

# Un an de fonctionnement d'un service de psychiatrie en hôpital général : analyses et réflexions

## *One year functioning of a psychiatric unit in a general hospital : analyses and reflections*

**V. Bertouille et O. Le Bon**

Service de Psychiatrie, C.H.U. Tivoli, La Louvière

### RESUME

*A l'heure où l'organisation des soins en santé mentale en Belgique est sensiblement modifiée par le développement d'une offre ambulatoire, suivant en cela les propositions de l'O.M.S., il apparaissait intéressant de mesurer le fonctionnement d'un service psychiatrique en hôpital général. Diverses données concernant le service de psychiatrie du C.H.U. Tivoli, à La Louvière, ont été analysées sur une durée d'une année. La pyramide des âges suit une courbe gaussienne, avec un maximum à 45 ans, ce qui correspond quasi exactement aux périodes considérées comme les plus difficiles à vivre selon les enquêtes sur la satisfaction globale de la vie. Les principales causes d'admission ont été : le trouble dépressif majeur, les sevrages alcooliques, les mises à l'abri (physiques ou psychologiques), les bilans diagnostiques (étude approfondie des morbidités et comorbidités) ou thérapeutiques (optimisation du traitement dans des cas difficiles), les décompensations anxieuses, les décompensations psychotiques et les conflits systémiques (par exemple entre les membres d'un couple ou entre parents et enfants). Le nombre et la durée des admissions ont montré des pics de fréquentation en septembre-octobre, janvier-février et juin-juillet. La durée de séjour la plus courante était de 6 jours en moyenne. Un sous-groupe de patients a répondu à un questionnaire concernant la localisation préférentielle des soins à recevoir. 19 % auraient opté pour un système ambulatoire si le choix leur avait été proposé. Par contraste, il semble bien que l'hôpital, avec une concentration des soignants sur un même lieu et leur organisation relativement efficace, continue à devoir jouer un rôle important dans le futur maillage des soins psychiatriques.*

*Rev Med Brux 2015 ; 36 : 14-22*

### ABSTRACT

*At a time where the organization of mental health care in Belgium is profoundly modified by the development of an ambulatory option, following as such the proposals of the WHO, it seemed interesting to measure the present functioning of a psychiatry unit located in a general hospital. Data concerning the psychiatry unit of C.H.U. Tivoli, at La Louvière, were analyzed over a period of one year. The age pyramid followed a Gaussian curve, with a peak at age 45, a period of life considered as one of the most difficult in surveys over general life satisfaction. The main reasons for admission were : major depressive disorder, alcohol desintoxication, looked for isolation from the external world (either for physical or psychological reasons), diagnostic (morbidities and comorbidities) and therapeutic (complex treatment combinations) workups, anxious and psychotic decompensations, and systemic conflicts (e.g. conflicts within the family). The number and duration of admissions showed peaks in september-october, january-february and june-july. The most current stay duration was 6 days. A subgroup completed an additional survey about the ideal localization for their care. 19 % would have opted for an ambulatory care if the choice would have been proposed. By contrast, it appears that hospitals, with their concentration of disciplines in the same location and relatively efficient organization, still has an important role to play in the future network in mental health care.*

*Rev Med Brux 2015 ; 36 : 14-22*

*Key words : psychiatric unit, statistics, one year, happiness curve, WHO, article 107*

## INTRODUCTION

A l'heure où le paysage de l'organisation des soins psychiatriques est profondément modifié par l'introduction de l'article 107, sur l'instigation de l'O.M.S., il paraît intéressant de faire le point sur le fonctionnement actuel d'un service de psychiatrie dans un hôpital général (SPHG).

L'article 107 a notamment pour objectif de déplacer l'organisation des soins d'un certain nombre de patients depuis l'hôpital ou l'institut psychiatrique vers des services centrés sur le domicile du patient, par l'introduction d'équipes mobiles. Les principes affichés pour cette réorganisation des soins en santé mentale apparaissent doubles :

- obtenir une réduction du nombre de patients hospitalisés en milieu psychiatrique, essentiellement à long terme. La Belgique occupait encore en effet, malgré une réduction déjà substantielle, la deuxième place au niveau de l'Union Européenne en 2011 pour le nombre de lits psychiatriques chroniques (134,5/100.000 habitants, juste derrière Malte, alors que la moyenne européenne se situait à 51,1/100.000 h). En lits psychiatriques en hôpital général, la Belgique se situe par contre quasiment à la moyenne européenne (25,6/100.000 h, contre 24,9/100.000 h)<sup>1</sup> ;
- l'évitement quand c'est possible d'une hospitalisation et son remplacement par une prise en charge à domicile, ce qui correspondrait aux souhaits d'une partie des " usagers de soins " (les patients et leur famille).

Les SPHG se situent quelque part au début, voire au milieu de la chaîne des soins. Ils restent souvent l'accès le plus facile en cas de détresse psychique pour les patients et leur famille, via le service des urgences. Ils sont en deuxième ligne lorsqu'un patient, suivi par son médecin traitant, doit être hospitalisé sans un trop grand délai. La consultation ambulatoire organisée au sein de l'hôpital permet aussi de diriger vers l'hospitalisation les patients pour lesquels la prise en charge ambulatoire échoue, n'évolue pas assez rapidement ou lorsque cela correspond à un désir de mise à l'abri émanant des patients. Des patients peuvent être transférés d'autres services hospitaliers. Un dernier contingent de patients consiste en cas particuliers adressés par des spécialistes non psychiatres de l'hôpital ou des psychiatres extérieurs, hospitaliers ou non.

Le séjour hospitalier permet de rechercher une réponse thérapeutique permettant soit le retour à domicile - accompagné ou non d'un traitement médicamenteux et psychothérapeutique - soit un transfert vers une institution à même de prendre le relais des soins pour des durées plus longues. On peut ici rappeler que les SPHG (" lits A ") sont prévus pour des hospitalisations de courte et de moyenne durée (entre 1 jour et 30 jours environ) et sont assez mal soutenus financièrement par l'INAMI pour des durées plus longues, alors que les hôpitaux psychiatriques sont

prévus, avec un encadrement plus réduit, au-delà de ces durées (" lits T "). Les autres institutions bénéficient de remboursements divers et adaptés à leur fonction particulière.

Nous nous proposons de revoir ici une série de données essentiellement descriptives et concernant un SPHG particulier, à savoir le service de psychiatrie du C.H.U. Tivoli. L'étude a porté sur la période située entre septembre 2012 et août 2013, ce qui coïncide pratiquement avec la date de la mise en route de l'article 107 dans la zone de La Louvière. Nous aurons donc un cliché de la situation prévalant avant le changement.

Le redéploiement des ressources économiques, tel que suggéré par l'O.M.S., d'un modèle basé sur les soins psychiatriques en milieu spécialisé vers un système porté davantage sur la santé mentale et la prévention en dehors de l'hôpital est basé sur un nombre, relativement réduit, d'observations au niveau belge<sup>2</sup> et international<sup>3-5</sup>. Ces études sont par ailleurs critiquables du point de vue méthodologique (taille réduite des échantillons, double insu insuffisant, examinateurs non indépendants, nombre réduit de mesures comparées). L'application de ce changement paradigmatique fait l'objet de politiques variables et plus ou moins concertées avec le corps médical d'un pays à l'autre. Il fait globalement l'hypothèse d'une inadéquation relative du modèle actuel, jugé trop coûteux et trop peu respectueux du patient, alors que les troubles mentaux sont, selon l'O.M.S.<sup>1</sup>, une préoccupation majeure (3<sup>e</sup> rang des maladies en termes de prévalence sur la vie entière) et grandissante (50 % d'augmentation de la contribution des maladies mentales sur la morbidité globale est prévue d'ici 2020) dans le monde actuel. Ces points seront soulevés dans la discussion en fin d'article.

## PATIENTS ET METHODES

L'étude actuelle a porté sur la période courant de septembre 2012 à août 2013. Les patients hospitalisés analysés dans la présente étude provenaient dans leur grande majorité de présentations spontanées au service des urgences, (69,6 %). Le reste provenait d'admissions programmées au départ des consultations de psychiatrie de l'hôpital (12,5 %), à la demande de généralistes ou de spécialistes extérieurs (12,2 %) ou résultant d'un transfert à partir d'autres services de l'hôpital (5,7 %).

Le service de psychiatrie comprend deux ailes distinctes. Une première aile est limitée par une porte fermée par défaut et concerne les cas plus sévères (30 lits). Une deuxième aile (15 lits) occupe la moitié d'un étage, dont l'autre moitié comprend des lits de médecine interne et dont la porte n'est jamais fermée (45 lits de psychiatrie au total). Toutes les chambres comportent deux lits. Une seule est réservée pour des patients souhaitant une chambre privée.

L'équipe médicale comprend six psychiatres

employés à trois quarts temps ou à plein temps et un post-gradué en formation, les médecins suivant leurs patients préférentiellement dans une des deux ailes mais effectuant de fréquents déplacements dans l'autre. Le nursing est par contre clairement divisé suivant la répartition géographique. Les infirmiers de l'aile "ouverte" ont une double formation professionnelle, puisqu'ils doivent assurer les soins à la fois aux patients psychiatriques et à ceux ayant recours à la médecine interne. L'équipe se complète d'un psychologue, de deux assistants sociaux, d'un ergothérapeute, d'un kinésithérapeute et d'une éducatrice. Outre de très nombreux contacts informels entre soignants, des réunions d'équipe ont lieu trois fois par semaine afin d'échanger les informations et les propositions thérapeutiques. L'équipe de nursing bénéficie d'une double supervision, analytique et systémique. Les psychiatres en formation bénéficient de supervision au sein de l'équipe médicale et une supervision externe est recommandée de surcroît.

Deux échantillons de données sont analysés ici. La partie principale concerne tous les patients étant passés par le service pendant l'ensemble de la durée de l'enquête (1 an). Les données ont été encodées pour les diagnostics (principaux et secondaires), ainsi que les motifs d'admission et les durées de séjour. Un deuxième échantillon restreint a été ajouté en cours d'étude et porte sur 6 semaines. Il comporte une enquête portant sur la nécessité relative d'une hospitalisation *versus* un éventuel traitement à domicile.

Les diagnostics ont été établis selon le DSM-IV par les différents cliniciens impliqués pendant le séjour. Les regroupements ont été établis *post-hoc* en grandes catégories cliniques pour une interprétation plus intuitive.

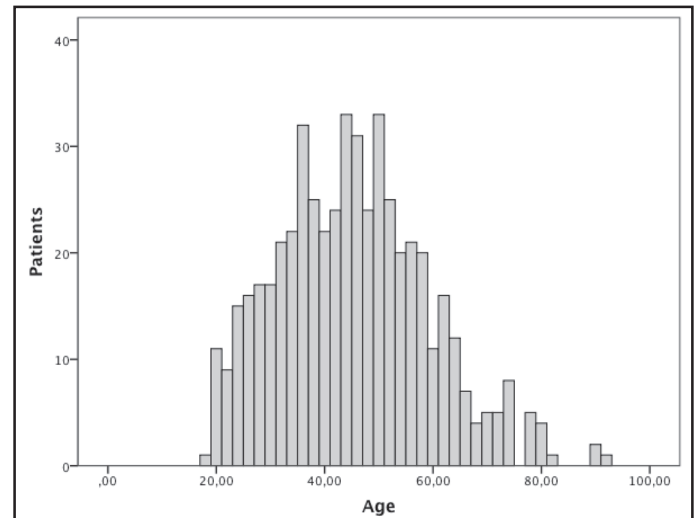
Le comptage des consultations est réalisé à partir des statistiques centrales de l'hôpital.

Les statistiques présentées ici ont été réalisées grâce au logiciel Statview 5 (SAS Institute, Cary, NC). La comparaison entre le nombre et les durées de séjour a été analysée par test non paramétrique de Wilcoxon ; le test de normalité pour l'âge a été réalisé par le test de Kolmogorov-Smirnov. Les comparaisons entre groupes ont été réalisées par le test non paramétrique de Mann-Whitney par souci d'homogénéité statistique avec les autres mesures. Le test de Spearman a été utilisé pour la comparaison avec l'étude du *British Household Survey*.

## RESULTATS

Un total de 520 patients a été hospitalisé pendant la période concernée (58,3 % de femmes). Concernant la répartition par salle, 73,5 % des patients ont été admis en unité fermée et 26,5 % en unité ouverte. Les données suivantes sont fusionnées pour les deux unités. 95 patients (18,3 %) ont été admis plus d'une fois, ce qui porte le nombre d'admissions sur l'année étudiée à 615 (8,1 % 2 fois ; 1,9 % 3 fois ; 0,1 % 4 fois).

La figure 1 montre la courbe des âges des patients. On observe une distribution normale (test de déviation de la normalité non significatif). On ne note pas de différence significative entre les sexes. Un indice composite a été créé pour l'occasion (durée \* nombre d'admissions). Ce dernier montre trois pics de fréquentation : septembre-octobre, janvier-février et juin-juillet.



N = 520 ; moyenne : 44,7 ans ; écart-type : 14,0. Absence de différence entre hommes et femmes concernant l'âge. Le groupe de patients montre une nette distribution gaussienne, centrée sur la décennie des patients âgés de 40-50 ans, sauf dans sa partie gauche, ce qui s'explique par le fait que les admissions de patients âgés de moins de 18 ans dépendent du service de psychiatrie infanto-juvénile et ne sont que rarement hospitalisés dans les salles pour adultes.

Figure 1 : Distribution du nombre de patients par tranche d'âge.

La figure 2 représente des données en provenance du *British Household Panel Survey*<sup>6</sup>, montrées ici à titre de comparaison. Cette étude de cohorte est basée sur les ménages (*household*), a débuté en 1991 et est menée par le département de recherches sociales et économiques de l'Université d'Essex (Grande-Bretagne). Elle porte sur 10.300 sujets adultes, provenant de 250 régions du pays. Les résultats sont publiés sur base annuelle. Elle a pour objectif de fournir un ensemble de données permettant de mieux comprendre l'évolution de la société. Elle est

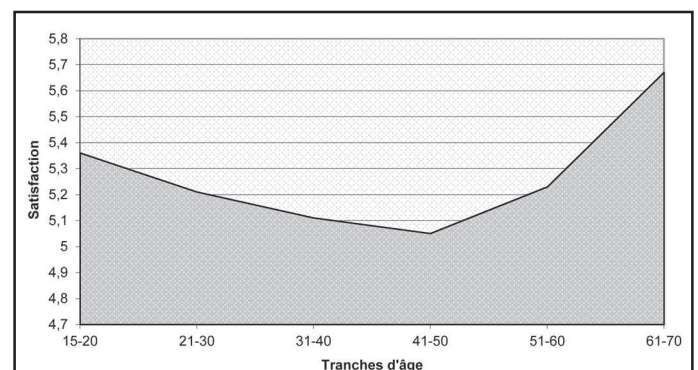
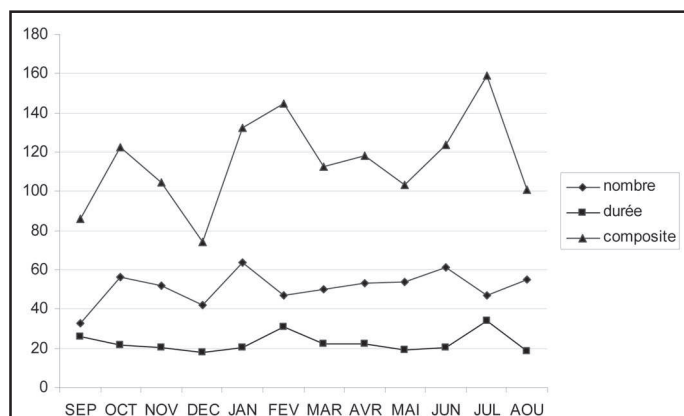


Figure 2 : Courbe de la satisfaction vitale. Etude portant sur 10.300 sujets, provenant de toutes les régions du Royaume-Uni (Taylor, 1993), questionnaire en 7 points sur l'estimation subjective de la satisfaction vitale.

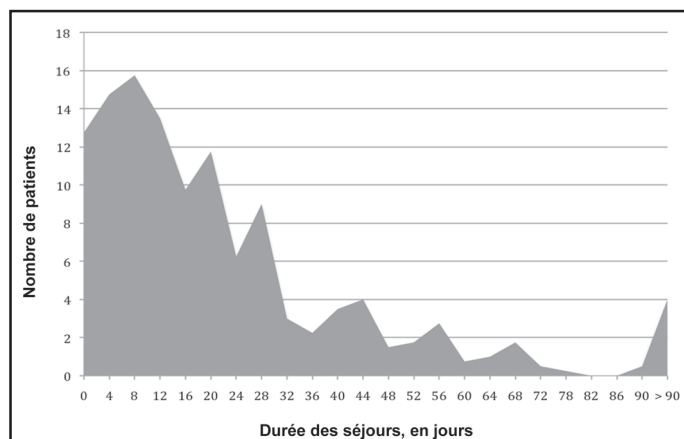
généralement considérée comme la meilleure de son genre pour l'Europe occidentale sur base de critères méthodologiques. Une étude de même type a été réalisée aux Etats-Unis et donne des résultats assez similaires<sup>7</sup>.

La figure 3 montre le nombre et la durée des admissions réparties par mois selon le calendrier. On constate une grande variabilité au fil du temps du nombre et de la durée des admissions - et il faudrait encore tenir compte des listes d'attentes, qui sont souvent réduites ou inexistantes en été et comptent fréquemment jusqu'à 10 demandes simultanées le reste de l'année. Une corrélation statistique positive ( $P < 0,05$ ) a été observée entre le nombre et la durée des séjours.



**Figure 3 : Nombre et durée des admissions par mois. On constate de grandes variations de mois à mois (les extrêmes variant du simple au double). Corrélation positive ( $P < 0,05$ ) entre les deux variables. Nombre (patients), Durée (jours). Index composite : nombre \* durée/10.**

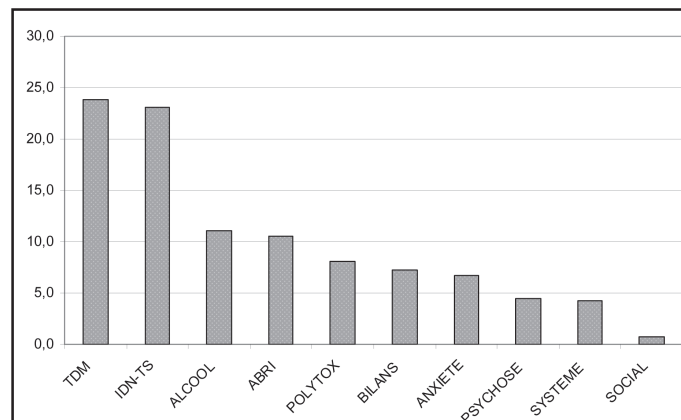
La figure 4 montre la répartition de la durée des séjours par tranche de temps. Le mode est observé pour des durées de 6 jours.



**Figure 4 : Répartition des admissions par durée de séjour. On constate que la répartition de ces durées de séjour est progressive, d'abord ascendante puis descendante (mode autour de 6 jours).**

La figure 5 montre les principaux motifs d'admission. De loin, le principal motif d'admission est le trouble dépressif, surtout si on combine les deux premières colonnes, à savoir les patients admis pour

trouble dépressif majeur sans idéation suicidaire (23,8 %) et ceux qui sont admis pour idéation autolytique (23,1 %). Suivent les sevrages alcooliques (11,1 %), les demandes de mise à l'abri pour raisons physiques (patients subissant des violences, par exemple), psychologiques (besoin de se retrouver en milieu protégé - signification étymologique d'ailleurs du terme " asile ") (10,5 %), les sevrages de substances illicites (8,1 %), les demandes de bilans diagnostiques (étude approfondie des morbidités et comorbidités) ou thérapeutiques (optimisation du traitements dans des cas difficiles) (7,2 %), les décompensations anxieuses (7,7 %), les décompensations psychotiques (4,4 %), les conflits systémiques (tensions actuelles entre les membres d'une famille) (4,3 %) et des hospitalisations purement sociales (0,7 %).

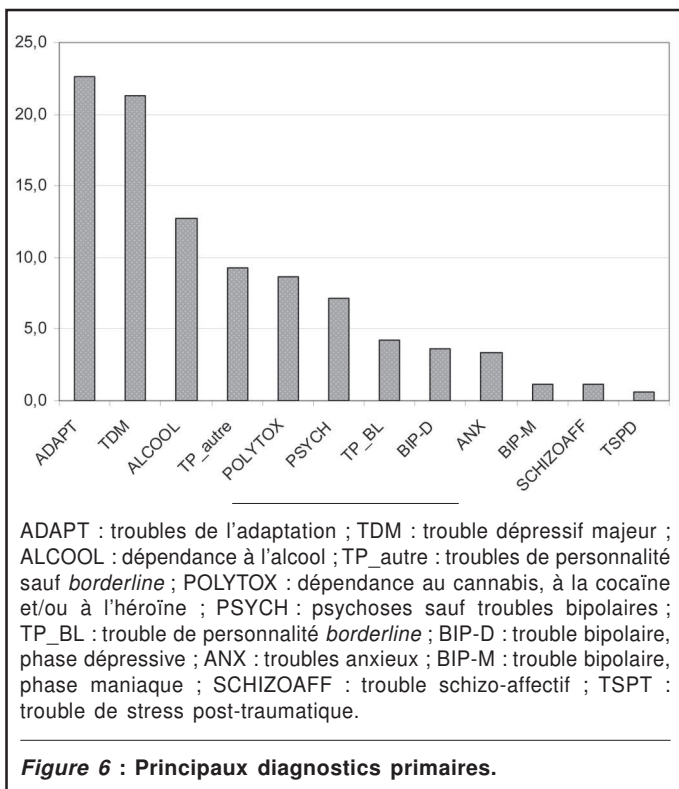


**Figure 5 : Les motifs d'admission (pourcentages).**  
TDM : trouble dépressif majeur ; IDN-TS : idées noires-tentatives de suicide ; ALCOOL : sevrage d'alcool ; ABRI : mise à l'abri par rapport à des conflits extérieurs ou intérieurs ; POLYTOX : sevrage de cannabis, cocaïne, ou héroïne ; BILANS : patients adressés pour mise au point diagnostique par le médecin traitant ou des spécialistes autres (y compris psychiatres) ; ANXIETE : apaisement de troubles anxieux au sens large ; PSYCHOSE : décompensations psychotiques (schizophrénie et phases maniaques) ; SYSTEME : conflits à l'intérieur du système familial ; SOCIAL : aucun motif psychiatrique mais uniquement un problème social. On note la forte prévalence de la combinaison (troubles dépressifs + idéations autolytiques (46,9 %)).

La figure 6 décrit la répartition par groupes diagnostiques. Les principaux diagnostics primaires rencontrés étaient les troubles d'adaptation (22,6 %), le trouble dépressif majeur (TDM) chronique (21,3 %), la dépendance alcoolique (12,8 %), les troubles de personnalités sauf BL (9,2 %), la dépendance aux substances (8,7 %), les troubles psychotiques (7,2 %), les troubles de personnalité *borderline*, isolés pour leur grande fréquence au sein des troubles de personnalité (4,3 %), les troubles bipolaires en phase dépressive (3,7 %), les troubles anxieux (3,4 %), les troubles bipolaires en phase maniaque (1,2 %), les troubles schizo-affectifs (1,2 %).

Les principaux diagnostics secondaires ont été : troubles anxieux (33,0 %), troubles psychotiques (25,0 %), troubles dépressifs (23,4 %), troubles de personnalité (22,7 %), polytoxicomanie (19,8 %), alcoolisme modéré (19,7 %), troubles d'adaptation (18,6 %), personnalité *borderline* (17,1 %).





hospitalier. Le motif d'admission principal favorise l'hôpital pour les sevrages, le trouble dépressif majeur, les tentatives de suicide, le troubles anxieux, la manie, les psychoses. Un nombre substantiel de dépressifs auraient cependant préféré être soignés à domicile. Les patients ayant eu des antécédents de tentative de suicide étaient tous en faveur d'un séjour hospitalier. La qualité du soutien extérieur, principalement par la famille, ne semble pas un critère déterminant : dans les trois catégories (soutien important, soutien peu disponible et absence de soutien), les proportions restent sensiblement identiques quant au souhait d'être soigné à l'hôpital ou chez soi.

## DISCUSSION

La pyramide des âges représentait ici une courbe de Gauss quasi parfaite, bien que légèrement tronquée sur son versant le plus jeune, pour des raisons d'organisation sanitaire, les plus jeunes patients étant suivis par le service de psychiatrie infanto-juvénile. Par ailleurs, la population plus âgée et souffrant de troubles neuro-dégénératifs est préférentiellement prise en charge par le service de gériatrie. Nonobstant, cette distribution normale est une surprise ; il n'y a en effet aucune raison *a priori* de penser que l'hospitalisation en psychiatrie concerne davantage les groupes d'âges intermédiaires que les plus âgés par exemple. Il était tentant de rapprocher cette distribution de la " courbe du bonheur " (satisfaction par rapport à sa propre existence), telle qu'elle a été mise en évidence notamment dans l'étude du *British Household Panel Survey*<sup>6</sup> (figure 5). Il y est montré notamment que l'âge le plus difficile à traverser pour les humains se situe en général vers 45 ans, ce qui est presque exactement l'âge le plus représenté dans notre étude. On sera donc inclinés à penser que, parmi toute une série de facteurs sanitaires, sociaux et économiques, le nombre des admissions reflète indirectement les difficultés psychiques rencontrées dans l'existence.

Les consultations réalisées par les psychiatres pendant la période mesurée se sont élevées à 6.093 (code " psychiatrie simple "), à 690 (code " psychothérapie ") et à 58 (codes autres divers), soit un total de 6.841 rendez-vous. Les consultations se répartissent plus ou moins en trois groupes : consultations précédant une hospitalisation ; consultations suivant une hospitalisation et consultations indépendantes d'une hospitalisation passée ou future. Ce dernier groupe, ne serait-ce que pour des raisons quantitatives, représente de loin le plus important contingent. Le nombre de consultations prestées est en augmentation globale d'environ 4,2 % par année depuis 5 ans.

Un sous-groupe de patients (N = 66 ; 54,2 % de femmes) a reçu un questionnaire concernant leur choix préférentiel de lieu de traitement (tableau). Ce questionnaire a été distribué entre mi-juillet et août 2013 et devrait être relativement représentatif de l'ensemble des patients hospitalisés au cours de l'année, sauf pour d'éventuelles préférences liées au climat. 57 (86,6 %) patients ont donné leur avis. Les résultats montrent que 81,1 % d'entre eux étaient satisfaits de recevoir des soins en milieu hospitalier alors que 19,2 % auraient préféré un traitement à domicile. Les patients les plus motivés pour un cadre hospitalier étaient, par ordre décroissant : les demandes de sevrage (alcool et autres substances), les personnes souffrant de solitude, celles ayant tenté de se suicider, les demandes de psychothérapie, les mises au point complexes (bilans), les demandes d'abri au sens physique ou psychique et les SDF. Ceux qui auraient préféré ne pas être soignés à l'hôpital mettaient en avant principalement : la séparation d'avec leur famille, la crainte de se retrouver avec des patients souffrant d'autres pathologies, l'enfermement

Le nombre d'admissions en psychiatrie par unité de temps est fonction d'un grand nombre de facteurs dont la plupart ne sont pas connus ou mesurables. Il est aléatoire au départ, fonction de la liste d'attente et des patients se présentant au service de garde, se présentant aux consultations ou hospitalisés dans d'autres services de l'hôpital. Il doit cependant tenir compte de pathologies connues pour être influencées par les saisons, comme certains troubles affectifs, mais aussi d'autres facteurs saisonniers (effet bénéfique de la lumière extérieure ? vacances à l'étranger en été ?, incapacité à trouver un logement pour des raisons sociales au cœur de l'hiver, d'où prolongation du séjour pour des raisons humanitaires, etc.). Les statistiques sont aussi limitées par le plafond représenté par la capacité maximale d'accueil. Cette capacité maximale est en outre régulièrement réduite d'une ou de deux places lorsque certains patients nécessitent pour des raisons diverses de bénéficier d'un séjour seul en chambre (maladie infectieuse de type staphylocoque doré multirésistant, troubles de comportement dérangeants, hygiène personnelle trop déficiente, etc.).

**Tableau : Localisation préférentielle pour les soins (N = 66).**

Raison de la préférence	N	%	N	N	N	N	N	N	N
Hôpital	46	69,9	Sevrage	Solitude	Suicide	Psychothérapie	Bilan	Abri	SDF
			10	10	8	8	5	3	2
Domicile	11	16,6	Famille	S-A	Mélange	Enfermement			
			4	3	2	2			
S-A	9	13,6							
<b>Motif d'admission</b>			Sevrage	TDM	TS	Anx.	Manie	Psychot.	Divers
Hôpital	46	69,9	19	9	7	5	2	2	2
Domicile	11	16,6	2	5	0	1	0	0	3
S-A	9	13,6	3	2	4				
<b>Antécédents de TS</b>			Non	Oui	S-A				
Hôpital	46	69,9	27	15	4				
Domicile	11	16,6	11	0					
S-A	9	13,6	2	6	1				
<b>Soutien familial</b>			Oui	Peu disponible	Non				
Hôpital	46	69,9	29	11	6				
Domicile	11	16,6	7	2	2				
S-A	9	13,6	3	3	3				

S-A : sans avis ou questionnaire non rempli. Raison de la préférence : raisons principales pour lesquelles les patients préfèrent être hospitalisés (ce qui est leur situation actuelle) ou auraient préférés être soignés chez eux (domicile). Mélange : patients gênés par le mélange de pathologies dans une même unité. Famille : privation relative de contacts avec l'entourage familial. Motif d'admission : raison principale pour laquelle les patients ont été hospitalisés. Atcnds\_TS : au moins un antécédent de tentative de suicide. Soutien familial : les patients estiment pouvoir compter sur un soutien extérieur : oui ; peu disponible ; non.

La corrélation positive retrouvée entre le nombre et la durée des admissions plaide pour une concentration des demandes à certains moments (davantage d'admissions pour une durée plus longue) et contre l'idée parfois reçue d'un laxisme poussant à garder les patients hospitalisés plus longtemps lorsque le nombre d'admissions est faible. On remarquera l'étendue des variations (*effect size*) : le nombre minimal d'admissions a eu lieu en septembre (33) et le nombre maximal en janvier (64), variant quasiment du simple au double. Il faudrait étudier ces variables sur plusieurs années en parallèle avec les variations climatiques pour étudier d'éventuelles corrélations, ainsi que le délai entre l'influence supposée de la lumière et le retentissement sur les troubles mentaux<sup>8</sup>.

La comparaison des durées de séjour au cours de l'année étudiée paraît remarquablement lisse : on ne note pas, par exemple, de soudaines modifications lors des " caps tarifaires ", à savoir lorsque le remboursement devient moins important après une durée déterminée (1-12 jours, 13-30 jours, 31-90 jours, > 90 jours). Ceci témoigne, selon nous, du peu d'influence des aspects économiques (rentabilité de l'hôpital) par rapport à l'intérêt clinique du patient. Un très petit pourcentage de patients (0,048 %) est

hospitalisé pour des durées hypercourtes (moins de 2 jours), ce qui correspond pour l'essentiel à des sorties exigées contre avis médical. Un pourcentage important (17,0 %) est hospitalisé pour des durées courtes, ce qui correspond *de facto* à des hospitalisations de crise et la solution plus ou moins rapide qui leur est trouvée. Le plus gros contingent correspond à des durées de l'ordre d'un mois (41,3 %), pouvant correspondre chronologiquement à des demandes de sevrage d'alcool et des mises au point et traitements de troubles anxio-dépressifs ou psychotiques. Les durées plus longues correspondent à des mises au point et traitements plus délicats. Les séjours de plus de 90 jours sont en général liés à des situations sociales ou médicales individuelles pour lesquelles il est très difficile de trouver une solution (une patiente, dangereuse pour elle-même et limitée cognitivement suite à un AVC, est restée deux ans et demi (!) dans le service, devant l'impossibilité de trouver une institution acceptant de la prendre en charge et le juge ayant refusé à trois reprises les demandes de mise en observation).

Les motifs d'admission marquent une nette prédominance (46,9 %) de troubles dépressifs au sens large (mise au point et modification de traitements de

tableaux dépressifs (23,8 %) et tentatives de suicide (23,1 %). Suivent diverses demandes fréquentes classées en ordre décroissant (sevrage d'alcool, mises à l'abri, bilans divers, décompensations anxieuses, décompensations psychotiques, conflits systémiques et quelques hospitalisations de nature purement sociale).

Le principal groupe diagnostique rencontré représentait des troubles d'adaptation, à savoir une catégorie assez floue dans le DSM-IV (et largement restructurée dans le DSM-5). Il s'agissait essentiellement ici de conflits de couple ou de famille ou de deuils au sens large : pertes de personnes chères, séparation conjugale mais aussi pertes d'emploi ou pertes de ressources financières. Le trouble dépressif majeur vient en deuxième place et comprend ici l'absorption massive de psychotropes à but suicidaire authentique, manipulateur ou faisant suite à un stress pénible mais sans intention de mourir. Viennent ensuite les troubles de personnalité (*borderline*, dépendant, antisocial principalement), suivis par la dépendance alcoolique et la dépendance à d'autres substances illicites comme le cannabis, la cocaïne, l'héroïne ou des drogues de synthèse. Les troubles psychotiques et les bipolaires en phase haute ou basse étaient relativement moins fréquents. Mais il faut ici tenir compte aussi du contexte extérieur et retenir qu'un certain nombre de patients présentant des pathologies sévères sont admis directement dans d'autres établissements et cela sur base de mesures judiciaires (mises en observation). Ceci peut biaiser l'échantillon étudié puisqu'il est vraisemblablement moins représentatif de la réalité pour les pathologies les plus lourdes.

L'ensemble des problématiques psychiatriques semble ainsi abordé.

Pour les diagnostics secondaires, on retrouve à peu près les mêmes catégories que pour les diagnostics primaires : trouble dépressif, troubles de personnalité, polytoxicomanie, alcoolisme, troubles de l'adaptation. Ceci tend à confirmer un aspect dimensionnel de la psychiatrie, qui est d'ailleurs repris partiellement dans le DSM-5, à savoir qu'un degré d'anxiété et/ou de psychose au sens large peut se retrouver dans d'autres catégories et qu'il est fréquent de rencontrer des comorbidités (voir l'introduction aux changements introduits dans la nouvelle classification : DSM-5, 2013, pour davantage d'informations sur cette question).

L'augmentation régulière du nombre de consultations est vraisemblablement multifactorielle mais nos outils ne permettent pas d'en tracer la répartition : demande en hausse, déstigmatisation des troubles mentaux, mais aussi sans doute meilleure organisation, accroissement des plages de consultation et intégration d'un psychiatre supplémentaire.

Pour situer nos données dans un contexte plus général, une étude publiée en 2005 par la *Harvard Medical School*<sup>10</sup> reconnaissait qu'on disposait de très

peu de données quant à la prévalence détaillée des troubles mentaux (DSM-IV). Une estimation de cette prévalence sur 12 mois a été réalisée (*National Comorbidity Survey*) en utilisant une interview structurée sur un échantillon de 9.282 personnes et montrait 18,1 % de troubles affectifs, 9,5 % de troubles anxieux, 8,9 % de troubles impulsifs, 3,8 % d'abus/dépendance aux substances ; 22,3 % des cas étaient considérés comme sévères, 37,3 % de gravité moyenne et 40,4 % d'intensité modérée ; 55 % ne portaient qu'un seul diagnostic, 22 %, deux diagnostics et 23 % plus que deux diagnostics. Des statistiques du bureau régional de l'O.M.S.<sup>11</sup> faisaient par ailleurs état de 11,3 % de troubles anxio-dépressifs, 2,4 % d'abus/dépendance alcoolique, 0,8 % d'Alzheimer, 0,5 % de schizophrénie et autant de troubles bipolaires et de trouble panique, ainsi qu'un taux de suicide de 0,01 %. Ces dernières estimations se basent sur des statistiques nationales sur l'ensemble de la population européenne (880 millions d'habitants) et donnent une image moins sévère de la prévalence des troubles mentaux mais leur méthodologie est beaucoup moins fiable. La cohorte de Lundby<sup>12</sup>, étudiée sur plus de 50 ans et ayant inclus 2.550 habitants (99 %) d'une petite communauté du sud de la Suède, a montré entre autres que l'incidence des troubles dépressifs avait augmenté entre 1947 et 1972 (passant par exemple de 27 % à 45 % chez les femmes en incidence cumulée), puis s'était stabilisée, au moins jusqu'en 1997. Le nombre des psychoses aurait augmenté entre 1947 et 1997 (de 0,8 % à 1,4 % en incidence annuelle pour les cas sévères), mais seulement chez les hommes. La cohorte du *Stirling County* (Canada)<sup>13</sup> a comparé deux échantillons de plus de 1.000 personnes entre 1952 et 1970. La prévalence combinée pour l'anxiété et la dépression au sens large était stable, de l'ordre de 12,5 %. Une étude européenne<sup>14</sup> portant sur 7.209 personnes et comparant les prévalences de troubles mentaux a montré 13,9 % de prévalence de troubles dépressifs chez les femmes, pour 8,5 % chez les hommes ; trouble panique : 9,2 % chez les femmes, 5,6 % chez les hommes ; autres troubles anxieux : 10,0 % chez les femmes et 5,0 % chez les hommes. Une étude de l'O.M.S.<sup>15</sup> montre que l'Europe, dans son ensemble, est la région du monde la plus affectée par l'abus d'alcool, avec 20 % de la population rapportant avoir consommé de grandes quantités (plus de 60 g d'alcool) au moins une fois par semaine. Une étude de la prévalence des utilisations de substances illicites, portant sur trente années aux Etats-Unis<sup>16</sup>, a montré que 46 % des personnes avaient consommé au moins une fois une substance illicite dans leur vie, 40 % ont essayé la marijuana, 30 % d'autres substances illicites et 10,3 % avaient un problème au long cours d'abus ou de dépendance par rapport à une substance illicite.

Notre échantillon montre ici une population hospitalisée, qui, assez logiquement, est atteinte de façon plus fréquente que la population générale. Remarquons cependant que, dans une large mesure, la hiérarchie des troubles mentaux est conservée, avec une forte prédominance de troubles dépressifs.

L'enquête portant sur un sous-groupe de patients quant à la localisation idéale selon eux pour recevoir des soins psychiatriques est de moindre valeur statistique de par le relativement faible nombre de personnes interrogées. Elle apporte cependant des enseignements intéressants, notamment le fait que 81 % des patients interrogés sont satisfaits d'être soignés en milieu hospitalier, alors que 19 % auraient préféré des soins à domicile. Les principales motivations de ceux qui souhaitent être hospitalisés sont la protection par rapport à eux-mêmes (désintoxications, suicide) et l'évitement de la solitude. Il faudrait encore ajouter des souffrances mentales incompatibles avec des soins extérieurs, comme des agitations psychotiques ou maniaques. Une hospitalisation permet aussi à certains patients de se restructurer dans la gestion d'une journée avec des horaires sociaux classiques (chronothérapie), de participer à des activités créatives (découverte, mise en œuvre), sportives ou d'exploration artistique. Ce sont là des facteurs de stabilisation dans des vies perturbées et qui peuvent être poursuivis après la fin du séjour. Pour certains patients très déstructurés socialement, un statut de patient peut même faire retrouver une certaine dignité. Notons quand même aussi que ceci ne correspond pas nécessairement à une faisabilité réelle pour les candidats aux soins à domicile et d'autre part que ceux qui souhaitent des soins hospitaliers n'imaginent peut-être pas qu'ils pourraient être suivis par une équipe mobile.

Par rapport à l'organisation hospitalière, il est évidemment difficile de prévoir les périodes de pics et de creux d'activité, qui sont fonction de nombreux facteurs et qui imposent de prévoir toujours une activité maximale. Toutefois, si des facteurs saisonniers étaient confirmés de façon répétitive au cours de plusieurs années - correspondant comme on l'a vu à des activités pouvant passer du simple au double - on pourrait imaginer de prévoir plus de personnel dans les saisons difficiles et moins dans les périodes plus creuses. Quant au remboursement de l'activité hospitalière par tranches de durée de séjour, on a vu qu'il influençait peu les durées de séjour : on pourrait donc imaginer un remboursement collant de plus près à la réalité par plus petites tranches, voire simplement de manière progressivement dégressive par nombre de journées.

Il manque évidemment une évaluation qualitative du travail fourni ou de la satisfaction des patients, mais ceci demanderait une approche méthodologique qui n'est pas à notre portée pour le moment. Indirectement, l'augmentation régulière du nombre des consultations et la stabilisation d'une forte demande d'hospitalisation font sans doute état, dans un contexte de concurrence locale, de la confiance de la patientèle.

De toute évidence, si on peut extrapoler à d'autres situations similaires, les SPHG représentent actuellement un maillon de premier plan dans le réseau sanitaire de la santé mentale. Ceci se repère clairement de façon quantitative (consultations et hospitalisations). Un service tel que celui décrit ici est bien inséré dans

le réseau social, tant depuis l'amont (médecine générale, divers autres envoyeurs), qu'en interne (psychiatrie de liaison) ou vers l'aval (médecine générale, autres spécialistes, hôpitaux psychiatriques, centres de post-cure et institutions d'accueil diverses). La situation à La Louvière est un peu particulière, puisqu'un autre hôpital universitaire de capacité similaire (Hôpital de Jolimont) possède un service de psychiatrie comparable au nôtre en taille et en fonction. Les contacts sont cordiaux mais il y a peu de passage de patients de l'un vers l'autre. Les liens entre les hôpitaux et les structures extérieures sont appelés à se développer avec les nouvelles structures mises en place par l'article 107 mais il est trop tôt pour pouvoir en évaluer l'importance qualitative et quantitative.

L'efficacité du travail est, ici comme ailleurs, le résultat de l'action combinée des divers intervenants : psychiatres, autres médecins, nursing, assistants sociaux, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, éducatrice. Même s'il peut être utile idéalement et pour diverses raisons de travailler en externe, voire au domicile du patient, il faut rappeler que la concentration des acteurs en un même lieu pour s'occuper d'un patient représente une solution économiquement et fonctionnellement avantageuse. L'impression, au terme de cette enquête, est qu'il existe un potentiel non négligeable pour des soins à domicile mais qu'il serait illusoire d'imaginer que la grande majorité des patients pourraient se passer de l'hôpital.

Par rapport à l'implémentation des réformes souhaitées par l'O.M.S., on rappellera que la base de données supportant les modifications à apporter aux systèmes existants reste peu étoffée ou prône une approche équilibrée<sup>3</sup>. Il est en conséquence encore difficile de déterminer dans quelle mesure les changements sont souhaités sur base d'éléments de réalité ou reposent sur des points de vue idéologiques. C'est plutôt dans ce sens que nous lisons un document émanant de l'O.M.S.<sup>17</sup> et intitulé " *Projet de plan d'action globale pour la santé mentale 2013-2020* ". Le projet souhaite faire passer du concept d'absence de maladie à celui de santé (physique, mental et social). Il déclare, peut-être un peu péremptoirement, concernant la santé mentale, que " c'est l'action de proximité, pérenne et permanente, qui est le plus souvent garante de qualité et de sécurité, tant pour les actions de prévention que pour la prise en charge et l'accompagnement des patients ". Il nous paraît sage, tant que davantage de preuves n'auront pas été apportées à cet édifice, d'avancer avec prudence dans son implémentation nationale, afin de ne pas endommager un outil qui nous semble, au regard de l'étude présentée ici, et même s'il est évidemment améliorable, relativement souple, adapté, efficace et performant. On peut citer l'exemple du Grand-Duché de Luxembourg, qui, dans son projet de rapport final sur la réforme de la psychiatrie et la politique de santé mentale<sup>18</sup>, fait, à l'occasion de chaque point soulevé, l'état des lieux de la situation actuelle et souligne toute l'importance de favoriser l'adhésion des forces vives à un projet partagé ainsi qu'à la bonne communication de ce projet avec ses



axiomes et valeurs (p. 37). En Belgique, par comparaison, l'article 107, bien que proposé au départ avec un statut de projet-pilote - lequel permettra peut-être quelques aménagements - a malheureusement souvent donné l'impression aux médecins et aux psychiatres en particulier d'être imposé sans grande concertation avec les acteurs de terrain, ce qui n'est sans doute pas le meilleur gage de collaboration.

## Remerciements

Les auteurs remercient les Drs P. Rossignol, A. Sansterre, M.-L. Atsé à Rissouk, D. Amaru, J.-M. Verdebout et Mme P. Duquenne pour son aide logistique.

Conflits d'intérêt : néant.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Samele C, Frew S, Urquia N : EU-Health Policy Forum. (en ligne 2013). [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/europopp\\_full\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf)
2. KCE - Centre fédéral d'expertise en soins de santé : Les séjours psychiatriques de longue durée en lits T. (en ligne). [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/d20081027347.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027347.pdf)
3. Thornicroft G, Tansella M : Components of a modern mental health service : a pragmatic balance of community and hospital care. *Br J Psychiatry* 2004 ; 185 : 283-90
4. Macpherson R : Twenty-four hour care for schizophrenia. *Cochrane Schizophrenia Group* 2009 ; 15 : 2
5. Murphy S, Irving CB, Adams CE, Driver R : Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Schizophrenia Group* 2012 ; 38 : 676-7
6. Taylor MF : The British Household Panel Survey. *ESRC Data Arch Bull* 1993 ; 53 : 7-10
7. Stone AA, Schwartz JE, Broderick JE, Deaton A : A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proc Natl Acad Sci* 2010 ; 99:85-90
8. Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC *et al.* : Seasonal Affective Disorder : A Description of the Syndrome and Preliminary Findings with Light Therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1984 ; 41 : 72-80
9. American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5<sup>th</sup> ed.). Arlington, VA, American Psychiatric Publishing 2013 : 5-25

10. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE : Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005 ; 62 : 617-27
11. Bureau régional de l'O.M.S. pour l'Europe : Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la conférence européenne de l'O.M.S. Service des publications. Bureau régional de l'O.M.S. pour l'Europe, Scherfigsvej 8, Copenhague, Danemark
12. Henderson S, Jablensky A : The Lundby study. *Aust N Z J Psychiatry* 2010 ; 44 : 1-3
13. Murphy JM, Olivier D, Monson R, Sobol A, Leighton A : Incidence of depression and anxiety : the Stirling County study. *Am J Public Health* 1988 ; 78 : 5
14. King M, Nazareth I, Levy G *et al.* : Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *Br J Psychiatry* 2008 ; 192 : 362-7
15. WHO, Regional Office for Europe. Alcohol Use, data and statistics, 2013. (en ligne). <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/data-and-statistics>
16. Compton W, Thomas Y, Conway K, Colliver J : Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders. *Am J Psychiatry* 2005 ; 162 : 1494-502
17. O.M.S. : Projet de plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland 2013. (en ligne). [http://www.who.int/mental\\_health/action\\_plan\\_2013/fr/](http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/)
18. Louazel V, Lair ML, Consbruck R, Schmit S : Rapport d'expertise externe commandité par le Ministre en CRP-Santé. Ministère de la Santé, Grand-Duché de Luxembourg, 2013

### Correspondance et tirés à part :

O. LE BON  
C.H.U. Tivoli  
Service de Psychiatrie  
Avenue Max Buset 34  
7100 La Louvière  
E-mail : olebon@chu-tivoli.be

Travail reçu le 2 novembre 2013 ; accepté dans sa version définitive le 8 avril 2014.