

Trajectoires de soins de patients alcoolodépendants: une étude longitudinale en Suisse italophone ¹

■ A. Degrate ^a, C. Molo Bettelini ^a, D. Intraina ^b, R. Khan ^c

^a Centre de recherche de l'Organisation socio-psychiatrique du canton du Tessin, Mendrisio

^b Centre de traitement de l'alcoolisme Centro Ingrado, Lugano

^c Service d'abus de substances, HUG, Genève

Summary

Degrate A, Molo Bettelini C, Intraina D, Khan R. [Care pathway of alcoholic patients of a psychiatric clinic: a longitudinal study in the Italian-speaking Swiss canton.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 2008;159:16–22.

Alcohol abuse predisposes to numerous public health problems leading to important direct and indirect costs. One out of four hospital beds in Switzerland is occupied by a patient presenting a diagnosis of alcohol consumption. The objectives of this retrospective study are firstly to have an overview of the therapeutic orientation of the patients in the existing alcoholology network of the canton of Tessin and to analyse the treatment trajectories of the adult hospitalised patients, in the general psychiatric hospital, presenting a problematic alcohol consumption and in particular to evaluate the impact of socio-demographic and clinical factors on the eventual readmissions. The analysis of this longitudinal retrospective study (1995–2000) is based on the data collected from the computerised register of the socio-psychiatric cantonal organisation (OSC) and that of the “Centre Ingrado”, a centre specialised in alcoholology. Two principal results are highlighted. Firstly, two groups of patients can be distinguished by their psychosocial aspects. Secondly, the two groups are distinguished by their post-hospitalisation trajectories.

In the first group of patients subjects older than 50 years are overrepresented, those living in companionship as well as those having less antecedents of a specific healthcare. This group was preferentially sent to private practitioners and presented

comparatively less rehospitalisations. The second group appears as socially less well integrated, has many antecedents of health care and had longer hospitalisations in 1995. The patients of this second group were addressed to specialised psychiatric health care structures and or those specialised in alcoholology.

The rehospitalisations were more frequent for patients of the second group. In the appreciation of the results of the study, its limits have to be taken into consideration. On the one hand, it is a retrospective study with the major limiting factor being a limited choice of predictive variables, the indicators of the trajectory of the patient, and on the other hand, the “social class”. It was not possible during the course of the study to take the “social class” into account as a predictive variable. Finally, we also lack the data on the eventual deaths, occurring in our cohort, outside the psychiatric hospital, during the observation period of the study.

In conclusion, despite the fact that the alcoholology network of the canton of Tessin needs in part to be systematised, we can nevertheless note that the existing practices and services are fully convenient. Future conceptualisations ideally need to rest on this experience in privileging mainly a perspective of treatment trajectory and to a lesser extent the option of a sequential episode of treatment.

Keywords: *alcohol-related disorder; therapy; rehabilitation; epidemiology; substance abuse treatment centre*

Introduction

L'abus d'alcool est à l'origine de nombreux problèmes de santé publique, engendrant des coûts directs et indirects importants. Un lit hospitalier sur quatre est par exemple occupé en Suisse par un patient présentant un diagnostic lié à la consommation d'alcool [1].

¹ Etude réalisée grâce au soutien financier de la Fondation suisse de la recherche sur l'alcool.

Correspondance:

Cristina Molo Bettelini

Responsable du Centre de recherche de l'Organisation

Socio-psychiatrique du Canton du Tessin

Centro di documentazione e ricerca

Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale

Via Ag. Maspoli

CH-6850 Mendrisio

e-mail: dss-osc.centrodoc3@ti.ch

Au vu du fort taux de comorbidité psychiatrique et somatique et de la forte complexité de la prise en charge, le développement d'un dispositif diversifié couvrant les différents besoins de ces patients est souhaitable. Dans sa trajectoire de soins au sein de ce dispositif, le patient peut être traité par de nombreux professionnels provenant de filières et spécialités différentes. Ceux-ci devraient idéalement tendre à un objectif de soin commun et concerté. L'organisation des soins se doit d'être par ailleurs le plus intégré possible, correspondant en principe à la trajectoire naturelle des patients. Un des défis majeurs d'un réseau de prise en soins addictologiques est donc de garantir des trajectoires de prise en soins cohérentes.

L'étude du parcours de patients dans un réseau de soins peut être intéressant pour plusieurs raisons. Elle permet une évaluation de la durée de rétention en traitement, qui est un des facteurs pronostiques parmi les plus favorables d'une évolution positive. Ce type d'étude permet également une évaluation du fonctionnement des interfaces entre les différentes structures du réseau. Jusqu'à un certain degré, elle permet aussi d'apprécier l'adéquation de ces structures. Finalement, certaines inférences par rapport à l'efficacité de la prise en charge peuvent être faites. Par exemple, ce type d'approche permet d'évaluer la logique de la séquence des institutions dans la trajectoire de soin du patient, et la capacité du système à relancer le patient dans une démarche thérapeutique en cas de crise et de rechute. L'issue d'un traitement n'est donc pas seulement étroitement liée aux traitements appliqués, mais aussi à l'enchaînement, la cohérence, et l'intégration des épisodes de soins [2].

Bien que l'orientation dans le réseau et le maintien d'une trajectoire planifiée soient déjà assez laborieux pour les patients addicts à l'alcool en général, ceci est d'autant plus vrai en cas de complications par des comorbidités, notamment en cas d'addictions à d'autres substances ou des comorbidités avec des troubles de la personnalité, des troubles dépressifs ou des psychoses [3–5], ce qui représente 30–90% des patients alcoolodépendants [6]. La présence d'une comorbidité est par ailleurs un des facteurs de risque majeurs de réhospitalisations [7]. D'autre part, une prise en charge plus persévérante et des contacts plus fréquents avec les services ambulatoires psychiatriques peuvent réduire le taux d'hospitalisations peu appropriées [8].

Une trajectoire de soins peut être définie comme une séquence d'événements qui impliquent le patient dans le système de soins. Les caractéristiques du patient peuvent avoir un impact sur la

trajectoire d'une part et d'autre part, les interventions peuvent influencer cette trajectoire, idéalement en améliorant l'état de santé du patient et en réduisant par ce biais l'utilisation de services de soins. Une intervention peut aussi viser une utilisation de services de soins plus adaptés, voir plus économiques (p.ex. services ambulatoires à la place d'hospitalisations).

L'objectif de cette enquête est d'analyser des trajectoires de soins de patients adultes hospitalisés dans un hôpital de psychiatrie générale, présentant des problèmes liés à la consommation d'alcool, en particulier d'évaluer l'impact de facteurs socio-démographiques et cliniques sur des réhospitalisations éventuelles.

Méthodes

Contexte et setting

En 1995, le canton du Tessin comptait 306 000 résidents permanents. Les structures psychiatriques publiques dépendent de l'Organisation socio-psychiatrique cantonale (OSC) qui dispose, pour les adultes, de services psychosociaux ambulatoires (SPS), d'hôpitaux de jour, d'un hôpital psychiatrique (CPC), situé à Mendrisio, et d'un centre résidentiel pour patients psychiatriques chroniques.

Dans le canton du Tessin, il n'existe jusqu'à présent qu'une seule structure spécialisée en alcoologie, le Centre «Ingrado». Il réunit 5 centres de consultations, un centre de réhabilitation et un hôpital de jour. Une partie des patients présentant un trouble associé à la consommation d'alcool et fréquentant cette structure est conjointement suivie par des psychiatres, des psychologues ou des médecins généralistes en pratique privée. En 1995, c'est-à-dire au début de la période d'observation pour cette enquête, le Tessin comptait en outre une clinique privée autorisée selon la Planification hospitalière cantonale à traiter ce type de patients.

La Clinique psychiatrique cantonale, est la seule structure de la psychiatrie publique avec la mission de prendre en charge les patients alcoolodépendants et elle fait partie de l'Organisation socio-psychiatrique cantonale. Elle est située à Mendrisio et compte 184 lits avec un taux d'occupation moyen de 84%. Le nombre d'hospitalisations durant 1995 était de 800.

La prise en charge des patients alcoolodépendants pendant la période de l'étude était dans les unités de psychiatrie générale.

La nature du traitement proposé consistait en un sevrage avec soutien psychologique transitoire

et un accompagnement dans le réseau à savoir structure spécialisée ambulatoire pour patients alcoolodépendants, suivi par médecin de famille, services psychiatriques ambulatoires (services psychosociaux) ou chez un psychiatre privé.

Base de données

Les analyses de cette étude longitudinale post hoc sur 5 ans (1995–2000) se basent sur des données du registre informatisé de l'OSC, qui recueille des informations sur tous les patients ayant eu au moins un contact avec les structures de la psychiatrie publique tessinoise. Les fiches relatives sont compilées par les soignants. Ces données ont été complétées par celles du Centre Ingrado. Pour chaque sujet inclus, toutes les données entre la première hospitalisation en 1995 et le 31 décembre 2000 ont été retenus.

Sujets

Du registre mentionné ci-dessus a été sélectionné post-hoc la cohorte de tous les patients ayant été hospitalisé au moins un jour à l'hôpital psychiatrique en 1995, et présentant comme premier ou deuxième diagnostic un trouble lié à l'utilisation d'alcool (CIM-10: F10.x). Sur 751 patients hospitalisés en 1995, 150 ont été retenus avec un diagnostic correspondant.

Analyses

Des comparaisons entre groupes ont été testées par le test Chi², par le Student's t-test ou par analyse de variance, selon le type de variable. L'erreur de première espèce a été fixée à 5%.

Résultats

Parmi les patients inclus dans cette étude, seulement 38% étaient hospitalisés pour la première fois en 1995 (hospitalisation index). Cinquante-six pour cent d'entre eux avaient consulté précédemment un service de psychiatrie adulte. Comme rapporté dans le tableau 1, un quart a été adressé à l'occasion de l'hospitalisation index par un médecin de premier recours et un quart par un service ambulatoire psychiatrique public. Cinquante-six pour cent des admissions pour l'hospitalisation index avaient lieu sur un mode non-volontaire.

Description de la cohorte et comparaison avec la population générale du canton du Tessin

Cent sur 417 (24%) des hommes hospitalisés en 1995 à la CPC présentaient un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool, et 50 sur 334 (15%) des femmes.

Considérant les statistiques sur la population résidente au Tessin en 1995 (office cantonal de la population), le taux d'hospitalisation pour des problèmes d'alcool était presque le double chez les hommes (8,7 sur 10 000 habitants masculins) comparé aux femmes (3,9 sur 10 000 habitants féminins). Le taux d'hospitalisation pour les problèmes d'alcool parmi les sujets de la tranche d'âge des 35–64 ans était de 8,6/10 000, et de 2,8/10 000 chez les ≥65 ans.

Les caractéristiques sociodémographiques, le contexte de l'hospitalisation index et les antécédents de prise en charge figurent dans les tableaux 1 et 2.

Les objectifs des analyses comparatives étaient (a) d'étudier les facteurs associés avec le choix des structures auxquelles les patients étaient adressés à la suite de l'hospitalisation index, et (b) d'examiner des facteurs associés à une réadmission durant la phase de follow-up.

Profil des patients et postcure

La comparaison des profils de patients par rapport aux structures auxquelles les patients ont été adressés après leur séjour au CPC est présentée dans le tableau 1 (variables catégorielles). A noter qu'un pourcentage plus important de femmes ont profité d'une prise en charge aussi bien au Centre Ingrado que dans un SPS, la différence sur les quatre catégories n'étant cependant pas significative. Les patients célibataires étaient surreprésentés parmi ceux adressés aux SPS, tandis que les patients mariés l'étaient parmi ceux qui ont intégré le Centre Ingrado durant la phase de follow-up.

Par rapport au taux de réhospitalisation on observe que presque la moitié des patients adressés à un SPS ou au Centre Ingrado ont été réhospitalisés durant la période de follow-up, tandis que la proportion monte à trois quarts pour les patients adressés conjointement aux deux types d'institution. Le gros des réhospitalisations survient finalement après plus d'une année.

Tableau 1

Comparaison des patients avec ou sans réhospitalisation.

	pas de réadmission (n = 80)		≥1 réadmission (n = 70)		total (n = 150)		statistique	p
	n	%	n	%	n	%		
a) caractéristiques sociodémographiques des patients								
femmes	58	72,5	42	60,0	100	66,7	2,093	0,148
âge ^a							9,301	0,010
0–29 ans	11	13,8	16	22,9	27	18,0		
30–49 ans	39	48,8	43	61,4	82	54,7		
>49 ans	30	37,5	11	15,7	41	27,3		
état civil							9,536	0,009
célibataire	15	18,8	29	41,4	44	29,3		
marié	33	41,3	23	32,9	56	37,3		
autres	32	40,0	18	25,7	50	33,3		
situation de ménage							7,762	0,051
vit seul/e	24	30,8	31	44,9	55	37,4		
vit avec partenaire et/ou enfants	42	53,8	22	31,9	64	43,5		
vit avec ses parents	5	6,4	9	13,0	14	9,5		
ne vit pas à son domicile	7	9,0	7	10,1	14	9,5		
nationalité							0,353	0,838
Suisse	55	68,8	51	72,9	106	70,7		
Italienne	11	13,8	9	12,9	20	13,3		
autres	14	17,5	10	14,3	24	16,0		
b) hospitalisation index ^b								
durée de l'hospitalisation							14,607	0,002
≤30 jours	45	56,3	26	37,1	71	47,3		
31–60 jours	17	21,3	10	14,3	27	18,0		
61–120 jours	13	16,3	15	21,4	28	18,7		
>120 jours	5	6,3	19	27,1	24	16,0		
adressé par							16,632	0,055
médecin de famille	26	32,5	15	21,4	41	27,3		
psychiatre/psychologue privé	4	5,0	5	7,1	9	6,0		
psychiatre institutionnel	16	20,0	24	34,3	40	26,7		
médecin généraliste/spécialiste	8	10,0	2	2,9	10	6,7		
médecin conseil/militaire	5	6,3	3	4,3	8	5,3		
service d'urgence	3	3,8	8	11,4	11	7,3		
hôpital général (public/privé)	4	5,0	4	5,7	8	5,3		
Centre Ingrado	7	8,8	4	5,7	11	7,3		
pénitencier, organes de justice	1	1,3	4	5,7	5	3,3		
autres	6	7,5	1	1,4	7	4,7		
diagnostic comorbidité							9,199	0,163
aucun	53	66,3	35	50,0	88	58,7		
F1 (autres troubles addictifs)	4	5,0	3	4,3	7	4,7		
F2 (trouble psychotique)	1	1,3	4	5,7	5	3,3		
F3 (trouble de l'humeur)	5	6,3	2	2,9	7	4,7		
F4 (trouble névrotique)	3	3,8	6	8,6	9	6,0		
F6 (trouble de la personnalité)	12	15,0	19	27,1	31	20,7		
autres	2	2,5	1	1,4	3	2,0		
c) antécédents de prise en charge								
hospitalisations précédentes	39	48,7	54	77,1	93	62,0	11,598	0,001
séjour dans centre pour mineurs	2	2,6	2	3,2	4	2,9	0,018	0,892
contact avec service pour mineurs	1	1,3	1	1,6	2	1,4	0,009	0,924
contact avec ambulatoire psychiatrique	34	44,7	45	71,4	79	56,8	6,261	0,012
visite psychologue	16	21,6	16	25,4	32	23,4	0,051	0,821
visite psychiatre	15	20,0	17	27,0	32	23,2	0,392	0,531
séjour clinique psychiatrique privé	15	20,3	17	27,0	32	23,4	0,392	0,531
séjour hôpital général	30	40,5	21	33,3	51	37,2	0,631	0,427
visite médecin non-psychiatre	37	48,7	18	28,6	55	39,6	5,924	0,015

^a à l'occasion de la première hospitalisation en 1995^b l'hospitalisation index correspond à la première hospitalisation en 1995

Comparaison des patients réadmis durant le follow-up avec les patients non-réhospitalisés

Parmi les patients inclus dans cette étude, 46% ont été réadmis durant la période de follow-up (21 patients avec une réhospitalisation, 20 avec 2–3 réadmissions et 28 avec >3 nouvelles hospitalisations).

En ce qui concerne les comparaisons par rapport aux variables catégorielles cf. tableau 1.

A noter une sur-représentation des réhospitalisations parmi les sujets de moins de 50 ans, les sujets célibataires et les patients sujets vivant seuls.

Parmi les facteurs contextuels de l'hospitalisation index, la durée d'hospitalisation s'est révélée prédictive d'une réadmission. Le pourcentage de réhospitalisation était plus important parmi les patients avec une durée d'hospitalisation en 1995 de plus de deux mois. Aussi, on note moins de comorbidités parmi les sujets sans nouvelle hos-

Tableau 2

Profil des patients et postcure (%)

	autre (n = 44)		Ingrado (n = 39)		SPS (n = 30)		Ingrado et SPS (n = 37)		total (n = 150)	χ^2	p
femmes	13	29,5%	12	30,8%	8	26,7%	17	45,9%	33,3%	3,6481	0,3021
<i>nationalité</i>										5,9286	0,4312
Suisse 34		77,3%	23	59,0%	22	73,3%	27	73,0%	70,7%		
Italienne	4	8,8%	7	17,9%	3	10,0%	7	18,9%	13,3%		
autres	7	15,9%	9	23,1%	5	16,7%	3	8,1%	16,0%		
<i>âge^a</i>										16,1512	0,0130
0–34 ans	7	15,9%	4	10,3%	9	30,0%	8	21,6%	18,7%		
35–64 ans	28	63,6%	32	82,1%	21	70,0%	28	75,7%	72,7%		
>65 ans	9	20,5%	3	7,7%	0	0,0%	1	2,7%	8,7%		
<i>état civil</i>										17,4060	0,0079
célibataire	9	20,5%	8	20,5%	12	40,0%	15	40,5%	29,3%		
marié	12	27,3%	22	56,4%	9	30,0%	13	35,1%	37,3%		
autres	23	52,3%	9	23,1%	9	30,0%	9	24,3%	33,3%		
enfants	28	63,6%	26	66,7%	16	53,3%	18	48,6%	58,7%	3,3607	0,3393
<i>niveau d'instruction</i>										9,2520	0,1599
bas	8	18,2%	3	7,7%	9	30,0%	5	13,5%	16,7%		
moyen	30	68,2%	34	87,2%	19	63,3%	27	73,0%	73,3%		
haut	6	13,6%	2	5,1%	2	6,7%	5	13,5%	10,0%		
<i>situation de ménage</i>										11,2536	0,2587
vit seul/e	14	31,0%	11	28,2%	13	43,3%	19	50,0%	37,4%		
vit avec partenaire et/ou enfants	19	42,9%	22	56,4%	14	46,7%	10	27,8%	43,5%		
vit avec ses parents	6	14,3%	2	5,1%	1	3,3%	5	13,9%	9,5%		
ne vit pas à son domicile	5	11,9%	4	10,3%	2	6,7%	3	8,3%	9,5%		
<i>premier séjour à la CPC</i>										7,6524	0,2647
1995 (nouveau cas)	17	38,6%	8	46,2%	13	43,3%	9	24,3%	38,0%		
1990–1994	10	22,7%	5	12,8%	6	20,0%	14	37,8%	23,3%		
avant 1990	17	38,6%	16	41,0%	11	36,7%	14	37,8%	38,7%		
comorbidité psychiatrique	13	29,5%	14	35,9%	17	56,7%	18	48,6%	41,3%	6,7128	0,0813
<i>réadmission</i>											
aucune entre 1995 et 2000	35	79,1%	21	53,8%	16	53,3%	9	24,3%	53,7%	26,6264	0,0016
après <182 jours	3	7,0%	4	10,3%	4	13,3%	8	21,6%	12,8%		
après 183–365 jours	3	7,0%	3	7,7%	3	10,0%	4	10,8%	8,7%		
après >1 année	3	7,0%	11	28,2%	7	23,3%	16	43,2%	24,8%		

^a à l'occasion de la première hospitalisation en 1995

CPC = hôpital psychiatrique; Ingrado = Centre Ingrado; SPS = services psychosociaux ambulatoires

pitalisation. Parmi les antécédents, une hospitalisation précédente, une prise en charge par un ambulatoire psychiatrique, ainsi qu'une consultation précédente chez un médecin somaticien étaient associés à un risque majeur de réhospitalisation.

En ce qui concerne les variables continues, les patients avec réhospitalisation avaient un nombre significativement plus bas d'enfants comparés aux patients non réadmis jusqu'à 2000 ($1,0 \pm 1,3$ vs $1,6 \pm 1,6$; $t_{(148)} = 2,498$; $p = 0,014$) et durée d'hospitalisation index significativement plus longue ($98,6 \pm 114,4$ vs $51,2 \pm 84,9$; $t_{(148)} = 2,9036$; $p = 0,004$).

Discussion

L'objectif de cette enquête est d'avoir un premier aperçu de l'orientation thérapeutique de patients dans le réseau d'alcoologie existant dans le canton du Tessin. A cette fin elle a étudié les facteurs associés avec le choix des structures de postcure auxquels des patients hospitalisés à l'hôpital psychiatrique ont été adressés et a examiné des facteurs associés à une réadmission.

Deux résultats principaux méritent une discussion particulière. Premièrement, deux groupes de patients peuvent être distingués par leurs aspects psychosociaux. Deuxièmement, ces deux groupes se distinguent par leurs trajectoires post-hospitalières. Dans le premier groupe de patients, les sujets âgés de plus de 50 ans sont sur-représentés, ceux vivant en couple, ainsi que ceux ayant moins d'antécédents de prise en charge spécifique. Ce groupe a été préférentiellement adressé à des médecins en pratique privée, et présente comparativement moins de réhospitalisations.

Le deuxième groupe apparaît comme socialement moins bien intégré, a plus d'antécédents de prise en soins et a été hospitalisé plus longtemps en 1995. Les patients de ce deuxième groupe ont plutôt été adressés à des structures spécialisées en psychiatrie et/ou des structures spécialisées en alcoologie. Les réhospitalisations ont été plus fréquentes pour ces patients.

On constate donc deux trajectoires principales: une vers les médecins de premier recours, et une deuxième, concernant environ 70% des sorties, vers le réseau spécialisé. Considérant le taux de comorbidité psychiatrique plus important, la durée d'hospitalisation index plus longue, le nombre d'hospitalisations précédentes et la proportion plus importante de patients célibataires et vivant seuls, l'interprétation la plus plausible est celle d'une sélection des cas les plus complexes pour les suivis

institutionnels d'une part et la sélection des situations moins exigeantes pour une prise en soins en pratique privée. Les différences de taux de réhospitalisation reflètent donc le plus probablement cette sélection, et non des différences d'efficacité des différents intervenants post-hospitaliers. Les réhospitalisations ne doivent par ailleurs pas être seulement considérées comme des indicateurs d'une mauvaise évolution, mais peuvent être le reflet d'une bonne rétention dans le réseau de soins, ce qui constitue un bon facteur pronostique [9].

Ces deux trajectoires de soins observées dans le cadre de cette étude, sont le résultat d'une pratique de terrain opportune qui mérite cependant une standardisation. Dans ce sens, une procédure de sélection devrait pouvoir se faire pour tous les patients présentant un problème d'alcool avec comme objectif, l'orientation adéquate à retenir (filiale médecin privé vs filiale institutionnelle). D'un point de vue de santé publique, la filiale institutionnelle requiert une attention toute particulière. Elle suppose une planification dans une optique de trajectoire de soins et moins dans une optique d'épisode de soins séquencés. Du coup, les parcours dans le réseau s'en retrouvent moins erratiques et les réhospitalisations s'inscrivent dans une perspective de progression thérapeutique et non dans une optique «de retour à la case de départ».

Dans l'appréciation des résultats de cette étude sont à prendre en considération ses limites. Premièrement, il s'agit d'une étude rétrospective avec comme limite majeure le choix limité des variables prédictives et des indicateurs de la trajectoire du patient. C'est ainsi que, par exemple, la distinction entre réhospitalisation potentiellement souhaitable ou planifiée et réhospitalisation due à des complications ne peut pas être faite. La «classe sociale» a souvent été décrite comme ayant un impact majeur sur l'utilisation de structures de soins. Il n'a cependant pas été possible dans le cadre de la présente enquête de prendre en considération comme facteur prédictif cette variable, étant donné le manque d'informations sur les revenus des patients (respectivement des ménages) et le nombre important de données manquantes par rapport à la profession des sujets. Par ailleurs, nous ne disposons pas de données sur les éventuels décès hors hôpital psychiatrique survenus dans notre cohorte pendant la période d'observation. Ceci pourrait avoir réduit artificiellement le pourcentage de réadmission, particulièrement chez les patients les plus âgés. Finalement, seules les réhospitalisations auprès de la CPC ont été enregistrées, et les éventuelles hospitalisations dans des cliniques privées n'ont pas pu être pris en compte.

En conclusion, bien que le réseau tessinois d'alcoologie reste encore en partie à systématiser, on peut déjà observer une pratique de terrain tout à fait opportune. Des conceptualisations futures devraient idéalement reposer sur cette expérience, en privilégiant d'avantage une perspective de trajectoire de soins et moins une optique d'épisode de soins séquencé.

Références

- 1 Müller R, Meyer M, Gmel G. Alcool, tabac et drogues illégales de 1994 à 1996. Lausanne: ISP A/SFA; 1997.
- 2 Moos RH, Finney JW, Moos BS. Inpatient substance abuse care and the outcome of subsequent community residential and outpatient care. *Addiction*. 2000;95(6):833-46.
- 3 Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990;264(19):2511-8.
- 4 Strakowski SM, Tohen M, Stoll AL, Faedda GL, Mayer PV, Kolbrener ML, et al. Comorbidity in psychosis at first hospitalization. *Am J Psychiatry*. 1993;150(5):752-7.
- 5 Cantwell R, Brewin J, Glazebrook C, Dalkin T, Fox R, Medley I, et al. Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry*. 1999;174:150-3.
- 6 Santé OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève; 2001.
- 7 Moos RH, Moos BS. Stay in residential facilities and mental health care as predictors of readmission for patients with substance use disorders. *Psychiatr Serv*. 1995;46(1):66-72.
- 8 Moos RH, King MJ, Patterson MA. Outcomes of residential treatment of substance abuse in hospital- and community-based programs. *Psychiatr Serv*. 1996;47(1):68-74.
- 9 Humphreys K, Weingardt KR. Assessing readmission to substance abuse treatment as an indicator of outcome and program performance. *Psychiatr Serv*. 2000;51(12):1568-9.