniques Universitaires Saint-Luc et les chefs de service de psychiatrie et de gastroentérologie d'avoir soutenu la création de l'unité, le Professeur Alain Luts pour son implication importante dans l'élaboration du projet et de sa mise en route, Mesdames Antoinette Debout et Anne-Laurence Rau pour leur aide éditoriale et dactylographique et l'ensemble de l'Unité Intégrée d'Hépatologie pour son implication quotidienne auprès des patients alcooliques.

Anna Eszter Mozes a soumis ce travail pour le prix bisannuel de l'Association Francophone de Psychiatrie de Liaison au mois de mars 2007, pour lequel elle a obtenu le premier prix ex aequo.

Anna Eszter Mozes
Secrétariat de psychiatrie - Psychiatrie de liaison
Cliniques Universitaires Saint Luc
Avenue Hippocrate 10, 1200 Bruxelles