

L'hôpital général face à l'alcool

C. Messaud, M. Berot**, Ch. Reynaert*, N. Zdanowicz*, D. Jacques*

La prise en charge des patients hospitalisés dans les hôpitaux généraux souffre semble-t-il depuis de nombreuses années d'une omission relativement fréquente de l'évaluation de leur consommation d'alcool et/ou du soin qui pourrait être prodigué à ce niveau. L'alcool constitue pourtant une donnée capitale avec laquelle le médecin doit composer, tant pour soigner, que pour éviter de nuire. Il semble que des obstacles tenaces perdurent. Malheureusement, cette situation n'incite pas à cerner la personne dans sa singularité, qui à l'occasion de l'hospitalisation recèle plus de possibilités de changement qu'en traitement ambulatoire. L'objectif de cet article est d'identifier les caractéristiques et ressources du patient hospitalisé, pour élaborer des stratégies de soins adaptées. Restituer à la psychiatrie de liaison un accès au patient, viserait à faire bénéficier celui-ci des ressources thérapeutiques dont il a besoin et qui sont souvent présentes dans l'institution.

INTRODUCTION

Quelles que soient les motivations de chacun et de chacune, force est de reconnaître que l'alcool s'est implanté dans les habitudes de consommation de nos sociétés, parfois même dans des proportions alarmantes. Bien qu'il ait été longtemps difficile d'en définir l'excès, la certitude que celui-ci ait toujours existé fait figure tant de fléau, que de challenge thérapeutique quotidien pour les équipes soignantes. À ces fins, de nombreux protocoles clairement définis orientent les médecins spécialisés sur l'attitude à suivre en psychiatrie, aux urgences, ou bien en consultation, pour prendre en charge de manière pertinente leurs patients. Étonnamment dans les services d'hôpitaux généraux, à travers les couloirs desquels transitent un grand nombre d'alcooliques, leur prise en charge semble moins systématisée et parfois même échappe à la sagacité des équipes. Cet article se propose de faire le point par une revue de la littérature, sur les enjeux de la prise en charge de l'alcool dans les services somatiques, et sur le rôle de la psychiatrie de liaison à cet effet. Pour ce faire, une première partie se focalisera sur les difficultés d'accès aux soins des patients pourtant hospitalisés, de par le manque de détection du problème d'alcool. Une deuxième partie se penchera sur la description, au sein des services somatiques des hôpitaux généraux, des caractéristiques des patients ayant un problème avec l'alcool. Une troisième partie décrira les possibilités de changement et stratégies thérapeutiques privilégiées par la littérature. Enfin une quatrième partie recherchera les évolutions envisageables du côté des soignants pour parfaire les prises en charge.

LE PROBLÈME DE DÉTECTION : LES SPECIFICITÉS DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL

Bien que la problématique alcoolique y soit fortement présente, elle n'est pour autant pas forcément identifiée. Ainsi, on estime qu'un sixième des patients hospitalisés pour des raisons somatiques, souffrent d'un problème en lien avec l'alcool sans pour autant bénéficier d'une prise en charge à ce niveau (1).

Le taux de détection des dépendances ou abus d'alcool en hôpital général, oscille entre 37 et 88,9 %. Cette évaluation pourrait être majorée de 10 % moyennant l'utilisation de questionnaires de screening. Il semble y avoir eût peu de progrès à ce niveau à l'occasion de ces vingt dernières années. En effet, déjà en 1988 une étude pilote de Ninonuevo dans le Minnesota misait avec enthousiasme sur la généralisation de tests brefs (2) afin d'identifier les patients sévèrement atteints. En 1999 Robin et Mervyn imaginèrent un protocole qui amenait l'équipe soignante (médecins et infirmières) à chercher des données purement quantitatives sur la consommation d'alcool du patient. Si ces valeurs dépassaient certaines limites, un test (CAGE) était proposé pour décider de l'orienter ou non vers un service spécialisé. Après un an d'utilisation, deux tiers des dossiers patients ne contenaient plus aucune donnée quantitative concernant la consommation d'alcool, et les habitudes de prise en charge de l'équipe face à l'alcool n'avaient que très peu évolué (3). Ces dernières années, les recherches se sont orientées vers l'élaboration et la mise à l'épreuve de tests appropriés à une utilisation hospitalière. Ainsi, l'AUDIT (*Alcohol Use Disorder Test*) semble simple, vite réalisable et permet d'éviter le déni ou une attitude défensive, en débutant par des questions neutres (4). Conscients des difficultés rencontrées pour accumuler des données anamnestiques, certains auteurs ont même tenté de coupler l'interprétation de l'AUDIT avec les résultats des prises de sang qui

MOTS-CLEFS

Alcool, hôpital général, alcoologie de liaison, infirmière de liaison.

quant à elles sont plus fréquemment réalisées en routine. Les résultats sont intéressants, car ils permettent de prédire plus précisément quels patients risquent de développer des symptômes de sevrage (5). Néanmoins le test n'est quant à lui jamais réalisé en routine.

Chez les soignants, le manque de détection des consommations de leur patient (et d'interpellation des psychiatres de liaison) semble lié à une méconnaissance des outils de screening ainsi que des armes thérapeutiques. Se surajoutent surtout à ces obstacles, la réticence des médecins à prendre en compte l'intégralité de la problématique du patient et leur pessimisme à l'égard des interventions face à l'alcool (6). Un manque de formation des jeunes médecins à ce sujet, associé au manque d'engagement des plus expérimentés restent souvent dénoncés et amènent le corps médical à se focaliser uniquement sur les plaintes énoncées par le patient.

Les éléments liés aux patients qui engendrent une moindre détection du problème regroupent : sa jeunesse, le fait qu'il soit de sexe masculin (7) et son affection somatique initiale. En effet les accidentés et autres patients accédant aux services via la traumatologie, semblent être ceux qui bénéficient le moins de prises en charge face à l'alcool, bien qu'ils présentent une fréquence d'imprégnation plus élevée à leur entrée (8). Les atteintes somatiques en lien avec l'alcool, généralement plus graves, suscitent des examens complémentaires et autres investigations, qui majorent encore un peu plus le budget que ce fléau représente, mais surtout focalisent l'attention des soignants sur la problématique relevant de leur discipline, au risque de ne pas prendre en considération la globalité du problème.

L'intervention des psychiatres de liaison augmente le taux de détection et de discrimination entre abus et dépendances (1), encore faut-il qu'ils soient sollicités, et donc qu'une co-morbidité psychiatrique soit présente et détectée.

Par ailleurs, il existe une association forte entre la consommation excessive d'alcool et celle de tabac (9). Quatre-vingt pourcent des patients dépendants à l'alcool qui demandent une aide psychologique ou psychiatrique seraient également fumeurs. Ce constat amène certains à envisager la consommation de tabac comme un élément à prendre en considération pour identifier les dépendants à l'alcool (1), en renforçant les mesures anti-tabac.

Finalement, parmi les patients reconnus comme ayant des problèmes avec l'alcool, seuls 13,9 % sont référés à un service de psychiatrie de liaison (10).

LA SITUATION DES PATIENTS DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX

La problématique alcoolique s'avère très fréquemment rencontrée en hôpital général (11).

Une étude réalisée par Coder (12) met en évidence que parmi les patients admis en hôpitaux généraux, 5,3 % atteignent le stade de dépendance alcoolique ou bien d'abus d'alcool. 3,6 % consomment au-delà des niveaux recommandés, alors que 3,1 % expérimentent une abstinence. Plusieurs auteurs présentent pourtant des chiffres plus alarmistes, avec des proportions de problématiques alcooliques qui peuvent atteindre 32,1 % du

total des patients hospitalisés (13). Les services les plus sollicités pour les hospitalisations de patients ayant également un problème d'alcool sont la médecine interne (17,8 à 32,1 % des entrées) et la chirurgie (11,1 à 20,4 % des entrées) (13).

En comparaison par rapport aux patients admis en psychiatrie, les atteintes somatiques (hépatiques), y sont plus marquées. Pourtant, ces patients semblent avoir bénéficié moins fréquemment d'un soin quelconque par rapport à leur consommation : 72 % des patients en psychiatrie auraient bénéficié d'une prise en charge antérieure, contre seulement 33 % des patients de gastroentérologie (14). Plusieurs éléments expliquent ce phénomène: la co-morbidité psychiatrique engendre des hospitalisations qui sont le prétexte à un sevrage et donc à un frein par rapport à l'évolution de l'atteinte somatique. D'autre part, le profil de consommation semble plus régulier chez les patients admis en gastroentérologie qu'en psychiatrie, avec pour conséquence moins d'épisodes socialement difficiles et donc de raisons de consulter.

Une différence entre les sexes existe, avec une prédominance masculine à hauteur de 80 %. La cirrhose a cependant une plus grande prévalence chez les femmes.

Le groupe d'âge le plus touché se situe entre trente et quarante neuf ans. La tranche la moins frappée s'étale de cinquante à soixante quatre ans. Quelque soit l'âge, on note une réduction de l'espérance de vie des patients de l'ordre de 20 ans (15).

Il est intéressant de remarquer que les hôpitaux généraux des régions rurales paient un plus lourd tribut face à la problématique alcoolique. En effet, les patients dépendants y sont hospitalisés en médecine interne plus fréquemment qu'en milieu urbain. Ce phénomène s'explique par le fait que les centres spécialisés en addiction soient moins présents ou moins sollicités. De plus les milieux ruraux regroupent plus de circonstances propices à l'exacerbation des problématiques alcooliques. Les phénomènes du rejet et de l'isolement (16) amènent classiquement à consulter encore plus tard, et à être hospitalisé pour une première fois dans des circonstances qui nécessitent déjà de faire face aux conséquences organiques.

Dans les services de chirurgie, les patients victimes de l'alcool se répartissent en plusieurs groupes: les patients pour lesquels l'alcool est la cause directe d'un traumatisme (victime d'une chute en état d'intoxication), ceux pour qui l'alcool est une cause indirecte de traumatisme (victime de l'état d'intoxication d'un tiers), et enfin les patients alcooliques connus, dont l'évolution de l'atteinte organique suscite une indication opératoire. Les traumatismes associés à l'alcool s'en trouvent souvent aggravés, et nécessitent du même coup des hospitalisations plus longues. De plus, un tiers de ces séjours se répètent. Il est plus fréquent d'enregistrer les entrées en hospitalisation de chirurgie en lien avec l'alcool, le week-end (17). Elles s'effectuent majoritairement entre minuit et quatre heures du matin. Les taux d'alcool y sont souvent élevés et les plaies à la tête fréquentes. L'évolution post-opératoire du patient ayant un problème avec l'alcool s'en trouve classiquement péjorée. Ce constat apparaît non seulement pour ceux qui ont développé des répercussions organiques de leur addiction, mais également chez ceux qui n'en sont pas encore à ce stade. Les chirurgiens reconnaissent un plus grand nombre de complications post-opératoires, dont la plus fréquente est l'infection (18).

Quel que soit le service où le patient se trouve, l'arrêt brutal de la consommation d'alcool reste un moment délicat. En effet, la

présentation clinique à l'occasion du sevrage non ou trop peu substitué peu évoluer jusqu'au delirium tremens. Ce dernier s'avère être une urgence médicale, à l'occasion de laquelle le pronostic vital est engagé (19). Aux signes d'hyperactivité neurovégétative (tachycardie, sueur, fièvre, anxiété,...), se surajoutent des hallucinations (zoopsies), des idées délirantes, de l'agitation, des désordres hydro-électrolytiques, hypokaliémie, rhabdomyolise. De telles manifestations nécessitent le transfert en unité de soins intensifs. Monte (20) a identifié que les principaux facteurs qui déterminaient la survie ou non du patient dans ces circonstances étaient l'intensité de la symptomatologie et la présence de co-morbidités associées. De manière générale, aux soins intensifs, la mortalité des patients alcooliques s'avère quatre fois supérieure à celle des autres. Ce constat s'explique par une plus grande fréquence de détresse respiratoire et de « multi-organic failure », sur des terrains préalablement affaiblis par les répercussions somatiques de l'alcool.

L'HOSPITALISATION : UN TEMPS STRATÉGIQUE

Pour cerner les spécificités de la prise en charge de la problématique alcoolique dans les hôpitaux généraux, il convient de revenir sur cette tendance qu'ont les patients à être à la fois plus touchés au niveau somatique, mais également moins intégrés dans un réseau de soins spécialisés (13). Pour beaucoup pourrait donc se profiler l'occasion d'une première prise en charge de leur problématique alcoolique. Afin d'estimer où en est le patient dans son cheminement face à elle, le modèle dit de Prochaska (21) a été élaboré et stipule qu'un patient peut aborder différentes phases: la pré contemplation (où le patient ne prend pas la mesure de son problème d'alcool), la phase de contemplation (le patient identifie son problème sans encore y remédier) et la phase d'action (le patient se rend compte de son problème et agit en conséquence). Lorsque l'on imagine combien le processus de changement hors institution est long et nécessite un travail personnel préalable d'une phase à l'autre, cela laisse présager une faible possibilité de changement. Cependant, une étude allemande (21) s'appuyant sur ce modèle de Prochaska et le RCQ (*readiness to change questionnaire*), stipule qu'une fois hospitalisés, seulement 10,9 % des patients restent en phase de pré contemplation, contre 84,8 % engagés plus avant dans les phases de contemplation ou bien d'action pour un changement.

Pour avoir comparé deux groupes de patients en état de dépendance alcoolique, l'un en hôpital général, l'autre issu de la population générale, les mêmes auteurs, à l'occasion d'une nouvelle étude (22), ont remarqué des variations significatives dans les possibilités de changement des deux groupes, les hospitalisés se montrant plus motivés à changer. Ces données cumulées tendent à prouver que l'arrivée en hôpital général est un instant stratégique pour initier une prise en charge des problèmes d'alcool.

Un autre point important réside en l'évaluation de combien un patient est prêt à s'entourer et se faire aider pour lutter contre son addiction : sa motivation à la recherche d'aide. De manière expérimentale, ce facteur peut être investigué grâce au test de TREAT, qui classe chacun en pré contemplation, contemplation ou bien préparation. Appliqué aux patients entrant en hôpital général, il révèle une grande proportion (40 %) de patients en préparation, et donc motivés à la recherche d'une aide. Les autres se répartissent de manières comparables entre phases de contemplation et pré contemplation. Il semble que la moti-

vation à la recherche d'aide des patients hospitalisés pour un problème d'alcool est plus marquée lorsqu'ils sont porteurs d'une maladie somatique dont une fraction est justement attribuable à l'alcool (23).

Tant la motivation à la recherche d'aide des patients par rapport à leur problème d'alcool que leur motivation au changement renseignent les soignants sur la manière dont ils doivent procéder à l'occasion de leurs interventions.

Ainsi, en analysant de manière croisée les résultats du RCQ et du TREAT chez les mêmes patients hospitalisés en hôpital général, il apparaît finalement que 40 % d'entre eux ne sont motivés ni au changement ni à la recherche d'aide. Ces derniers sont certainement à la source du découragement dont il a été question précédemment dans le chef des soignants. Néanmoins il demeure tout de même 60 % des patients qui sont motivés au changement ou bien à la recherche d'aide si pas les deux, ce qui conforte la nécessité d'intervention de l'équipe de liaison. Parmi eux, ceux qui sont motivés au changement mais pas à la recherche d'aide sont à identifier. Leur besoin de distance par rapport aux soignants dans leur essai de changement vis-à-vis de l'alcool est à respecter quelle qu'en soit la raison. Cependant peut-être est-il possible de leur donner certaines stratégies d'abstinence avant qu'ils ne quittent l'hôpital, et surtout de leur laisser les coordonnées dont ils auront besoin s'ils consentent à rechercher de l'aide ultérieurement. Enfin restent les motivés à la recherche d'une aide, qu'ils soient réellement déterminés au changement ou bien pas encore : tous nécessitent évidemment l'intervention de l'équipe de liaison, afin d'accompagner ce changement, ou bien de le faire naître progressivement.

De plus, la motivation au changement par rapport aux habitudes de consommation perdure mais pas la motivation à chercher de l'aide. Par conséquent, l'hospitalisation endosse un rôle crucial d'apport d'informations et de planification d'un *setting*, qui l'un comme l'autre se révéleront moins recherchés par le patient ensuite. Cette intervention paraît d'autant plus importante que chacune des modalités de soins requises s'avère souvent disponible dans l'institution même, et donc à la portée immédiate du patient. L'hospitalisation pourrait alors faire figure de plaque tournante vouée à l'orientation de la personne vers l'un ou l'autre outil thérapeutique en fonction de l'évaluation préliminaire du stade où en est la personne dans son cheminement face à l'alcool. Ainsi, l'introduction d'une stratégie thérapeutique quelle qu'elle soit, peut permettre au patient de se familiariser avec cette démarche pendant la période d'augmentation de sa motivation au changement, et avant le déclin de sa motivation à une recherche d'aide. De multiples pistes existent: les Alcooliques Anonymes (AA), les entretiens motivationnels, la post-cure, la consultation, une éventuelle hospitalisation ultérieure en milieu spécialisé,....

Gossop a identifié l'amélioration des conduites face à l'alcool et de la qualité de vie chez les personnes qui fréquentent les AA après leur hospitalisation (24).

Freyer (25) a montré qu'une brève intervention par entretien motivationnel, chez des patients ayant des problèmes d'alcool, sans pour autant être dépendants, ne permettait pas de diminuer la consommation ou d'augmenter le confort de vie après douze mois, mais avait un effet positif sur la possibilité de changement du mode de consommation et sur la possibilité de chercher des aides. Par ailleurs, un patient en phase pré contemplative ne doit pour autant pas être négligé, mais également être orienté vers des entretiens motivationnels (26) qui, à terme, pourront l'amener aux phases de contemplation et de changement (27).

On remarque donc que les hospitalisations dans des services généraux, tiennent une place à part dans l'arsenal thérapeutique face à l'alcool, et que la tâche de la psychiatrie de liaison ne s'en trouve que plus importante. Pour cette raison, certains auteurs tendent à encourager au sein de l'hôpital général la création d'une équipe de liaison spécialisée dans la problématique alcoolique (28, 29).

VERS UN IDÉAL DANS LES HABITUDES DES SOIGNANTS FACE À L'ALCOOL

À la lumière de l'importance que peut revêtir un séjour en hôpital général pour un patient alcoolique, l'attitude des soignants tente désormais de s'uniformiser autour de protocoles de soins visant une systématisation des prises en charge. À ces fins, tant le dépistage que le traitement de l'alcoolisme font l'objet d'une attention et d'une réflexion particulière pour qu'à terme les patients puissent être plus souvent aidés par rapport à leur consommation, que leur hospitalisation soit ou non directement motivée par le problème d'alcool (30).

Pour améliorer le dépistage, plusieurs pistes semblent se dégager: accroître la formation en ciblant la problématique alcool, cultiver les contacts de réseaux de soins et mettre en place des actions de sensibilisation ou de prévention (31).

Afin d'améliorer la formation, une augmentation du temps alloué à l'alcool pendant les études des différents intervenants paraît capitale, pour qu'à leur tour ils dispensent les soins les plus adéquats à leurs patients. Le but recherché résidant dans une harmonisation des usages, la familiarisation avec les tests rapides, et que chacun, même spécialisé dans un autre domaine, puisse estimer le stade de consommation où se situe son patient. Cependant, au delà de la formation de base de chacun, l'effort de spécialisation dans le domaine spécifique de l'alcoologie devient un idéal qui tend à être encouragé pour la création d'une liaison spécifiquement orientée sur le problème de l'alcool : une liaison d'alcoologie. À cet effet plusieurs diplômes universitaires et inter universitaires apparaissent désormais en Europe (32).

Pour encourager le travail en réseau, diverses stratégies se dégagent. En premier lieu, le fait que les acteurs de liaison puissent se focaliser sur les services les plus souvent fréquentés par les patients alcooliques : la chirurgie et la médecine interne restent par conséquent les deux cibles principales à viser. Pour ce faire, l'effort d'information paraît primordial. Une étude (33) récente stipule combien il peut se révéler payant de présenter aux membres du personnel des services généraux, les habitudes de prise en charge par la liaison. En effet, il y est rapporté que cela améliore l'état des connaissances de chacun par rapport à l'alcool, la pratique clinique des sujets sensibilisés, mais également leur sentiment d'efficacité et donc leur motivation à s'impliquer dans la collaboration. Cette information délivrée sert surtout de prétexte à la rencontre entre l'alcoologie de liaison et les différents services afin de mieux connaître les personnes et les mécanismes de fonctionnement, ce qui augure de meilleurs contacts ultérieurs. De même, les équipes des services généraux doivent être encouragées à interpellier les membres de l'équipe de liaison qui veilleront à fournir un *feedback* systématique afin d'entretenir cet esprit de collaboration. Certains auteurs soutiennent même le passage quotidien et systématique des équipes d'alcoologie de liaison dans tous les services stratégiques.

Enfin pour parfaire l'effort de dépistage, les actions de prévention et de sensibilisation tendent à se développer à l'hôpital. Plusieurs pistes sont envisageables : impliquer l'institution dans la lutte contre l'alcool, la mise en place de groupes d'information pour les patients comme pour les soignants, et la lutte contre le tabac avec des aides au sevrage, puisque celui-ci reste souvent associé aux consommations d'alcool.

Pour améliorer les prises en charge, plusieurs temps semblent nécessaires: celui de l'élaboration de protocole de soins, celui du recueil des données et enfin celui de l'intervention directe auprès des patients.

L'élaboration de protocoles de soins reste un point particulièrement délicat car cet exercice vise à concilier l'essai d'uniformisation et de systématisation des prises en charge avec les particularités et ressources propres à chaque institution. En conséquence, il revient à chaque établissement de définir sa conduite par rapport à l'alcool, en tendant toujours à approcher le même idéal, mais parfois avec des moyens différents. Le plus important n'étant au final pas que chaque hôpital bénéficie du même protocole de soins, mais bien que pour chaque hôpital il y ait bien un protocole défini, connu et appliqué.

Le recueil de données se développe depuis plusieurs années dans certains pays européens, notamment en France (34). Il consiste en la réalisation d'un état des lieux des dispositifs de soins face à l'alcool, ainsi que d'un compte rendu de leur activité, avantages et difficultés. Les buts recherchés sont l'information intra et inter réseaux des services rendus pour une meilleure collaboration, mais également l'ajustement de l'offre de soins sur base des expériences passées. Malheureusement force est de constater que ce recueil de données reste fastidieux et incomplet, par l'imprécision des réponses des différents services interpellés, pour autant qu'ils répondent.

L'intervention auprès du patient comporte plusieurs phases : d'abord la rencontre initiale pour l'évaluation de la nature du problème d'alcool. Les différentes stratégies de dépistage précédemment citées constituent une source d'informations précieuses à glaner : par les entretiens, tests rapides de CAGE, l'AUDIT, ... Il convient ensuite, fort de ces renseignements, d'initier la prise en charge tant à court terme, qu'à plus longue échéance. L'alcoologie de liaison revêtira alors le rôle de plaque tournante qui propose au patient les différents soins disponibles dans l'hôpital ou dans le réseau, afin qu'il bénéficie toujours d'une prise en charge adaptée à ses besoins spécifiques, mais aussi à ses capacités et motivations au changement.

Les infirmières de liaison

Une nouvelle pratique semble avoir nouvellement le vent en poupe. Il s'agit de l'intégration aux équipes d'alcoologie de liaison, d'infirmières spécialisées. Ces dernières permettent une prise en charge plus systématique des patients alcooliques pour plusieurs raisons (29).

Elles pallient à la désertification médicale, et en France supplantent désormais en termes d'effectifs le nombre de médecins, mais aussi celui de psychologues et d'assistants sociaux dans les équipes d'alcoologie de liaison. Leur grande force réside apparemment surtout dans le fait que leur activité reste exclusivement hospitalière, alors que les médecins et psychologues diffractent leur temps de travail, ce qui les éloigne fréquemment du service de liaison. En conséquence, les

infirmières d'alcoologie bénéficient d'un statut à part dans les institutions, où elles sont plus facilement identifiées comme les représentantes de l'alcoologie de liaison et donc plus aisément interpellées. De plus, Yun-fang (33) a prouvé que l'information délivrée par les services d'alcoologie de liaison aux équipes des autres services, avait d'autant plus d'impact si celle-ci émanait d'une personne qui avait la même formation de base que le public cible. La présence d'infirmières de liaison ne s'en trouve que plus importante dans une institution, afin de sensibiliser le nursing, qui se trouve par essence même au contact direct et permanent avec les patients, et donc à même de déceler aisément un problème d'alcool.

Globalement, l'analyse des résultats des équipes d'infirmières de liaison a démontré une réduction du nombre d'entrées à l'hôpital et d'actes de violence à l'égard des équipes soignantes.

À l'hôpital universitaire de Liverpool, la diminution du nombre d'entrées dans les 18 mois qui ont suivi l'arrivée d'une infirmière spécialisée, a engendré des économies qui correspondent à dix fois son salaire mensuel (17).

CONCLUSION

Comme nous l'avons vu, bien qu'hospitalisés, certains patients ne bénéficient pourtant pas d'une prise en charge adéquate faute de détection de leur problème d'alcool. Cet état de fait semble s'expliquer par la faiblesse des anamnèses à ce sujet, le manque de tests systématiques de *screening*, le manque de formation, d'intérêt, ou le pessimisme des médecins, et enfin par l'absence d'intervention systématique des équipes de liaison, qui ne sont sollicitées que dans une faible proportion des problématiques alcooliques reconnues.

Les patients hospitalisés dans des services somatiques, en hôpital général, et ayant un problème avec l'alcool, présentent certaines caractéristiques particulières. Ils ont réalisé peu de démarches pour traiter leur addiction. Les hommes sont les plus touchés, et la tranche des trente à quarante neuf ans paie le plus lourd tribut. La médecine interne et la chirurgie accueillent la majorité de ces patients. Les risques de sevrage et de *delirium tremens* restent prépondérants. De plus, bien que le parcours de soin face à l'alcool de ces patients ne fasse souvent que commencer, ils se situent plus fréquemment à des stades selon le modèle de Prochaska, qui laissent présager d'une motivation au changement et à la recherche d'aide. La prise en considération de ces ressources s'avère capitale pour une prise en charge pertinente, d'autant plus que la motivation à la recherche d'aide aura tendance à diminuer après l'hospitalisation, alors même que les différentes possibilités de soin à mobiliser se trouvent à l'hôpital. La liaison se doit d'être spécialisée en alcoologie et de faire figure de plaque tournante, qui en fonction de son évaluation, propose des soins adaptés à chacun. Les interventions pendant ce temps hospitalier semblent particulièrement fécondes, d'où la nécessité qu'elles deviennent les plus fréquentes possibles si pas systématiques. L'augmentation de la formation, le travail en réseau et les actions de prévention sont autant de stratégies vouées à parfaire le dépistage. L'élaboration de protocoles de soins et les recueils de données visent quant à eux l'amélioration des interventions de l'alcoologie de liaison. Enfin la piste des infirmières de liaison spécialisées en alcoologie paraît prometteuse et se développe partout en Europe.

Finalement, l'alcoologie de liaison tente désormais d'investir le plus grand nombre de patients hospitalisés qui présentent un problème d'alcool, afin que ceux-ci puissent valoriser leur l'hospitalisation dans leur lent cheminement thérapeutique face à l'alcool.

EN PRATIQUE...

- ♦ Chez les patients hospitalisés à l'hôpital général, les problèmes d'alcool restent trop peu investigués et donc détectés.
- ♦ Ils sont pourtant très fréquents, souvent responsables d'atteintes somatiques importantes, et ont rarement fait l'objet d'une prise en charge antérieure.
- ♦ Les interventions proposées face à l'alcool se révèlent particulièrement fécondes pendant l'hospitalisation car celle-ci s'accompagne souvent d'une augmentation de la motivation au changement et à la recherche d'aide chez les patients.
- ♦ Les équipes d'alcoologie tentent d'atteindre le plus grand nombre de patients hospitalisés avec un problème d'alcool et d'offrir à chacun une prise en charge adaptée, afin de faire fructifier cette période hospitalière stratégique et de lui donner un sens dans le cheminement du patient face à l'alcool.
- ♦ Des infirmières spécialisées en alcoologie apparaissent dans les hôpitaux généraux et contribuent efficacement à intensifier l'effort de systématisation des prises en charge face à l'alcool, de par leur plus grande présence à l'hôpital et leur plus grand impact sur les équipes de nursing.

SUMMARY

A relatively frequent problem encountered among patients hospitalized in general hospitals is the proper assessment of their alcohol consumption and the corresponding treatment to be provided in the event of excessive consumption. Persistent barriers make it difficult to identify all of alcoholic patients who, during the duration their hospitalization, have greater opportunity to modify their behavior. This paper's aim is to identify the characteristics and resources of hospitalized alcoholic patients in order to develop appropriate care strategies. The establishment and reinforcement of the link between the liaison psychiatrist and the patient would give the patient more therapeutic opportunities.

KEY WORDS:

Alcohol, general hospital, alcohol liaison service, liaison nurse.

Références

- Diehl A, Nakovics H, Croissant B, Reinhard I, Kiefer F, Mann K. Consultation-Liaison Psychiatry in General Hospitals: Improvement in Physicians' Detection Rates of Alcohol Use Disorder. *Psychosomatics* 2009; 11 (50): 599-604.
- Hoffmann N, Harrison P, Ninonuevo F. Screening for alcoholism in general medical patients. *Alcohol Alcohol* 1988; 23 (6): 451-453.
- Shepherd RM, London M, Alexander GJ. Enhancing the identification of excessive drinkers on medical wards: a 1-year follow-up study. *Alcohol Alcohol* 1999; 34 (1): 55-58.
- Wu S-I, Huang H-C, Liu S-I, Huang C-R, Sun F-J, Chang T-Y et al. Validation and Comparison of Alcohol-Screening Instruments for Identifying Hazardous Drinking in Hospitalized Patients in Taiwan. *Alcohol Alcohol* 2008; 43 (5): 577-582.
- Dolman J, Hawkes N. Combining the audit questionnaire and biochemical markers to assess alcohol use and risk of alcohol withdrawal in medical inpatients. *Alcohol Alcohol* 2005; 40 (6): 515-519.
- Mcmanus S, Hipkins J, Haddad P, Guthrie E, Creed F. Implementing an effective intervention for problem drinkers on medical wards. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25 (5): 332-337.
- Smith GC, Clarke DM, Handrinos D. Recognising drug and alcohol problems in patients referred to consultation-liaison psychiatry. *Med J Aust* 1995; 163 (6): 307-310.
- Bostwick JM, Seaman JS. Hospitalized patients and alcohol: who is being missed? *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26 (1): 59-62.
- Jacques D, Zdanowicz N, Reynaert C, Janne P. Quit smoking? Quit drinking? Why not quit both? Analysis of perceptions among Belgian Postgraduates in Psychiatry. *Psychiatr Danub* 2010; 22 (1): 120-3.
- Rumpf HJ, Bohlmann J, Hill A, Hapke U, John U. Physicians' low detection rates of alcohol dependence or abuse: a matter of methodological shortcomings? *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23 (3): 133-7.
- Gerke P, Hapke U, Rumpf H-J, John U. Alcohol-related diseases in general hospital patients. *Alcohol Alcohol* 1997; 32 (2): 179-184.
- Coder B, Freyer-Adam J, Bischof G, Pockrandt C, Pflegew D, Hartmann B et al. Alcohol problem drinking among general hospital inpatients in north-eastern Germany. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30: 147-154.
- John U, Rumpf H-J, Hapke U. Estimating prevalence of alcohol abuse and dependence in one general hospital: an approach to reduce sample selection bias. *Alcohol Alcohol* 1999; 34 (5): 786-794.
- Vysotski B, Steindl-Munda P, Ferenci P, Walter H, Höfer P, Blüml V et al. Comparison of alcohol-dependent patients at a gastroenterological and psychiatric ward according to the Lesch alcoholism typology: implications for treatment. *Alcohol Alcohol* 2010; 45 (6): 534-540.
- Jarque-Lopez A, Gonzalez-Reimers E, Rodriguez-Moreno F, Santolara-Fernandez F, Lopez-Lirola A, Ros-Vilamajo R. Prevalence and mortality of heavy drinkers in a general medical hospital unit. *Alcohol Alcohol* 2001; 36 (4): 335-338.
- Toussaint A, de Timary P. Drawing the alcoholic out of his isolation. *J Pharm Belg* 2006; 61 (1): 37-44.
- Brown R, O'Donnell M, Fitzmaurice G, Kumar S, Hussain A. Are Alcohol-Related Acute Surgical Admission Rates Falling? *Ulster Med J* 2010; 79 (1): 6-11.
- Tonnesen H. The alcohol patient and surgery. *Alcohol Alcohol* 1999; 34 (2): 148-152.
- De Clercq M. Les urgences psychiatriques liées à l'alcool. *Louvain Med* 1998; 117: 133-140.
- Monte R, Rabunal R, Casariego E, Lopez-Agreda H, Mateos A, Pertega S. Analysis of the factors determining survival of alcoholic withdrawal syndrome patients in a general hospital. *Alcohol Alcohol* 2010; 45 (2): 151-158.
- Rumpf H-J, Hapke U, John U. Previous Help Seeking and Motivation to Change Drinking Behavior in Alcohol-Dependent General Hospital Patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1998; 20 (2): 115-119.
- Rumpf HJ, Hapke U, Meyer C, John U. Motivation to change drinking behavior: comparison of alcohol-dependent individuals in a general hospital and a general population sample. *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21 (5): 348-53.
- Wu S-I, Liu S-I, Fang C-K, Hsu C-C, Sun Y-W. Prevalence and detection of alcohol use disorders among general hospital inpatients in eastern Taiwan. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28 (1): 48-54.
- Gossop M, Harris J, Best D, Man LH, Manning V, Marshall J et al. Is attendance at Alcoholics Anonymous meetings after inpatient treatment related to improved outcomes? A 6-month follow-up study. *Alcohol Alcohol* 2003; 38 (5): 421-6.
- Freyer-Adam J, Coder B, Baumeister S, Bischof G, Riedel J, Paatsch K et al. Brief alcohol intervention for general hospital inpatients: A randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend* 2008; 93 (3): 233-243.
- Freyer J, Tonigan S, Keller S, Rumpf H-J, John U, Hapke U. Readiness for change and readiness for help-seeking: a composite assessment of client motivation. *Alcohol Alcohol* 2005; 40 (6): 540-544.
- Jacques D. Conférence du Dr Jacques. *Entretien motivationnel: bases théoriques et pratiques*, 2010.
- Hillman A, McCann B, Walker NP. Specialist alcohol liaison services in general hospitals improve engagement in alcohol rehabilitation and treatment outcome. *Health Bull* 2001; 59 (6): 420-3.
- Ryder SD, Aithal GP, Holmes M, Burrows M, Wright NR. Effectiveness of a nurse-led alcohol liaison service in a secondary care medical unit. *Clin Med* 2010; 10 (5): 435-40.
- Ministère français de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Circulaire DHOS/O2 - DGS/SD6B n°2000/460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives, Paris, 2000.
- Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. *Guide de bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie*, Paris, 2003.
- <http://www.alcoologie.org/DU-Capacite-DESC-formations.html>
- Yun-fang T, Mei-chu T, Yea-pyng L, Yu-ling C, Ching-yen C. An alcohol training program improves chinese nurses' knowledge, self-efficacy, and practice : a randomized controlled trial. *Alcohol Clin Exper Res* 2011; 35 (5): 976-983.
- Palle C, Maguy JF. *Les équipes de liaison en 2005*. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Paris, 2009.

CORRESPONDANCE :

Dr. Charles MESSAUD

Cliniques universitaires Saint-Luc – Service de Psychopathologie
Avenue Hippocrate 10 – B-1200 Bruxelles
E-mail : charlesmessaud@gmail.com

2012
Décembre

HÔPITAL ET ALCOOL
SPORT ET DÉPRESSION
LA MUCOVISCIDOSE EN QUESTION
MUTATION LEIDEN DU FACTEUR V :
INFORMATION AUX PATIENTS

Louvain
édical

Revue du Secteur des Sciences de la Santé de l'UCL

10

Sommaire DÉCEMBRE 2012

Bulletin mensuel du Secteur des Sciences de la Santé, de l'Association des Médecins anciens étudiants, du Cercle médical Saint-Luc et de la Commission d'Enseignement Continu Universitaire

ARTICLES ORIGINAUX

L'hôpital général face à l'alcool

C. Messaud, M. Berot, Ch. Reynaert, N. Zdanowicz, D. Jacques 589-594

L'exercice physique dans le traitement de la dépression : doit-on s'y intéresser ?

T. Bitar, D. Tordeurs, A. Appart, N. Zdanowicz, Ch. Reynaert 595-598

CAS CLINIQUES

L'akathisie : un effet secondaire explosif des neuroleptiques

G. Hourlay 599-603

Le thymolipome

M. Smahi, M. Lakranbi, M. Serraj, Y. Ouadnoui 604-606

LA MUCOVISCIDOSE EN QUESTION IN MEMORIAM

Anne-Sophie Brouckaert, Pharmacien UCL,
8 juin 1974-13 mars 2012

P. Sonveaux 607-609

L'inflammation pulmonaire dans la mucoviscidose

T. Ieal, Fr. Huaux 610-614

Mucoviscidose et grossesse

S. Ali, C. Moureau, C. Hubinont, P. Lebecque 615-621

Ivacaftor et mucoviscidose : le tournant ?

Z. Van Lier, V. Godding, P. Lebecque 622-628

INFORMATION MÉDICALE DESTINÉE AUX PATIENTS

Mutation Leiden du Facteur V : Quelles implications au quotidien ?

C. Hermans, C. Lambert 629-632

DIRECTIVES

634

COMITÉ D'HONNEUR

J. MELIN
Vice-recteur du Secteur des Sciences de la Santé
Fr. ZECH
Doyen de la Faculté de Médecine et Médecine dentaire
PH. HANAUT, C. LIETAEER, G. OLDENHOVE,
A. PASQUET, D. VANTHUYNE
Bureau de la Commission d'Enseignement Continu
R. KRÉMER
Président de l'AMA-UCL
A. SIMONART †, M. DE VISSCHER † et J. CRABBE †,
anciens directeurs de la Revue
J. PRIGNOT et C. HARVENGT †
anciens rédacteurs en chef de Louvain Médical
S. GRANDJEAN
Président du Cercle Médical St-Luc

RÉDACTION

Rédacteur en chef : C. HERMANS

Comité éditorial : C. HERMANS, M. BUYSSCHAERT,
O.S. DESCAMPS, J.P. FELIX, I. ISTASSE, J.M. MALOTEUX,
A. PASQUET, D. VANTHUYNE

Comité de lecture :

M. BUYSSCHAERT, B. BOLAND, Y. BOUTSEN, CH. BROHET,
E. COCHE, I. COLIN, CH. DAUMERIE, L. DELAUNOIS,
C. DELCOURT, O. DESCAMPS, O. DEVUYST, S.N. DIOP,
J. DONCKIER, CH. DRÈZE, A. FERRANT, J.L. GALA, A. GEUBEL,
P. GIANELLO, M. GRAF, PH. HANTSON, V. HAUFROID,
J.J. HAXHE, M.P. HERMANS, F. HOUSSEAU, J. JAMART,
P. LALOUX, M. LAMBERT, J. LEBACQ, CH. LEFEBVRE,
B. LENGELÉ, J. LONGUEVILLE, A. LUTS, D. MATTER,
J.M. MALOTEUX, L. MAROT, J.L. MEDINA, M. MELANGE,
D. MOULIN, R. OPSOMER, D. PESTIAUX, V. PREUMONT,
C. REYNAERT, D. RODENSTEIN, PH. SELVAIS, E. SOKAL,
C. SWINE, D. TENNSTEDT, J.P. THISSEN, B. TOMBAL,
J. VANKALCK, D. VANPEE, D. VANTHUYNE, G. VERELLEN,
L. WILMOTTE, J.C. YOMBI

COMITÉ D'ADMINISTRATION

M. BUYSSCHAERT, président
D. VANTHUYNE, trésorier
O.S. DESCAMPS, secrétaire

Administrateurs :

O.S. DESCAMPS, D. DU BOULLAY, C. HERMANS,
M. LAMBERT, J. MELIN, D. MOULIN, R.J. OPSOMER, A. PASQUET,
D. VANPEE, D. VANTHUYNE, Fr. ZECH, S. GRANDJEAN

ABONNEMENTS (DIX NUMÉROS PAR AN)

85 €

Il vous donne accès à la revue ET au nouveau site Internet
(login et mot de passe)

COORDINATION DE L'ÉDITION

Isabelle Istasse

Louvain Médical asbl,
avenue E. Mounier 52/B1.52.14 - 1200 Bruxelles
Tél. 32 2 764.52.65 - Fax : 32 2 764.52.80
E-mail : Isabelle.Istasse@uclouvain.be
ING • IBAN : BE91 3100 3940 0476 • BIC : BBRUEBB

RÉGIE PUBLICITAIRE

Jean-Pierre Felix
Gsm : + 32 (0) 475 28.39.63
E-mail : jean.pierre.felix@skynet.be

Louvain Médical est également accessible sur
l'internet à l'adresse suivante :
www.louvainmedical.be

Les informations publiées dans Louvain Médical ne peuvent être
reproduites par aucun procédé, en tout ou en partie, sans autorisa-
tion préalable écrite de la rédaction.

Un accès personnalisé est offert aux étudiants
de master ainsi qu'aux assistants de 1^{re} et 2^e année.

ÉDITEUR RESPONSABLE

M. Buysschaert
avenue E. Mounier 52/B1.52.14 - 1200 Bruxelles

COUVERTURE

Mikael Damkier - Fotolia.com



ECUCL

Article original

Louvain Med. 2012; 131 (10): 589-594

■ L'HÔPITAL GÉNÉRAL FACE À L'ALCOOL

C. Messaud, M. Berot, Ch. Reynaert, N. Zdanowicz, D. Jacques

La prise en charge des patients hospitalisés dans les hôpitaux généraux souffre semble-t-il depuis de nombreuses années d'une omission relativement fréquente de l'évaluation de leur consommation d'alcool et/ou du soin qui pourrait être prodigué à ce niveau. L'alcool constitue pourtant une donnée capitale avec laquelle le médecin doit composer, tant pour soigner, que pour éviter de nuire. Il semble que des obstacles tenaces perdurent. Malheureusement, cette situation n'incite pas à cerner la personne dans sa singularité, qui à l'occasion de l'hospitalisation recèle plus de possibilités de changement qu'en traitement ambulatoire. L'objectif de cet article est d'identifier les caractéristiques et ressources du patient hospitalisé, pour élaborer des stratégies de soins adaptées. Restituer à la psychiatrie de liaison un accès au patient, viserait à faire bénéficier celui-ci des ressources thérapeutiques dont il a besoin et qui sont souvent présentes dans l'institution.

Louvain Med. 2012; 131 (10): 595-598

■ L'EXERCICE PHYSIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION : DOIT-ON S'Y INTÉRESSER ?

T. Bitar, D. Tordeurs, A. Appart, N. Zdanowicz, Ch. Reynaert

Il n'est aujourd'hui plus nécessaire de démontrer que l'activité et l'exercice physique ont des effets positifs sur la santé physique et mentale. Encore généralisées il y a moins de cinq ans, les recherches s'intéressent actuellement à démontrer leur efficacité dans les domaines de plus en plus spécifiques de la psychiatrie. Si quelques efforts doivent encore être accomplis au niveau méthodologique, ces études récentes montrent tout l'intérêt de la prescription d'exercices physiques dans le traitement de différents troubles psychiatriques (dépression majeure, troubles anxieux, dépendance alcoolique, trouble bipolaire, fibromyalgie, schizophrénie). L'objectif de cet article est de mettre en évidence une alternative au traitement classique de la dépression en espérant susciter l'intérêt des cliniciens et chercheurs pour la mise en place de programmes spécifiques d'exercices physiques dans le traitement de la dépression.

Cas clinique

Louvain Med. 2012; 131 (10): 599-603

■ L'AKATHISIE : UN EFFET SECONDAIRE EXPLOSIF DES NEUROLEPTIQUES

G. Hourlay

Le présent article a pour sujet l'akathisie, un effet secondaire des neuroleptiques généralement méconnu dans sa dimension subjective. En particulier lorsque ces médicaments sont prescrits pour des « troubles du comportement ». Après une introduction et une illustration par deux vignettes cliniques, l'article reprend le contexte de découverte et d'utilisation des premiers neuroleptiques en psychiatrie avant de détailler les manifestations motrices et subjectives de l'akathisie. Il en ressort qu'au-delà d'un simple inconfort la prise en compte de ces manifestations doit nous inciter à la plus grande prudence dans l'utilisation de ces médicaments au risque d'aggraver des situations cliniques déjà suffisamment complexes.

Louvain Med. 2012; 131 (10): 604-606

■ LE THYMOLIPOME

M. Smahi, M. Lakranbi, M. Serraj, Y. Ouadnouni

Le thymolipome est une tumeur bénigne rare du thymus, souvent asymptomatique, de découverte fortuite et de pathogénie encore controversée. Nous rapportons un nouveau cas survenu chez une femme de 60 ans et découvert à l'occasion d'une radiographie du thorax réalisée dans le cadre du bilan d'une dyspnée d'effort. Le diagnostic était évoqué par l'IRM et confirmé par l'examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse tumorale.