

Royaume du Maroc
Université sidi Mohammed ben Abdallah
Faculté de médecine et de pharmacie de Fès



La psychiatrie de liaison au CHU Hassan II de Fès: étude transversale sur 36 mois

Mémoire d'obtention du diplôme
de Spécialité

Option : Psychiatrie

Session : Septembre 2013

Directeur du mémoire :

Pr Rachid AALOUANE

Préparé par :

Dr Mohammed BARRIMI

﴿ فَأَمَّا يَا تِيبُكُمْ مِّبِّي هُدَى فَمَنِ اتَّبَعَ هُدَايَ فَلَا يَضِلُّ
وَلَا يَشْقَى وَمَنْ أَعْرَضَ عَن ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً
ضَنْكًا وَنَحْشُرُهُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ أَعْمَى قَالَ رَبِّ لِمَ
حَشَرْتَنِي أَعْمَى وَقَدْ كُنْتُ بَصِيرًا قَالَ كَذَلِكَ أَتَتْكَ
آيَاتُنَا فَنَسِيتَهَا وَكَذَلِكَ الْيَوْمَ تُنْسَى ﴾ سورة طه 123

Remerciement

Je tiens tout d'abord à remercier Dieu le tout puissant et miséricordieux, qui nous a donné la force et la patience d'accomplir ce Modeste travail.

Puis, je tiens à adresser mes sincères remerciements et mes profondes reconnaissances à Monsieur le Professeur Rammouz Ismail pour son soutien qui nous a été précieux afin de mener notre travail à bon port.

Je tiens à remercier sincèrement Monsieur le Professeur Aalouane Rachid, qui, en tant que Directeur de mémoire, pour son aide précieuse et pour le temps qu'il a bien voulu me consacrer.

Mes vifs remerciements vont également aux membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre recherche en acceptant d'examiner ce travail et de l'enrichir par leurs propositions.

Enfin, je tiens également à remercier les médecins de tous les services de médecine et de chirurgie du CHU Hassan II de Fès, ainsi que les médecins résidents du service de psychiatrie à l'hôpital Ibn Al Hassan à Fès qui ont participé activement à la réalisation et la réussite de ce travail.

Plan

Introduction	6
Partie théorique	8
I- Concept	8
II- Historique.....	9
III- Pratique de l'activité de psychiatrie de liaison.....	11
A-Place de la psychiatrie de liaison dans la psychiatrie.....	11
B-Equipe de la psychiatrie de liaison.....	11
C- Apport de la psychiatrie de liaison	13
D-Types d'intervention en psychiatrie de liaison.....	15
IV- Domaines et champ d'intérêt de la psychiatrie de liaison.....	16
A-Troubles psychiatriques liés aux pathologies somatiques.....	16
1-Troubles psychiatriques compliquant une affection somatique.....	16
2-Pathologies somatiques à expression psychiatrique.....	18
B-Troubles psychiatriques iatrogènes aux médicaments non psychotropes	22
C-Conduites suicidaires à l'hôpital général.....	24
D-Interventions psychiatriques chez les malades mentaux hospitalisés pour pathologies somatiques	25
E-Interventions particulières :	27
1-Psycho-oncologie.....	27
2-Pédopsychiatrie de liaison	28
F-Psychopharmacologie en psychiatrie de liaison.....	33
V- Difficultés de la pratique de la psychiatrie de liaison.....	39
Partie pratique	42
I-Objectifs de l'étude.....	42
II-Matériel et Méthodes :	42
1-Type d'étude.....	42
2-Population d'étude.....	42
3-Organisation pratique de l'étude.....	42
4-Mode de recueil des données et paramètres étudiés.	43

5-Analyse statistique.....	44
III-Résultats :	44
A- Résultats descriptives	44
B-Comparaison des résultats de l'étude entre 2010; 2011 et 2012.....	50
1-Nombre de patients vus en psychiatrie de liaison.....	50
2-Motifs de demande d'avis psychiatrique.....	51
3-Service demandeurs	51
4-Diagnostics psychiatriques	51
5-Tableau comparatif	52
6-Commentaire des résultats de comparaison de l'activité de psychiatrie de liaison entre 2010 ,2011 et 2012.....	53
Discussion	53
Résumé	57
Conclusion	58
Références bibliographiques	59
Annexe	65

Introduction

La psychiatrie de liaison est définie, par Zumbrunnen (1), comme « la partie de la psychiatrie qui s'occupe de troubles psychiatriques se manifestant chez les patients des autres disciplines médicales ». Elle s'exerce à l'hôpital général, hors du « territoire » habituel de la psychiatrie. Elle regroupe « l'ensemble des prestations cliniques, thérapeutiques, préventives, pédagogiques et de recherche prodiguées par l'équipe psychiatrique dans les différents services d'un hôpital général » (2).

La psychiatrie de liaison concerne les patients hospitalisés à temps plein dans les services médico-chirurgicaux, et les patients admis aux hôpitaux de jour de spécialités et aux urgences. Elle répond à une double demande, l'une émanant du patient et l'autre des soignants ou de l'institution. Elle demande de la part du psychiatre à la fois une compétence polyvalente dans l'ensemble du champ de la psychiatrie, une connaissance plus approfondie des intrications médico-psychologiques, et une expertise dans quelques domaines très spécifiques liés au recrutement particulier de certains services de l'hôpital général.

La psychiatrie de liaison s'est développée au cours des dernières décennies et se trouve aujourd'hui bien acceptée, tant par les somaticiens que par les psychiatres, même si sa mise en œuvre reste parfois difficile. La prise en charge des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés à l'hôpital général permet l'amélioration de leur qualité de vie, la diminution de leur durée du séjour, du nombre des examens complémentaires et ainsi des coûts des soins hospitaliers (3). Par ailleurs, Elle est confrontée à de nombreuses contraintes, liées pour l'essentiel à sa position extérieure par rapport aux lieux où il intervient, alors que la psychiatrie se conçoit généralement au centre du dispositif de soins en santé mentale.

Les interventions de l'équipe de psychiatrie de liaison se font en direction du patient, de son entourage, mais aussi des soignants. L'équipe de liaison doit promouvoir la création d'une alliance entre le patient, son entourage et l'équipe soignante, autour du projet de soins (4).

L'idée d'initier une activité de psychiatrie de liaison au sein du CHU Hassan II - Fès est venue en réponse à la demande considérable des avis psychiatriques auprès des services médico-chirurgicaux, à l'impact de la prise en charge psychiatrique des patients, ainsi qu'à la nécessité de développer une activité structurée et bien organisée de la psychiatrie de liaison, avec la participation de tous les membres de l'équipe.

Dans le but d'évaluer les différents aspects de cette activité .On a mené une étude transversale sur 36 mois au sein du centre hospitalier universitaire Hassan II - Fès, durant une période allant de janvier 2010 au Décembre 2012.

Les objectifs de notre travail étaient d'évaluer et apprécier le type de demandes en soins psychiatriques émanant des services médico-chirurgicaux du CHU de Fès, identifier les services les plus demandeurs des avis psychiatriques et les motifs les plus fréquents, étudier la prévalence et la nature des troubles rencontrés lors des avis psychiatriques.

L'objectif principal est d'assurer une prise en charge psychiatrique de ces troubles et sensibiliser les équipes soignantes à l'importance de leur dépistage pour améliorer la prise en charge globale des patients.

Partie théorique

I- Concept

La dénomination anglo-saxonne de « Consultation-liaison psychiatry » indique une bipolarité dans la pratique de la psychiatrie de liaison, selon que l'intervention du psychiatre s'adresse davantage au patient (pôle consultation) ou aux soignants (pôle liaison) (5). Pour Lipowski(6), la fonction de liaison proprement dite a pour objectif la résolution des conflits, le consultant jouant le rôle d'intermédiaire et d'interprète entre le patient et un ou plusieurs membres de l'équipe soignante.

Comme le souligne Guillibert (7), la psychiatrie de liaison constitue un acte global par lequel l'homme est saisi dans sa souffrance mentale, en relation avec ses difficultés physiques. Etroitement liés, la consultation et la liaison ont pour but une prise en charge globale du patient, selon le modèle « bio-psycho-social ». A l'interface entre psychiatrie et médecine physique(1), la psychiatrie de liaison prend en compte de manière systématique les aspects psychologiques et sociaux, et les intègre aux données somatiques (8). La psychiatrie de liaison intègre la théorie psychosomatique, qui fait du couple « psyché-soma » une unité fonctionnelle, puis articule son savoir à celui des autres, dans la perspective du service du patient. Elle vise ainsi à une psychologie médicale bien comprise (5) en prenant en compte à la fois le « vécu de la maladie par le patient et les répercussions de cette maladie sur son psychisme », et la relation médecin-malade.

La psychiatrie de liaison a enfin une dimension d'enseignement et de recherche, comme le soulignait déjà Lipowski(6): « La psychiatrie de consultation peut être définie comme ce domaine de la psychiatrie clinique qui comprend toutes les activités de diagnostic, thérapeutique, enseignement et recherche des psychiatres dans les services non-psychiatriques d'un hôpital général. ». On peut noter que cette définition assimile la psychiatrie de liaison à la pratique de la psychiatrie dans l'hôpital général, ce qui sera critiqué par la suite. Pour de nombreux auteurs, en effet, la psychiatrie de liaison ne représente qu'un des aspects de la psychiatrie à l'hôpital général. Mais cet engagement de la psychiatrie au sein de l'hôpital général n'a pas toujours été une évidence.

II- Historique

La psychiatrie de liaison est apparue aux Etats-Unis avec la création en 1902 à l'Albany Hospital, de la première unité de psychiatrie à l'hôpital général. Sa principale fonction était d'assurer des consultations dans les services médico-chirurgicaux. En 1929 paraît l'article de référence d'Henry, « Some Modern Aspects of Psychiatry in General Hospital Practice ». Il s'agit du premier article décrivant la pratique de la consultation psychiatrique dans un hôpital général. Cet écrit marque le début de la psychiatrie de liaison telle qu'elle est pratiquée actuellement.

Entre 1945 et 1960, de nombreuses unités de psychiatrie de liaison voient le jour dans les hôpitaux généraux américains. En 1945, Kaufman et ses collaborateurs allouent d'importants moyens pour l'organisation au Mount Sinai Hospital de New York, d'un service de psychiatrie visant à nouer des liens étroits avec les services de médecine et de chirurgie. Mais c'est véritablement Lipowski, un des plus grands théoriciens du cadre conceptuel de la psychiatrie de liaison, qui expose, en 1967, les fondements théoriques de la psychiatrie de liaison par un article tripartite (Lipowski, 1967a; 1967b; 1968; traduction française en 1969 (6)). Ce polonais d'origine est à l'origine, en 1959, du premier service de psychiatrie de liaison canadien, au Royal Victoria Hospital de Montréal.

Aux Etats-Unis, la psychiatrie de liaison, ou de « consultation liaison » selon le terme anglophone (« Consultation-Liaison Psychiatry »), ne cesse depuis de se développer. Son premier Manuel est édité en 1968 (Schwab JJ, Handbook of Psychiatric Consultation, New-York, Appleton-Century-Crofts, 1968). Un guide de référence est publié en 1969 (Mannino FV, Shore MF: Consultation Research in Mental Health and Related Fields, Chevy Chase, Md, National Institute of Mental Health). Les revues spécialisées se multiplient: General Hospital Psychiatry; International Journal of Psychiatry in Medicine; Journal of Psychosomatic Research; Psychiatric Medicine; Psychosomatics.

Dans les pays d'Europe francophone, la psychiatrie de liaison se développe dans les années 1960. Les premières unités de psychiatrie de liaison apparaissent en Suisse : à Lausanne en 1960 sous l'impulsion de P.-B. Schneider, puis à Genève avec Garrone.

En France, la psychiatrie initie son retour vers l'hôpital général dans les années 70: d'abord avec Grivois, en 1975 à l'Hôtel Dieu de Paris, via les Urgences Psychiatriques, puis avec des consultations dans les services de soins somatiques: Ferreri et Alby à Paris en 1975, Guyotat à Lyon en 1983. Le premier service de Psychiatrie de liaison naît à Paris en 1975 à l'Hôpital

Broussais. A ses débuts, Consoli y assure alors seules les consultations pour l'ensemble de l'établissement.

En France également, sa littérature se développe: Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie médicale, Revue de Médecine Psychosomatique, articles dans l'EMC concernant la psychiatrie de liaison. Le premier manuel de psychiatrie de liaison disponible en langue française, écrit par Zumbrennen (1), est édité en 1992.

Au niveau européen, le développement de la psychiatrie de liaison est très variable d'une région à l'autre. Dans l'ensemble, il y a eu un développement sensible de cette activité au cours des dix dernières années, tant sur le plan de la pratique clinique au sein des réseaux de soins, que sur le plan d'une reconnaissance plus formelle de cette sous-spécialité. Des échanges intenses sur le plan des idées, des concepts de formation et des développements scientifiques ont lieu régulièrement au sein de l'Association Européenne de Psychiatrie de Liaison (European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics: **EACLPP**). Cette association propose des conférences annuelles au niveau européen depuis une dizaine d'années, et a publié récemment des recommandations pour la formation en psychiatrie de consultation et liaison (9).

Actuellement, un stage dans un service de psychiatrie CL est obligatoire dans le cursus de formation en psychiatrie dans cinq pays (Danemark, Pologne, Portugal, Pays-Bas et Espagne), et est recommandé dans trois pays additionnels (Norvège, Suisse et Angleterre). Une majorité de pays reste donc sans formation spécifique obligatoire. Néanmoins, des sociétés nationales de psychiatrie de consultation et liaison sont présentes dans une majorité de pays européens, dans le but de proposer des formations ponctuelles dans ce domaine (10).

Au Maroc, la psychiatrie de liaison reste encore embryonnaire, vu le nombre restreint des psychiatres et la quasi absence des psychologues cliniciens dans les services de médecine et de chirurgie.

III- Pratique de l'activité de psychiatrie de liaison

A-Place de la psychiatrie de liaison dans la psychiatrie

Plusieurs auteurs ont proposé que, du fait de sa spécificité, la psychiatrie de liaison soit considérée comme une sous-spécialité psychiatrique à part entière. Pour Zumbrennen(1), la

psychiatrie de liaison mérite d'être considérée comme une sous-spécialité psychiatrique, ses arguments en faveur sont la reconnaissance académique qui ouvrirait des voies nouvelles dans le domaine de la recherche, et la possibilité d'une meilleure défense des intérêts des psychiatres de liaison vis-à-vis de leurs collègues psychiatres et somaticiens ainsi que vis-à-vis d'instances non médicales (psychologues, sociologues, administrateurs).

Actuellement, la psychiatrie de liaison est reconnue par l'American Board of Psychiatry and Neurology(11) sous la dénomination de médecine psychosomatique (psychosomatic medicine). Elle constitue la septième sous-spécialité psychiatrique reconnue aux États-Unis avec l'addictologie, la pédopsychiatrie, la neurophysiologie clinique, la psychiatrie légale, la gériopsychiatrie et la médecine de la douleur. Au Royaume-Uni, le General Medical Council considère la psychiatrie de liaison comme une sous-spécialité au sein de la psychiatrie générale (12).

Néanmoins d'autres auteurs (13;14) s'opposent à cette sur-spécialisation en considérant que la psychiatrie de liaison est une pratique plutôt qu'une discipline.

B-Equipe de la psychiatrie de liaison

L'activité de psychiatrie de liaison ne se limite pas aux psychiatres de liaison seulement, mais regroupe les psychiatres, les internes en psychiatrie, les psychologues cliniciens et les infirmiers en psychiatrie. Cela permettrait à chacun des membres de l'équipe de liaison d'avoir une place bien définie et d'intervenir en complémentarité. Une telle équipe pourrait être coordonnée par le psychiatre de liaison (15).

1-Le psychiatre de liaison :

Le psychiatre de liaison se situe dans une position intermédiaire ; il est en contact permanent avec la médecine somatique et les médecins somaticiens. Son activité clinique est marquée par la prise en compte systématique des aspects psychologiques et sociaux, et par son souci de les intégrer aux données somatiques (1).

a-Qualités sur le plan théorique

Le psychiatre de liaison doit avoir de solides compétences en psychiatrie, avec une bonne connaissance de la nosographie psychiatrique, de façon à pouvoir poser des diagnostics clairs, précis et multiaxiaux, des psychotropes (maniement, interactions, effets secondaires indésirables...), des psychothérapies, de la psychiatrie médicolégale (situations de maltraitance...), des tests psychologiques (savoir quand les demander et comment les interpréter); des

comorbidités médico-psychiatriques et des facteurs stressants inhérents au milieu hospitalier. Il doit également savoir à quel moment transférer un patient en milieu spécialisé psychiatrique et organiser le relais de la prise en charge.

b-Qualités sur le plan pratique

Sur le plan pratique, il est important que le psychiatre de liaison soit disponible, efficace, souple et flexible. Il doit avoir un savoir-faire psychiatrique éprouvé et un respect pour la confidentialité des propos livrés par le patient lors d'un entretien, et ceci pour pouvoir faire preuve d'inventivité dans sa pratique.

c-Qualités pédagogiques

Le psychiatre de liaison doit avoir un attrait marqué pour la pédagogie et de bonnes aptitudes dans ce domaine. En effet, comme le souligne R. Zumbrunnen (1), chaque consultation constitue un « mini-enseignement », et devrait être en soi une source d'enseignement pour celui qui la demande.

Ces actions à caractère pédagogique s'adressent aux internes en psychiatrie, mais aussi aux équipes soignantes et aux médecins somaticiens. Par ailleurs, le psychiatre de liaison peut être sollicité pour divers enseignements théoriques, sous forme de cours, de séminaires ou de colloques.

d-Qualités sur le plan de la recherche

Le psychiatre de liaison doit également avoir un intérêt pour la recherche. La réalisation de travaux impliquant la collaboration de psychiatres et de somaticiens autour de domaines d'intérêts communs constitue une expérience particulièrement stimulante et enrichissante. (16)

2-L'interne en psychiatrie de liaison

La psychiatrie de liaison constitue un lieu de formation indispensable pour les internes en psychiatrie, quel que soit le mode d'exercice vers lequel ils s'orienteront par la suite (17). Il semble important que les internes réalisent leur stage de liaison en fin de cursus, afin d'en bénéficier pleinement. Par ailleurs, il est indispensable qu'ils soient bien intégrés dans l'équipe de liaison et suffisamment encadrés durant leur stage, du fait des responsabilités et des nécessités de prise des décisions rapides inhérentes à la pratique de liaison.

3-L'infirmier psychiatrique de liaison

La présence d'infirmiers de psychiatrie, au sein d'une équipe de psychiatrie de liaison, est également très enrichissante. Ils interviennent en complémentarité des autres membres de l'équipe de psychiatrie de liaison, en apportant la connaissance de la spécificité des soins infirmiers (16).

4-Le psychologue de liaison

Le psychologue clinicien, représente un élément essentiel de l'équipe de liaison. Il apporte, en effet, un éclairage intéressant qui, associé aux stratégies de la médecine, permet d'envisager une prise en charge globale du patient. Il est également porteur d'un savoir dans le domaine du fonctionnement psychique, qui est très complémentaire du savoir psychiatrique (7).

Il intervient, au niveau de l'évaluation des traits de personnalité (qui met en jeu les approches psychométriques et cliniques), au niveau de la prise en charge psychothérapique; que ce soit dans une psychothérapie de soutien ou dans le cadre d'une thérapie structurée. En outre, son rôle est primordial dans l'annonce du diagnostic et dans l'alliance thérapeutique. (7)

C- Apport de la psychiatrie de liaison :

La psychiatrie de liaison, assure en fait une double mission: une mission de consultation, et une mission de liaison. Les américains utilisent le terme de « Consultation-Liaison Psychiatrie »(18). Cette appellation illustre donc mieux la bipolarité fondamentale de cette pratique. La « consultation » est ainsi d'avantage centrée sur le patient, tandis que la « liaison » s'adresse plutôt à l'équipe soignante (19).

Ces deux volets restent cependant indissociables: la consultation et la liaison étant étroitement intriquées, et leur distinction souvent arbitraire.

1-La mission de consultation

Le psychiatre de liaison assure les consultations psychiatriques, à la demande du médecin somaticien. Il vient à la rencontre du patient hospitalisé en service de médecine ou de chirurgie.

Si un avis diagnostique et/ou thérapeutique est ainsi donné à l'issue de cette consultation, l'entretien s'adresse avant tout au patient rencontré. A l'issue de cet entretien, le psychiatre de liaison va pouvoir donner un avis spécialisé au médecin somaticien demandeur: avis diagnostique, thérapeutique, avis de sortie, d'orientation, de suivi...

Au-delà d'un simple avis, le psychiatre de liaison va pouvoir aider l'équipe à comprendre ce que vit le patient afin de mieux le soigner (20). C'est ce travail qui constitue l'activité, au sens strict, de liaison.

2- La mission de liaison

Le psychiatre de liaison tisse un lien entre le patient en souffrance psychique et l'équipe médicale qui le prend en charge. Ceci lui permet de mieux comprendre la pathologie mentale et joue ici son rôle de pédagogue. Le psychiatre de liaison est amené à rencontrer, à l'hôpital général, des malades présentant un trouble psychiatrique connu, antérieur à leur hospitalisation en service de médecine ou de chirurgie, cependant un bon nombre de patients lui sont présentés en raison d'une souffrance psychologique apparue dans le contexte de la maladie somatique. D'une façon ou d'une autre, il est tout à fait essentiel que le psychiatre de liaison ait le souci de transmettre aux équipes soignantes les informations nécessaires pour une meilleure compréhension de la pathologie et de la souffrance morale du patient, facilitant ainsi leur empathie, mais les aidant également à prendre « la bonne distance » (20).

La liaison, au sens large, n'est cependant pas assurée uniquement envers l'équipe hospitalière qui a pris en charge le patient durant son séjour, elle se fait également avec la famille. Celle-ci est souvent choquée, apeurée ou en colère(21). Le contact avec l'entourage peut alors avoir une triple fonction(20). Il permet d'une part de le soutenir moralement, à la fois en lui apportant des informations sur le plan somatique, tout en respectant le travail du somaticien, mais aussi en lui permettant de mieux comprendre ce que vit le patient. Cette rencontre contribue, d'autre part, à l'évaluation diagnostique, par l'interrogatoire des membres présents. Enfin, la rencontre avec la famille, dans le cadre d'un entretien familial avec le patient, est un temps essentiel de la démarche thérapeutique, surtout lorsqu'il existe un conflit relationnel, que celui-ci soit responsable ou non de l'hospitalisation du patient.

D-Types d'intervention en psychiatrie de liaison

La psychiatrie de liaison est une discipline comportant trois grands types d'activités :

- Une activité clinique ;
- une activité pédagogique et d'enseignement ;
- une activité de recherche.

Les interventions de l'équipe de psychiatrie de liaison se font en direction du patient, de son entourage, mais aussi des soignants. L'équipe de liaison doit promouvoir la création d'une alliance entre le patient, son entourage, et l'équipe soignante, autour du projet de soins (4)

Les interventions proposées à l'hôpital général au titre de la psychiatrie de liaison sont extrêmement diversifiées, avec notamment, comme le souligne S.-M Consoli(5) :

- Interventions à caractère **diagnostique**: établissement d'un diagnostic psychiatrique chez un patient souffrant d'une affection organique, contribution au diagnostic différentiel entre troubles somatiques liés à une affection organique et troubles somatoformes sans organicité sous-jacente.
- Interventions à caractère **thérapeutique**: prescription d'un traitement psychotrope, discussion d'une indication de psychothérapie, médiation entre l'équipe médicochirurgicale et les structures psychiatriques déjà engagées dans la prise en charge d'un patient.
- Interventions à caractère **pragmatique**: orientation d'un patient vers une structure de soins psychiatriques, avis sur une mesure de protection des biens.
- Interventions à caractère **multidisciplinaire**: consultations conjointes associant un psychiatre et un somaticien, préparation à une intervention chirurgicale majeure (greffe d'organe), participation au staff médical au cours duquel le cas d'un patient difficile est discuté.
- Actions à caractère **pédagogique**: animation de groupes de parole de soignants, soutien aux équipes soignantes en difficulté ou en souffrance, exposé synthétique sur un thème effectué dans un service de médecine dans une visée didactique.
- Interventions à caractère **scientifique** (publications, travaux de recherche).

Ces interventions de psychiatrie de liaison vont ainsi du rôle le plus classique dévolu au psychiatre consultant, à des rôles plus complexes impliquant une collaboration scientifique ou une mission d'enseignement et de formation des professionnels de santé (5). Elles nécessitent donc de la part du psychiatre de liaison des qualités particulières, ainsi qu'une pleine connaissance des multiples implications et conséquences de son action.

IV- Domaines et champ d'intérêt de la psychiatrie de liaison

A-Troubles psychiatriques liés aux pathologies somatiques

1-Troubles psychiatriques compliquant une affection somatique

L'une des premières missions du psychiatre de liaison est de s'interroger sur la nature de la souffrance psychique du malade atteint d'une affection somatique, notamment à la phase aiguë ou lors d'un tournant évolutif de la maladie.

Selon certaines études, les pathologies organiques dont le retentissement fonctionnel est jugé plus sévère par les praticiens (cancers, infection par le VIH, affections neurologiques, insuffisance rénale, greffes d'organes, affections ostéo-articulaires, diabète insulino-dépendant, insuffisance coronarienne...), sont plus souvent considérées comme responsables de la survenue d'un épisode dépressif majeur « EDM » et auraient également tendance à être plus suivies en psychiatrie que les autres pathologies. L'absence ou le retard de diagnostic d'un EDM dans les spécialités médicales s'expliquent par la focalisation de la relation médecin-malade sur les symptômes somatiques, qui entrave le décentrage nécessaire pour assurer le diagnostic et le traitement approprié de l'EDM. (22).

Les études post mortem retrouvent une affection organique chez 16 à 70% des personnes décédées par suicide. Ces taux augmentent avec l'âge: 13% avant 40 ans, 50% entre 40 et 60 ans, et 70% après 60 ans. 23% des suicidés de plus de 65 ans ont été hospitalisés pour une affection organique dans l'année précédant leur décès. L'acte suicidaire peut s'expliquer chez les patients atteints d'une affection somatique par la présence d'une comorbidité psychiatrique, en particulier dépressive, mais aussi par l'impact psychologique de maladies le plus souvent chroniques, graves et douloureuses. (22)

Une étude réalisée en 1994 à partir d'une revue de la littérature individualisait neuf groupes de maladies pour lesquelles existe une surmortalité suicidaire: l'épilepsie, la maladie VIH/SIDA, les cancers (tête et cou en particulier), la maladie de Huntington, la sclérose en plaques, l'ulcère gastroduodéal, les maladies rénales (au stade de l'hémodialyse et de la transplantation), les atteintes de la moelle épinière et le lupus érythémateux disséminé. Une surmortalité suicidaire non significative est observée pour huit autres groupes de maladie ou traitements: les amputations, la chirurgie cardiaque, les traitements hormonaux de substitution, les maladies

hépatiques liées à l'alcool, la neurofibromatose, la maladie de Parkinson, la sclérose systémique et les maladies de l'intestin (Crohn, iléostomie et colite ulcéreuse). (22).

Les affections somatiques pouvant se compliquer fréquemment par des troubles psychiatriques sont de nature diverse:

a- Les maladies dermatologiques

Les maladies dermatologiques modifient et altèrent l'image de soi et peuvent provoquer une souffrance psychologique notable. Des symptômes anxieux et dépressifs avec parfois des idées suicidaires, ainsi qu'un sentiment de honte et attitudes d'évitement de situations d'exposition (piscine, relation affective et sexuelle) sont fréquemment rapportés chez les sujets souffrant d'une dermatose. Ces différentes manifestations psychiatriques sont principalement constatées en cas de psoriasis, de vitiligo, d'eczéma et d'acné.

Selon une étude (23), la prévalence de la symptomatologie dépressive dans une consultation dermatologique hospitalière a été évaluée à 23,6 % à l'aide d'une échelle d'auto-évaluation de la dépression. La dépression est de loin l'affection psychiatrique la plus fréquemment rencontrée dans le psoriasis, il est donc important de la dépister et de la traiter, il existe un cercle vicieux psoriasis- altération de la qualité de vie- dépression (24). Le vitiligo, par son caractère affichant, peut altérer la qualité de vie des malades et entraîner un retentissement psychologique important. La qualité de vie est significativement altérée chez les malades et de façon plus importante chez les femmes et en cas d'atteinte dépassant 10 % de la surface corporelle (25).

Une autre étude a évalué le degré d'anxiété, d'irritabilité, de dépression et d'atteinte de l'estime de soi chez des patients souffrant d'un mélanome malin et chez des sujets souffrant d'affections cutanées diverses dont une acné du visage, comparés à un groupe témoin sans atteinte cutanée. Cette étude a montré que les sujets souffrant d'une acné du visage ont présenté les plus mauvais scores, ce qui montre que le risque des complications psychologiques augmente lorsque la lésion siège sur les parties visibles du corps (26)

b- Maladies cardio-vasculaires

Les manifestations psychiatriques sont retrouvées chez 20 à 45% des patients souffrant de pathologies cardiovasculaires. Les troubles anxieux sont fréquents, particulièrement en cas d'arythmies ou de coronaropathies, les symptômes sont dominés par la crainte de la crise cardiaque, de l'invalidité et de la mort subite. Les troubles dépressifs sont également fréquents. En l'absence de rémission, la dépression peut compromettre l'observance thérapeutique et la

réinsertion du patient. Elle représente, en outre, pour le patient un facteur de surmortalité cardiaque à moyen terme. Lorsque la défaillance cardiaque est marquée, des tableaux confusionnels et/ou délirants peuvent s'observer (27).

2-Pathologies organiques à expression psychiatrique :

Certaines affections somatiques sont particulièrement trompeuses quand les manifestations psychiatriques représentent la forme de début ou dominant le tableau clinique à la phase d'état. Le piège classique est représenté par l'existence d'antécédents psychiatriques connus. Le diagnostic des affections somatiques à masque psychiatrique repose sur les données de l'examen clinique et paraclinique: enquête anamnétique, en particulier à la recherche de modifications récentes ou inhabituelles du comportement et du caractère, menée auprès du patient et surtout de son entourage; examen clinique: neurologique, cardio-vasculaire, respiratoire, hépatique, etc... Le bilan biologique est orienté en fonction des données de l'examen clinique : ionogramme sanguin, glycémie, calcémie, urée, recherche de toxiques, gaz du sang, ponction lombaire, examen complémentaire si doute: examen du fond d'oeil, électroencéphalogramme, scanner cérébral (28).

a- Les endocrinopathies:

Les troubles psychiatriques font partie intégrante de leurs manifestations initiales et peuvent même, bien que rarement, constituer la seule expression de l'affection à son début.

✓ **Le diabète:**

L'hypoglycémie peut entraîner des troubles du comportement importants à type d'agitation psycho-motrice et d'incohérence, ou des signes plus discrets à type d'anxiété ou d'oppositionnisme.

Les troubles psychiques, à type d'agitation, de stupeur, d'irritabilité, etc..., Ils peuvent être les seuls signes précédant : un coma acido-cétosique , un coma hyperosmolaire ou un coma hypoglycémique y compris l'insulinome.

✓ **L'hyperthyroïdie**

Les troubles psychiatriques sont fréquents et se présentent sous la forme d'un état d'agitation anxieuse, avec irritabilité et insomnie. L'humeur est souvent triste.

Les poussées aiguës d'hyperthyroïdie peuvent donner des accès d'obnubilation ou des épisodes d'excitation psycho-motrice, qui peuvent en imposer pour un épisode aigu d'une psychose maniaco-dépressive.

✓ **L'hypothyroïdie**

Les troubles psychiatriques sont caractérisés par un ralentissement psychomoteur important avec une fatigabilité intellectuelle et motrice, s'accompagnant d'une indifférence affective ou d'un sentiment de tristesse. Certaines formes réalisent soit des tableaux confusionnels, hallucinatoires ou oniriques, soit des tableaux de mélancolie stuporeuse.

✓ **L'hypercorticisme - syndrome de Cushing**

Il s'agit le plus souvent de manifestations dépressives d'intensité modérée, parfois d'une euphorie, d'anxiété, d'insomnie ou d'irritabilité. Plus rarement, se constitue un tableau d'allure psychotique: mélancolie délirante ou plus exceptionnellement état maniaque. Les tableaux schizophréniformes sont rares, plutôt sous forme d'épisodes hallucinatoires aigus.

✓ **L'insuffisance surrénale - maladie d'Addison**

Les troubles psychiques sont fréquents à type d'anxiété, d'apathie, d'asthénie, parfois d'euphorie. Ils sont souvent au second plan par rapport au reste du tableau clinique: asthénie physique, psychique intense, douleurs à type d'arthralgies et myalgies, amaigrissement, hypotension et mélanodermie caractéristique.

✓ **L'hyperparathyroïdie :**

Les troubles psychiatriques sont à type d'anxiété, d'instabilité, et d'hyperactivité ou à l'inverse d'apathie et de dépression. Ils s'associent habituellement aux troubles ostéo-articulaires (douleurs, fractures spontanées), rénaux (syndrome polyuro-polydipsique, lithiase rénale), digestifs et cardio-vasculaires.

✓ **L'hypoparathyroïdie**

L'augmentation de l'excitabilité neuro musculaire (signes de Chvostek et de Trousseau) provoque des manifestations tétaniques avec hyperventilation. Les troubles psychiques peuvent réaliser un tableau asthénique ou dépressif, plus ou moins confusionnel, d'affaiblissement intellectuel voire de démence.

b- les pathologies neurologiques:✓ **La sclérose en plaques**

Les troubles psychiques varient selon le stade d'évolution de la maladie:

A la phase initiale, le tableau clinique fait de symptômes neurologiques de survenue brusque, changeants et rapidement régressifs peut faire évoquer à tort le diagnostic d'hystérie

A la phase active, les troubles thymiques essentiellement dépressifs dominent la maladie.

A la phase tardive, une détérioration intellectuelle est possible.

✓ **Les pathologies dégénératives sous-corticales**

La maladie de Parkinson : les troubles psychiatriques sont fréquents : états dépressifs ou confuso-dépressifs et des états confusionnels. Ils sont favorisés par les traitements anti-parkinsoniens et les complications somatiques (infection, déshydratation). Ils peuvent témoigner de l'évolution de la maladie vers la démence.

La chorée de Huntington : Les troubles psychiatriques sont inauguraux le plus souvent, vers 35 ou 40 ans. Ils se manifestent par des perturbations du caractère, des conduites antisociales, des tentatives de suicide, des troubles de l'humeur, dépressifs ou maniaques, voire des états délirants hallucinatoires.

- ✓ **Les troubles psychiques des tumeurs cérébrales** : Ils sont fréquents. Ils peuvent être isolés et précéder l'apparition de signes neurologiques, ils diffèrent selon la localisation de la lésion. Le bilan neuroradiologique s'impose au moindre doute.

c- **Les pathologies infectieuses:**

Les maladies infectieuses à l'origine de troubles psychiatriques connaissent une recrudescence depuis l'épidémie d'infection par le VIH.

- ✓ **La méningo-encéphalite syphilitique tertiaire**, ou paralysie générale, désormais fort rare, comporte des troubles du comportement et des conduites sociales (vols absurdes, exhibitionnisme), des idées délirantes mégalomaniaques, souvent à thème sexuel, dont la labilité signe l'origine organique.
- ✓ **L'encéphalite herpétique** est une urgence médicale qui peut se manifester au premier plan par des troubles du comportement d'allure psychiatrique : fugue, errance, tentative de suicide. L'instabilité des symptômes oriente vers une cause organique.

✓ **Le Sida:**

On distingue deux périodes où le patient peut présenter des troubles psychiatriques liés à une atteinte organique.

✓ **Le phénomène de séropositivité**

Le patient présente des troubles psychologiques liés au retentissement de la maladie (anxiété, dépression, alcoolisme, reprise de la toxicomanie). Il présente aussi des troubles organiques à manifestations psychiatriques comme des accès maniaques.

- ✓ **Le SIDA déclaré** : Les étiologies organiques peuvent au début s'exprimer par un tableau psychiatrique aigu pur parfois bruyant

Bouffée délirante aiguë avec trouble du comportement, agitation et agressivité.

La localisation cérébrale d'une infection opportuniste: toxoplasmose, cryptococcose, aspergillose,...

L'encéphalite à CMV (CytoMégaloVirus).

Un lymphome cérébral.

L'encéphalite HIV: La Leucoencéphalite multifocale et progressive (LMP) du au J.C. Papovavirus concerne 1 à 2% des malades dont l'évolution est rapidement mortelle. Elle concerne toujours des patients très immunodéprimés.

d- Les séquelles psychiques des traumatismes crâniens:

L'hématome sous dural-chronique : Les troubles apparaissent dans les semaines ou les mois qui suivent un traumatisme crânien minime ou oublié (sujet sous anticoagulants, sujet alcoolique, vieillard). Les manifestations peuvent être psychiatriques : céphalées, vertiges, troubles du caractère (irritabilité, agressivité inhabituelle), ralentissement psychique parfois tableau démentiel ou confuso-démentiel chez le vieillard.

Le syndrome subjectif des traumatisés du crâne : il associe des céphalées, des sensations vertigineuses, des troubles neurovégétatifs, des troubles psychiques : labilité émotionnelle, irritabilité, intolérance aux bruits et à la lumière, désintérêt, asthénie, troubles mnésiques, troubles du sommeil (insomnies d'endormissement, cauchemars) parfois syndrome dépressif franc. Ces plaintes subjectives ne s'accompagnent pas de signes objectifs.

e- Les encéphalopathies métaboliques:

- ✓ **La porphyrie aiguë** : Les symptômes surviennent par crises, lors des poussées déclenchées par une prise médicamenteuse (barbituriques, sulfamides, oestroprogestatifs, anti-inflammatoires), un épisode infectieux, une anesthésie. elle est caractérisée par la triade clinique : signes psychiatriques, syndrome abdominal aigu et syndrome neurologique périphérique
- ✓ **La maladie de Wilson** : Les troubles psychiatriques sont souvent précoces : troubles du caractère, modifications de l'humeur, régression intellectuelle posant des problèmes diagnostiques au début avant que ne s'installent les autres éléments du tableau clinique

- ✓ **Les avitaminoses** : la maladie de Biermer (carence en vitamines B12) avec son syndrome neuro-psycho-anémique
- ✓ **Les autres « respiratoires, pancréatiques, hépatiques »** : l'atteinte somatique responsable de ces encéphalopathies est en règle suffisamment sévère, le problème diagnostique ne se pose guère avec une affection psychiatrique pure.

B-Troubles psychiatriques iatrogènes aux médicaments non psychotropes

De nombreux médicaments, issus de classes thérapeutiques très diverses, peuvent être à l'origine d'effets secondaires d'allure psychiatrique. La reconnaissance de tels effets est fondamentale en termes thérapeutique et pronostique. Dans ce chapitre, nous aborderons les médicaments réputés pour leurs effets secondaires psychiatriques fréquents ou graves, et souvent rencontrés en psychiatrie de liaison:

1-Les antituberculeux :

Dans cette classe d'antibiotiques, l'isoniazide s'accapare la plus grande partie d'effets psychiatriques induits.

a- Isoniazide :

Peut engendrer des troubles psychiatriques très divers, généralement réversibles à l'arrêt du traitement (29). Les sujets à risque seraient les personnes âgées, les acétyleurs lents, les diabétiques, les dénutris, les alcooliques, les insuffisants hépatiques, les sujets infectés par le VIH, les tuberculeux MDR (« multi-drugresistant »), les patients à antécédents personnels ou familiaux psychiatriques, et l'association avec l'éthionamide en particulier pour les troubles de l'humeur (29, 30,31).

Les troubles psychiatriques induits par l'isoniazide sont variables : Tableaux démentiels, troubles de l'humeur (euphorie, accès maniaques francs ou dépressions), tableaux psychotiques aigus, troubles cognitifs (perte de mémoire transitoire), troubles anxieux (tableaux d'allure obsessionnelle compulsive), agitation et perte de contrôle (29,30,31).

b- Éthambutol : La confusion mentale et les hallucinations sont très rarement constatées (30,31).

c- Rifampicine : Quelques effets psychiatriques rarement observés à type de : syndrome confusionnel, troubles de la concentration, somnolence, délire, hallucinations et agitation (30,31).

2-Les corticoïdes :

Les données de la littérature placent l'incidence des troubles psychiatriques sévères cortico-induits entre 6% et 10 % des patients, et entre 28% à 75 % pour les troubles mineurs à modérés (32,33). De même, et dans le cadre d'une étude prospective réalisée en collaboration entre les services de psychiatrie et de dermatologie du CHU Hassan II de Fès (34), il a été constaté une prévalence de ces troubles à hauteur de 35 % avec un pic durant le premier mois de traitement.

3-Interféron alpha :

L'interféron alpha reste une molécule de référence tant en oncologie qu'en virologie vu ses propriétés antivirales directes, immunomodulatrices et antiprolifératrices. Cependant, son utilisation reste limitée par la fréquence de ses effets secondaires. Retrouvés chez près de 30 % des patients traités, Les effets indésirables d'ordre psychiatrique surviennent typiquement entre le premier et le troisième mois du traitement anti-hépatite C (avec un pic au terme de la 3^{ème} semaine) (35). Cependant, ils peuvent également se révéler tout au long du traitement et même au cours des mois qui suivent son arrêt. Leur survenue semble dépendre aussi bien des doses utilisées (doses antivirales faibles ou chimiothérapie anticancéreuse à forte doses), que de la voie d'administration (toxicité maximale par voie intraveineuse continue) (36,37).

La nature de ces troubles psychiatriques induits recouvre un large spectre, allant des symptômes isolés telle une irritabilité à de véritables entités syndromiques, qui restent cependant dominées par le syndrome dépressif (incidence entre 5 et 31,5 % des patients traités) (36,37). De même, la prévalence des actes suicidaires avoisinerait 1,5 % chez les patients sous interféron alpha (38).

Par ailleurs les états maniaques semblent être une complication plutôt rare bien que son imputabilité à l'interféron alpha ait été clairement démontrée (36,37).

Moins documentée que les troubles de l'humeur, la survenue d'états psychotiques semblent très rares, 10 cas signalés dans une étude (39) portant sur 11241 patients traités pour hépatite virale chronique par interféron alpha. Elle est volontiers liée à l'usage de faibles doses comme cela est le cas dans le traitement des hépatites C chroniques.

Ces chiffres concordent avec ceux relevés dans une étude prospective et longitudinale réalisée au CHU Hassan II de Fès portant sur les troubles psychiatriques chez 20 malades traités par l'interféron pour l'hépatite virale C. En effet, il a été noté que la prévalence de la dépression sévère était de 15 % (imposant même l'arrêt du traitement chez 2 patients) et celle de l'anxiété majeure de 31 %.

4-La chimiothérapie anticancéreuse:

Les molécules utilisées en chimiothérapie anticancéreuse dépassent la soixantaine, et l'imputabilité des effets secondaires demeure assez difficile. Cependant des études comparatives entre un groupe de patients cancéreux recevant une chimiothérapie et un groupe bénéficiant d'une radiothérapie ont clairement objectivé une incidence accrue de ces troubles chez les premiers (40). L'apparition de ces troubles semble être dose dépendante. Si la notion de « fatigue générale » demeure un effet secondaire souvent rapporté, les troubles dépressifs ou anxieux ont une incidence plus élevée en comparaison aux patients non traités par chimiothérapie (41,42).

Par ailleurs, d'autres troubles ont été rapportés tels que les altérations cognitives(42). En effet un grand nombre d'études révèlent que la chimiothérapie peut induire des altérations cognitives modérées chez 15-75 % des patients. Les changements cognitifs liés à la chimiothérapie sont observés dans différents domaines incluant le langage, la mémoire verbale et non verbale, l'habilité spatiale et la fonction motrice.

C-Conduites suicidaires à l'hôpital général :

La psychiatrie de liaison, intervenant au lit du malade, constitue un lieu privilégié pour l'observation et pour l'orientation des patients suicidants et participe à la réflexion concernant la prévention des tentatives de suicide.

La majorité des tentatives de suicide n'entraînent pas de conséquences considérables sur la santé somatique des patients et ne nécessitent pas d'hospitalisation dans les services médicaux (43), toutefois, les tentatives de suicide graves sont une cause relativement fréquente d'hospitalisation dans les services des urgences des hôpitaux généraux (44).

L'évaluation des conduites suicidaires à l'hôpital général, dans le cadre de la psychiatrie de liaison, permet une intervention active et précoce auprès des suicidants ou des patients ayant des idées suicidaires, et participe activement à la prise en charge thérapeutique et au suivi, ainsi qu'à la prévention des tentatives de suicide.

Dans le cadre d'une étude prospective sur 24 mois, réalisée au centre hospitalier universitaire Hassan II à Fès, nous avons évalué dans le cadre de l'activité de psychiatrie de consultation-liaison, les suicidants hospitalisés dans les différents services médico-chirurgicaux après une tentative de suicide violente.

Les résultats de cette étude étaient comme suit : 31 suicidants âgés entre 13 et 65 ans ont été inclus dans notre travail. 26% de nos patients étaient hospitalisés en réanimation, 23% en chirurgie viscérale. Les moyens les plus utilisés par les patients étaient ; l'ingestion de caustiques et l'intoxication médicamenteuse dans 26% chacun. Les pathologies psychiatriques les plus diagnostiqués selon le DSM IV étaient, un trouble dépressif dans 52% des cas, et un trouble psychotique dans 36% des cas.

Ce travail nous a permis d'aller à la rencontre des suicidants hospitalisés aux services médicaux chirurgicaux à travers la psychiatrie de liaison , d'améliorer leur prise en charge et participer à la prévention des éventuelles récidives.

D-Interventions psychiatriques chez les malades mentaux hospitalisés pour pathologies somatiques

Les maladies organiques chez les patients psychiatriques sont souvent sous diagnostiquées et sous traitées, elles peuvent avoir des conséquences néfastes: réduction de la qualité de vie, taux accrus de récurrence d'hospitalisation et de mort prématurée.

Les schizophrènes connaissent des taux de maladies somatiques plus importants que n'importe quel autre groupe diagnostiqué. Plus de 37% des patients présentant un trouble schizophrénique souffrent de comorbidités et en particulier de pathologies accroissant le risque cardiovasculaire .Les auteurs ont rapporté que les maladies cardio-vasculaires représentent la première cause de mortalité somatique chez les schizophrènes (45), et le tabagisme est le premier facteur de risque cardio-vasculaire chez les malades, devant les anomalies lipidiques et glucidiques.

La prévalence des maladies cardiovasculaires est de 1,5 à deux fois plus élevée chez les personnes atteintes de dépression que dans la population générale, et le trouble bipolaire présente également des risques accrus de morbidité et de mortalité due à ces affections. Les facteurs qui augmentent sensiblement le risque cardiovasculaire, l'obésité et le diabète sont au premier plan. La prévalence des maladies métaboliques et de l'obésité s'est accrue rapidement dans la population générale, mais encore plus dans la population psychiatrique. Ainsi, Fagiolini et al(46), dans une étude menée auprès de 441 patients bipolaires, ont trouvé que 40% de ces patients réunissaient tous les critères diagnostiques du syndrome métabolique.

Cette fréquence augmentée des pathologies organiques chez la population psychiatrique, et notamment chez ceux atteints de psychose, soulevant des interrogations quant à l'étiopathogénie et la qualité de prise en charge. En effet, ces patients présentent des caractéristiques inhérentes à

leur psychose qui constituent des facteurs de risque de morbidité(47). Tout d'abord, ils ont une perception différente de leur corps(48), ne perçoivent pas toujours les besoins physiologiques, de même ils ont une plus grande tolérance à la douleur que les sujets sains. Ce qui fait que ces patients vont tarder à consulter.

De nombreuses publications ont attiré l'attention sur le rôle possible des neuroleptiques (49) surtout les atypiques, ont été rendus responsables d'une fréquence anormalement élevée d'accidents thromboembolique. Les antipsychotiques exposent aussi classiquement aux morts subites. Certains allongent l'intervalle QT, ainsi le risque cardio-vasculaire lié aux antipsychotiques ne peut pas être négligé. Par ailleurs, une série de cas d'insuffisances respiratoires aiguës au cours de neuroleptisations au long cours incriminent les phénothiazines qui entraîneraient des troubles de la déglutition par hypertonie des muscles pharyngés (49). Aussi, à ses effets s'ajoutent d'autres effets secondaires métaboliques (prise de poids, augmentation du cholestérol LDL et une diminution du cholestérol HDL, élévation des triglycérides et de la glycémie).

Le recours au psychiatre de liaison dans le cas particulier des malades mentaux hospitalisés pour des affections somatiques peut se faire pour plusieurs motifs: état d'agitation ou trouble de comportement perturbant le fonctionnement du service hospitalier, ajustement d'un traitement psychotrope, ou évaluation d'une conduite suicidaire. Dans ce cas, le patient doit être évalué sur le plan somatique puis sur le plan psychiatrique. l'éventuel transfert vers un service psychiatrique ne doit se faire qu'après avoir éliminer une urgence somatique.

E-Interventions particulières :

1-Psycho-oncologie :

La psycho-oncologie vise à dépister, prévenir, et traiter les troubles psychopathologiques chez les patients en cancérologie. Cette discipline propose des interventions englobant la dimension psychologique et sociale du patient à toutes les étapes de la prise en charge de la maladie, elle s'exerce en collaboration avec les autres soignants en oncologie.

Elle fait partie intégrante de la psychiatrie de liaison et a bénéficié du progrès qu'a connu cette dernière. Elle répond à la nécessité de prendre en compte dans le soin en cancérologie le processus d'adaptation psychologique du patient et de sa famille. Ces derniers sont confrontés à une situation qui, sur le plan existentiel, peut être considérée comme « extrême » chez cette population psychologiquement vulnérable.

Les troubles psychopathologiques chez les patients cancéreux s'inscrivent dans un « continuum » allant des sentiments normaux de tristesse et de craintes jusqu'à des difficultés pouvant être invalidantes (50).

a-Trouble dépressif

Il existe environ 5 à 10 % d'épisodes dépressifs majeurs dans cette population (51). La dépression survient d'autant plus que le patient est douloureux ou fonctionnellement handicapé, alors que la sévérité du pronostic intervient peu(52).

Le risque suicidaire chez les patients ayant un trouble dépressif majeur et atteints de cancer est multiplié par deux par rapport aux patients déprimés qui ne sont pas atteints par le cancer (53). Par ailleurs les suicides sont plus fréquents chez les hommes atteints de cancer (x1,5), et surviennent dans les 6 mois qui suivent l'annonce du diagnostic (53). Le facteur de risque du passage à l'acte suicidaire le plus significatif est l'absence de soutien des proches.

L'amélioration de l'humeur dans les quatre semaines réduit de façon significative le désir de mort (54), d'où l'importance capitale de détecter et de traiter la dépression chez les patients cancéreux.

b-Trouble anxieux

Il s'agit de réaction anxieuse vis à vis de la pathologie somatique, de la représentation mentale de la maladie et de la difficulté d'adaptation à la situation. Cette réaction anxieuse doit être évaluée dans sa dimension de « focalisation » sur telle ou telle crainte, dont la probabilité n'est habituellement pas la plus forte ou la plus immédiate.

c-Trouble de l'adaptation

Le trouble de l'adaptation, selon le DSM IV, correspond à la persistance au-delà de plusieurs jours (au moins deux semaines), de symptômes qui touchent aux registres dépressif, anxieux et ou comportemental, sans trouble dépressif ou anxieux caractérisés. Il peut être à l'origine de répercussions sévères sur la vie quotidienne, le fonctionnement social peut entraver la marche des soins.

Il est primordial de faire la différence entre un trouble de l'adaptation et de simples crises qui sont des moments d'expression des émotions, ces derniers constituent souvent un moyen de prise de conscience de certains enjeux et aussi un appel aux proches et aux soignants. Tout soignant doit savoir gérer ces situations, le spécialiste peut intervenir comme médiateur dans ce cheminement.

d-Confusion mentale

La confusion mentale constitue une complication associée aux traitements et aux évolutions des affections cancéreuses. Ce trouble survient surtout durant la phase des traitements (chimiothérapie ou radiothérapie) et en phase terminale.

Un syndrome confusionnel nécessite d'être diagnostiqué et traité le plus précocement possible car il est souvent associé à un mauvais pronostic de la maladie cancéreuse et au développement d'une détresse importante chez les malades et leurs proches.

2-Pédopsychiatrie de liaison

a-Concept :

L'activité de pédopsychiatrie de consultation–liaison intrahospitalière est définie par l'ensemble des prestations cliniques, thérapeutiques, préventives, pédagogiques et de recherche, prodiguées par l'équipe pédopsychiatrique dans les différentes unités de l'hôpital pédiatrique. (55)

Elle comprend d'une part des actes de consultation, directement axés sur le patient et sa famille, consistant à donner au confrère non psychiatre demandeur un avis spécialisé sur ce patient; et d'autre part des actes de liaison, axés sur les soignants et les intervenants extérieurs, permettant de les sensibiliser aux aspects psychiques de leur activité, et de les encourager à utiliser leurs capacités personnelles dans l'humanisation de leur travail (56). De surcroît, le pédopsychiatre de consultation–liaison participe avec les pédiatres à des prises de décisions concrètes et parfois difficiles, et à des actions pédagogiques et de recherche.

Le pédiatre est l'interlocuteur principal du pédopsychiatre car, le plus souvent, la demande d'intervention psychiatrique n'émane ni du jeune patient, ni de sa famille, mais elle prend corps à l'occasion d'un problème spécifique posé à l'équipe pédiatrique : c'est le médecin pédiatre qui sollicite son confrère pédopsychiatre. En retour, c'est au pédiatre que le pédopsychiatre devra répondre, même si le dialogue avec l'enfant et sa famille reste essentiel, et si une partie importante de son travail de liaison se déroule aussi de façon moins formelle dans le couloir et dans les chambres, auprès de l'équipe soignante du service de pédiatrie. (55).

b-La demande pédiatrique

Le contact direct ou écrit garantit au mieux un bon ajustement de la réponse du consultant. Il identifie le demandeur (le pédiatre de l'unité), ce qui détermine le moment de cette demande, le(s) motif(s) de la consultation et les questions posées. Il peut s'agir de collaborer au diagnostic,

au traitement ou d'organiser la sortie et la prise en charge ultérieure. Il précise aussi le degré d'urgence de la consultation (immédiate/dans la journée/programmée), l'information donnée aux parents et le contexte familial.

Les demandes varient selon les services, les médecins, leurs visions différentes de la maladie ou de la pédopsychiatrie. Les motifs regroupent les troubles psychosomatiques et fonctionnels, la psychopathologie liée à des maladies somatiques, les problèmes médico-sociaux, les pathologies psychiatriques proprement dites : troubles du développement et du comportement, scolaire ou familial.

c-La consultation

La demande pour l'enfant ou l'adolescent émane de l'équipe pédiatrique, parfois de la famille. Outre la procédure médicale habituelle (écouter les parents, examiner l'enfant), d'autres éléments venant du service sont pris en compte.

Le dossier médical est examiné, les infirmières interrogées sur leur perception de l'enfant et de son entourage, leur attente propre (qui peut diverger de celle du pédiatre), les fluctuations de l'état de l'enfant, les signes dépressifs ou anxieux, la relation avec sa famille ou les soignants. . .

L'examen pédopsychiatrique est d'abord orienté sur le problème soumis mais le consultant peut être amené à le reformuler. Il s'adapte aux nécessités de réponse rapide, de contacts à établir, de contraintes matérielles pour l'examen (locaux, matériels). Les autres variables sont l'âge (du nouveau-né à l'adolescence), le contexte d'hospitalisation et l'état physique de l'enfant (des formes les plus sévères de pathologies pédiatriques aux situations psychologiques et psychosociales où la composante somatique peut être mineure).

d-La réponse

Le pédopsychiatre communique ses observations et propositions. Deux éléments sont indissociables: l'évaluation diagnostique et les conseils thérapeutiques. Ces conclusions sont transmises rapidement sous trois formes possibles.

✓ **Forme orale, immédiate et brève**

Dès la fin de l'entretien avec l'enfant ou sa famille, ce contact direct permet de faire passer les nuances de l'évaluation et d'ajuster les propositions en dialogue interactif avec le pédiatre.

✓ **Forme écrite, immédiate et brève**

Quelques lignes sur un bordereau spécifique à l'entête du service de pédopsychiatrie sont une trace succincte mais tangible de la venue du consultant et garantissent la bonne transmission des informations essentielles, dans ce contexte d'intervenants multiples. Il peut être remis à l'interne ou au cadre présent.

✓ **Forme écrite, plus circonstanciée et différée**

Un rapport plus détaillé est adressé au pédiatre pour figurer au dossier. Il doit être clair, pragmatique, sans jargon psychiatrique inutile. Il reflète la démarche du consultant pour l'évaluation du problème et les recommandations. Cette formulation diagnostique soulève cependant quelques problèmes: la validité du diagnostic pédopsychiatrique et sa connotation parfois négative et durable, le faible délai pour une évaluation approfondie. Le respect de la confidentialité concerne aussi le rapport au médecin traitant (qui le remet le plus souvent aux familles) et le cas particulier des adolescents jeunes : « le dialogue singulier » les concerne-t-il exclusivement ou bien peut-il être partagé avec leurs parents ? Si de nouvelles consultations sont programmées, le pédopsychiatre notifie au pédiatre la fin de son intervention.

e-La consultation de liaison auprès d'adolescents

Les situations sont multiples: tentations et tentatives de suicide, anorexie mentale, maladies chroniques invalidantes, parfois troubles de la personnalité . . . C'est aussi l'âge des prises de risque (toxiques, accidents), parfois des complications de marques auto-infligées. Chacune de ces modalités cliniques soulève des problèmes différents: somatiques, psychologiques ou psychiatriques, pour lesquels le pédopsychiatre intervient dans un milieu non spécialisé, car c'est le plus souvent l'hôpital pédiatrique qui accueille les adolescents (jeunes) avec ces difficultés psychologiques et somatiques intriquées. L'intervention d'un psychiatre n'est en général pas demandée par l'adolescent. Il peut ne pas la comprendre ou bien elle avive ses angoisses et les sentiments dépressifs qu'elle lui révèle. Si le psychiatre est expérimenté, une composante somatique peut aussi être un bon point d'ancrage d'une relation thérapeutique. Définir le moment du recours psychiatrique est alors affaire de réflexion entre le pédiatre et son correspondant.

f-La consultation de liaison auprès des parents

Ce sont les interventions auprès des familles d'un enfant en état grave ou décédé, d'un adolescent après un accident ou une tentative de suicide s'il ne peut être lui-même examiné.

L'écoute empathique des parents crée un espace de parole et un climat de confiance. Le respect de leurs attitudes (révolte, déni, agressivité) ou de leurs comportements (retrait, inhibition, découragement) favorise le dialogue.

En phase aiguë, pour les enfants en réanimation ou en phase terminale, pour les enfants atteints de maladies mortelles, cette présence permet un soutien aux parents et un retour d'informations à l'équipe soignante.

Pour les maladies chroniques, les pédiatres conduisent les soins et assurent les entretiens avec les patients et leur famille. Ils font appel aux psychiatres et psychologues en fonction de protocoles ou encore dans le cadre de la recherche pour des observations psychologiques des enfants ou des conséquences pour la fratrie et les parents. Les travaux sur l'élaboration de profils psychologiques (l'enfant diabétique, l'enfant hémophile. . .) sont discutables sur le plan théorique mais peuvent aider à l'amélioration des soins par l'analyse prudente des éléments de réalité auxquels sont confrontés les enfants au cours de leur maladie (psychologie médicale et coping).

g-La consultation de liaison en urgence

✓ **Les urgences vraies**

Elles regroupent les situations de détresse, de danger, de gravité, d'imminence de complication, imposant une intervention rapide :

- **chez l'adolescent** : tentatives de suicide, états dépressifs caractérisés, épisodes psychotiques aigus, troubles du comportement, troubles des conduites alimentaires avec menace physiologique, stress post-traumatique ;

- **chez l'enfant** : tentatives de suicide (rares), troubles anxieux (attaques de panique), états dépressifs majeurs, détresse liée à une modification lourde de l'environnement, sévices, aggravation du comportement dans le cadre de troubles du développement (autisme, retard mental) ou de difficultés psychosociales anciennes et décompensées.

✓ **Les interventions sans délai**

Répondant à des demandes pour avis diagnostique ou thérapeutique pour une décision à prendre : sortie de l'hôpital, indication d'examen complémentaires, orientation... Elles réclament une intervention dans la journée: troubles à expression somatique, troubles dépressifs, suspicion de sévices ou sévices reconnus. Ces appels pressants se multiplient avec les durées de séjour de plus en plus brèves.

✓ **Les « nouvelles » urgences**

Accompagnent les progrès de la pédiatrie ou la banalisation du recours au pédopsychiatre: aide à l'évaluation diagnostique ou thérapeutique, à la prévention des conséquences de situations à risques (diagnostic anténatal, naissance prématurée avec complications, naissance d'enfants malformés, naissances multiples avec décès d'un ou plusieurs enfants, mort subite du nourrisson).

Des programmes structurés d'intervention sont mis en place, par exemple, en néonatalogie et pour les morts subites du nourrisson, pour les situations d'urgence médicosociales, médicolégales ou les troubles post-traumatiques chez l'enfant.

F-Psychopharmacologie en psychiatrie de liaison

Les troubles psychiatriques sont plus fréquents chez les patients souffrant d'une affection somatique par rapport à la population générale. Les psychotropes sont souvent prescrits pour ces patients pour améliorer les symptômes psychiatriques.

1-Principes de base:

En psychiatrie de liaison, les psychotropes sont susceptibles d'avoir un impact sur les affections somatiques ou interagir avec les médicaments prescrits par les médecins somaticiens, ce qui justifie leur utilisation prudente. Des principes de base sont à prendre en considération :

- Il faut se rappeler que les protocoles thérapeutiques utilisés pour la prise en charge de diverses troubles psychiatriques (57,58) ne peuvent pas être directement appliqués dans le traitement des troubles psychiatriques chez les patients atteints de maladies somatiques.
- Ces patients sont plus vulnérables aux effets indésirables des médicaments psychotropes.
- Ils sont plus susceptibles d'avoir des réserves corporelles diminuées, en termes de fonction hépatique, fonction rénale, fonction pulmonaire, etc
- Ils sont susceptibles aussi d'être mis sous d'autres médicaments (59, 60) ce qui augmente la probabilité d'avoir une interaction pharmacocinétique ou pharmacodynamique entre les médicaments.
- Les médicaments psychotropes peuvent également provoquer une nouvelle atteinte à l'état de santé par le biais de divers mécanismes :
 - Ils peuvent entraîner un allongement de l'intervalle QTc, ce qui peut altérer gravement la fonction cardiaque chez les patients atteints de bloc cardiaque ou une insuffisance cardiaque congestive.

- Certains psychotropes comme l'olanzapine et la clozapine peuvent aggraver le diabète sucré en exacerbant l'insulino-résistance et en augmentant les taux de sucre dans le sang. (61, 62)
- De nombreux psychotropes sont potentiellement hépatotoxiques et peuvent provoquer une aggravation de l'insuffisance hépatique.
- Certains psychotropes comme les benzodiazépines et les barbituriques peuvent entraîner une dépression respiratoire et compromettre la fonction respiratoire. (63)
- Les médicaments comme les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) peuvent entraîner un risque accru de saignement, un sujet de préoccupation particulier chez ceux subissant une chirurgie ou recevant des anticoagulants comme l'héparine.

2- Modalités de prescription des psychotropes en psychiatrie de consultation-liaison :

Le psychiatre de liaison doit évaluer la balance bénéfice/risque, et son objectif doit être toujours le meilleur intérêt du patient, cela implique une évaluation approfondie et globale du patient, ainsi qu'une discussion avec le médecin traitant et le personnel soignant.

a- Consentement du patient et du médecin traitant :

Étant donné la stigmatisation de la maladie mentale, un patient admis dans l'un des services médico-chirurgicaux de l'hôpital général peut mal interpréter une consultation faite par le psychiatre. Il est important que le médecin traitant qui demande une évaluation psychiatrique explique au patient l'intérêt et la nécessité d'une telle évaluation. Cependant, le patient a le droit de refuser l'évaluation et la prise en charge psychiatrique, comme cela constitue une partie de l'éthique médicale

b- Évaluations :

Avant de prescrire un psychotrope, une évaluation approfondie est indispensable.

- Avant d'envisager un trouble psychiatrique et de commencer un traitement psychotrope, il faut éliminer une cause organique ou iatrogène de la symptomatologie psychiatrique: par exemple un syndrome délirant dû à l'hyponatrémie ou une psychose cortico-induite, dans ces situations le traitement psychotrope peut ne pas être nécessaire en première ligne, c'est-à-dire que la correction du déséquilibre électrolytique sous-jacent, ou l'arrêt ou la dégression de la corticothérapie peut être suffisante pour prendre en charge les symptômes psychiatriques.

- L'évaluation approfondie implique la recherche des antécédents de maladie somatique, et des antécédents de symptômes psychiatriques en particulier en se concentrant sur la relation temporelle de l'apparition des symptômes psychiatriques avec l'apparition ou l'aggravation de symptômes de la maladie somatique.
- Il est très important de se concentrer sur l'évaluation de tout type d'insuffisance en particulier hépatique, rénale, cardiaque, avec évaluation des atteintes des systèmes vasculaire et neurologique (64), car la plupart des psychotropes sont métabolisés par le foie, et éliminés par les reins, et peuvent provoquer des effets secondaires sévères cardiaques et neurologiques.
- Les antécédents d'épilepsie devraient être vérifiées vu que certains psychotropes peuvent abaisser le seuil épileptogène, de même d'autres maladies doivent être recherchées parce qu'elles peuvent être aggravées par les psychotropes comme: le diabète sucré, l'hypertension artérielle, l'obésité, la maladie de Parkinson, le glaucome, les maladies pulmonaires, les syndromes de malabsorption, la constipation et les troubles sexuels.
- L'évolution des symptômes psychiatriques doit être notée et l'examen de l'état mental doit être mené avec une sensibilité aux limites imposées par la maladie somatique et le lieu de traitement.
- Tout en évaluant les symptômes psychiatriques, on doit évaluer la gravité de la morbidité psychiatrique et son impact sur le traitement et l'évolution de maladie sous-jacente.
- Les antécédents d'usage de substances doivent être évalués :
 - Ces substances ont des actions synergiques avec les psychotropes.
 - Le tabagisme peut avoir un impact significatif sur le métabolisme de la plupart des agents psychotropes.
- Avant d'envisager un traitement par psychotrope, des investigations doivent être réalisés :
 - Biologiques : y compris un hémogramme (englobant la numération plaquettaire, le temps de saignement, et temps de coagulation), la fonction hépatique, la fonction rénale, les électrolytes sériques en particulier le sodium et le potassium, les gaz du sang, et la glycémie.
 - Un électrocardiogramme,...
- Il est important de vérifier tous les médicaments reçus par le patient pour le traitement de sa maladie somatique sous-jacente. Une erreur fréquente est d'oublier de

demander au patient et au soignant sur l'utilisation des médicaments en vente libre qui peuvent provoquer des symptômes psychiatriques ou interagir avec les médicaments psychotropes.

- Un examen physique approfondi doit être mené pour enregistrer les paramètres de base physiques : la pression artérielle, le pouls, le poids corporel, l'indice de masse corporelle,...
- Un autre aspect important à ne pas oublier avant de prescrire un psychotrope dans le cadre de la psychiatrie de consultation-liaison est de discuter avec les médecins traitants en se concentrant sur ce que sont leurs attentes, ce qu'ils pensent sur les symptômes psychiatriques, leur expliquant le risque (risque suicidaire), ce qui est attendu d'eux (comme la façon dont ils doivent interagir avec le patient), ce qui doit être fait dans des situations d'urgence, et comment surveiller les agents psychotropes (quand augmenter la dose, etc).

c- **Interactions médicamenteuses:**

Il est important d'avoir des connaissances de base sur les interactions médicamenteuses possibles des médicaments psychotropes.

Les médicaments qui peuvent interagir avec les psychotropes sont : les stéroïdes anabolisants, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), les anticholinergiques, l'atropine, les antiépileptiques, les barbituriques, les benzodiazépines, les bêta-bloquants, les inhibiteurs calciques, les céphalosporines, les corticostéroïdes, les agonistes de récepteurs de la dopamine, les œstrogènes, les fluoroquinolones, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les opioïdes, les salicylates, les sulfamides et les diurétiques thiazidiques etc.(65, 66).

Les interactions médicamenteuses avec les psychotropes peuvent être pharmacodynamiques ou pharmacocinétiques. (67).

Le Cytochrome P450 (CYP450) est l'une des voies les plus importantes dans le métabolisme des psychotropes. (68), Bien que 11 familles de système enzymatique CYP450 aient été décrites, les plus importants chez l'homme comprennent le CYP1A2, CYP2 (CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6) et le CYP3A4. Le système CYP est présent principalement dans le tractus gastro-intestinal, le foie et le cerveau.

Le principe de base à suivre est d'éviter les médicaments qui inhibent ou induisent de manière significative les enzymes du cytochrome P450 et préférer ceux qui sont éliminés par des voies multiples et ont une grande marge de sécurité.

d- Surveillance cardiaque :

Plusieurs psychotropes peuvent allonger l'intervalle QTc, ce qui peut entraîner un arrêt cardiaque et une arythmie. (69). Les psychotropes communément associés à un allongement de l'intervalle QTc sont les antidépresseurs tricycliques (ATC), la thioridazine, le dropéridol, la ziprasidone et l'olanzapine. D'autres médicaments couramment associés à l'allongement de l'intervalle QTc et qui peuvent avoir des effets additifs incluent les antiarythmiques, les antihistaminiques, les prokinétiques, les myorelaxants (comme l'alcuronium, le pancuronium et de l'atracurium), les opioïdes, des agents chimiothérapeutiques (comme les anthracyclines, agents alkylants, alkylants et le cisplatine) et antiémétiques (comme granisétron, ondansétron, dolasétron et). (70).

Ainsi, la réalisation d'un électrocardiogramme avant de commencer un médicament psychotrope est nécessaire.

En outre, il est également important de se rappeler que quelques psychotropes (par exemple l'escitalopram, lithium) peuvent provoquer une bradycardie, qui peut être mortelle chez des patients vulnérables, (71,72)

e- Évaluation de la fonction rénale et hépatique :

Les médicaments métabolisés exclusivement par le foie doivent être évités en cas de présence d'un dysfonctionnement hépatique mis en évidence par l'augmentation des taux des transaminases (ASAT / ALAT) et de la bilirubine. De même, les médicaments excrétés par les reins doivent être évités en cas d'une insuffisance rénale mise en évidence par une diminution de la clairance de la créatinine.

Les médicaments préférés en présence d'une maladie grave du foie comprennent

L'Amisulpiride est privilégié parmi les antipsychotiques (73), alors que la Chlorpromazine doit être évitée. Le Lorazépam et l'Oxazépam sont les benzodiazépines qui peuvent être prescrits en toute sécurité en présence de maladies hépatiques sévères car elles ne sont pas métabolisées par le foie. Concernant les thymoregulateurs, le Lithium et la Gabapentine doivent être privilégiés, alors que la Carbamazépine et le Valproate doivent être évités. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et le Milnacipran pourrait être utilisé avec une certaine prudence chez les patients présentant une maladie hépatique alors que les antidépresseurs tricycliques (ATC) et la Néfazodone devrait être évités. (74)

Face à une maladie rénale sévère, il faut privilégier l'Olanzapine et la Quétiapine parmi les antipsychotiques, alors que l'Amisulpiride devrait être évité. (75) le Lithium et la Gabapentine doivent être évités, alors que le Valproate et la Carbamazépine peuvent être utilisés en toute

sécurité. Parmi les antidépresseurs, le Citalopram et la Fluoxétine peuvent être prescrits, alors que la Paroxétine et les antidépresseurs tricycliques (ATC) devraient être évités.

f- Psychotropes et chirurgie :

Le psychiatre de liaison est très souvent sollicité pour donner son avis quant à poursuivre ou interrompre un psychotrope avant l'acte chirurgical. (76)

L'utilisation des psychotropes peut entraîner des complications pendant la chirurgie (par exemple, saignement excessif par les ISRS), et peuvent aussi interagir avec les agents anesthésiques. Le risque hémorragique augmente en cas d'association des ISRS avec les AINS. (77, 78)

g- La décision de commencer un agent psychotrope

Avant d'envisager l'utilisation d'un agent psychotrope, le psychiatre doit déterminer

- si le trouble du patient peut être géré sans médicaments.
- s'il y a un risque pour la vie du patient si un agent psychotrope est retenu?
- Dans une catégorie de médicaments, ce qui convient mieux à la situation actuelle (en tenant compte de la maladie physique, l'efficacité, les effets secondaires et les interactions médicamenteuses)?
- Pendant combien de temps le psychotrope est destiné à être utilisé?
- Comment démarrer un psychotrope en psychiatrie de liaison :
 - Chez les patients malades physiquement, la règle d'or est de «Commencer à petites doses et aller lentement». (79)
 - La dose de départ pourrait être la moitié de la dose normale (un quart de la dose initiale habituelle chez les personnes âgées et les enfants).
 - Il faut être conscient des autres voies d'administration pour divers médicaments et préparations disponibles.
 - Une discussion claire doit être faite avec le médecin somaticien au sujet de commencer les médicaments tout en répondant à leurs questions et préoccupations.(80) Si nécessaire, la possibilité d'arrêter certains médicaments, la réduction de la dose ou la modification de certains autres médicaments, doit être discuté.

h- Information du patient et de sa famille :

Des informations claires aux membres de la famille du patient et au patient en ce qui concerne le moment de prise médicamenteuse, quand et comment augmenter la dose, quand arrêter les médicaments (par exemple, si le patient devient confus), et ce qu'il faut ou pas prendre (prise d'eau, l'alcool, le tabagisme, les habitudes alimentaires, des médicaments en vente libre, herbes etc).

L'intervention psychothérapeutique peut être associée pour augmenter les effets des médicaments psychotropes. La psychoéducation sur la maladie, la psychothérapie de soutien ou cognitive, l'utilisation d'indices de réorientation et des modifications de style de vie peuvent aussi aider dans le traitement de la maladie psychiatrique.

3- Attitudes thérapeutiques à éviter en psychiatrie de consultation-liaison :

- Évitez les combinaisons des ISRS ou des antidépresseurs tricycliques (ATC) et des inhibiteurs du CYP450 (quinidine, le kétoconazole, l'itraconazole, l'érythromycine, la clarithromycine, la néfazodone). De même, éviter les combinaisons d'antidépresseurs avec des médicaments ayant une forte liaison aux protéines plasmatiques (ISRS peut déplacer la warfarine des sites de liaison aux protéines plasmatiques; la quinidine peut réduire le métabolisme des ISRS). De même, l'utilisation de la combinaison des ISRS et des diurétiques de l'anse (hyponatrémie) doit être évitée.
- Il faut être prudent lors de l'utilisation des benzodiazépines. Il est préférable d'éviter les benzodiazépines chez les personnes à risque de chutes et de ceux qui ont des troubles cognitifs. (81,82) L'utilisation des benzodiazépines doit également être prudente en présence de troubles respiratoires comme la BPCO et l'apnée du sommeil, en raison du risque potentiel de la dépression des voies respiratoires.
- La sélection des psychotropes avec d'éventuels effets secondaires hématologiques (par exemple : la clozapine, la mirtazapine, le valproate, la carbamazépine, et les ISRS) doit être faite avec prudence chez les patients prédisposés à avoir des problèmes hématologiques.(83) Cela concerne les patients sous agents chimio-thérapeutiques, les patients ayant un profil hématologique altéré, les patients avec un saignement actif, et ceux souffrant de troubles héréditaires de la coagulation du sang.
- En outre, il est également important de ne pas sous-traiter la morbidité psychiatrique. Le traitement adéquat et approprié des problèmes psychiatriques peut réduire la détresse et améliorer le fonctionnement du patient médicalement malade.

V- Difficultés de la pratique de la psychiatrie de liaison:

Outre les difficultés liées à tout exercice psychiatrique, celui de la psychiatrie de liaison met le psychiatre face à des modalités d'interventions qui n'appartiennent pas au champ habituel de sa spécialité(84):

- La demande vis-à-vis du psychiatre varie dans des limites très larges : elle peut aller du dépistage systématique des différents troubles avec la rencontre de tous les patients d'un service, au recours limités aux cas les plus graves, lorsqu'il existe un danger imminent pour le patient ou le service. C'est au psychiatre de liaison, en fonction de la charge de travail qui lui est attribuée, de définir ces limites et de les faire comprendre à ses interlocuteurs ;
- le psychiatre est fréquemment sollicité pour « éloigner » le patient difficile à gérer. La demande est celle d'une hospitalisation en psychiatrie, qui est moins fondée par l'utilité d'une prise en charge spécifique, que par le souhait de ne plus avoir à s'occuper du patient.
- Le recours au psychiatre vise parfois à lui conférer des missions qui ne lui reviennent pas, comme par exemple l'annonce d'un diagnostic difficile : le rôle du psychiatre est de prendre en charge le patient s'il présente des réactions psychopathologiques à l'annonce, mais pas de lui annoncer le diagnostic somatique ;
- selon les équipes de soins somatiques, l'interlocuteur du psychiatre de liaison est différent (médecin senior, assistant, interne, cadre infirmier, assistance sociale, équipe infirmière. . .), et il lui est difficile d'imposer un interlocuteur similaire dans les différents services.
- certains patients sont, particulièrement difficiles à gérer en milieu médicochirurgical (surveillance insuffisante, risque de fugue, risque suicidaire. . .) ; or, leur pathologie somatique peut les mettre en danger en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique, sans plateau médicochirurgical à proximité. La solution idéale serait l'existence de structures mixtes (85), médico-psychiatriques, qui sont à ce jour quasi inexistantes ;
- la perception de la spécificité du psychiatre est parfois floue pour ses interlocuteurs. . . Dans le meilleur des cas, on lui demande d'intervenir à la place du psychologue, que les équipes médicochirurgicales différencient mal, en toute bonne foi, du psychiatre. Dans d'autres cas, c'est faute de trouver un psychologue disponible que l'on a recouru au psychiatre. Parfois, on l'appelle pour trouver une solution à un problème social difficile, en l'absence même de toute pathologie psychiatrique ;
- Les modalités d'interventions sont multiples et un ordre de priorité est parfois difficile à établir. On sollicite en effet le psychiatre pour voir un patient dans un service hospitalier, pour

donner un avis en hôpital de jour, ou près d'un patient vu en consultation externe par un somaticien, pour voir un patient en consultation psychiatrique ; mais il est également mis à contribution pour les personnels hospitaliers, que ce soit au travers de réunions institutionnelles régulières ou ponctuelles (par exemple suite à une agression ou à un suicide dans un service), de soutien individuel, de recours pour la direction. . .

- l'articulation avec les psychologues peut être complexe : leur rapport au psychiatre est fréquemment teinté d'ambivalence, avec une reconnaissance pour ses compétences diagnostiques et thérapeutiques, mais une rivalité quant à la prise en charge de la souffrance psychique. Faire tomber les préventions de certains psychologues vis-à-vis du corps des psychiatres est un enjeu de taille, et souvent de longue haleine, pour le psychiatre de liaison ;
- Une certaine frustration peut naître chez le psychiatre de liaison du fait du caractère ponctuel de ses interventions : la durée d'un séjour en service médicochirurgical dans les hôpitaux de soins aigus est de plus en plus brève, et dans la majorité des cas, le psychiatre ne voit qu'une ou deux fois le patient, avant de passer le relais à un autre intervenant ;
- le secret médical est un enjeu important : les patients livrent souvent au psychiatre des informations qu'ils ne souhaitent pas voir communiquées aux soignants de la sphère somatique, redoutant – souvent à juste titre – qu'elles ne soient rapidement diffusées au-delà des « soignants nécessaires ». Le psychiatre est alors pris entre le respect qu'il doit à la confiance du patient et la nécessité parfois que le somaticien soit informé d'éléments qui entrent en jeu dans la prise en charge ;
- sollicité pour les multiples tâches que nous avons évoquées, le psychiatre sacrifie parfois, par manque de temps, la transmission de son travail au psychiatre traitant ou au généraliste, qui devront pourtant prendre en compte ce qui s'est passé à l'hôpital pour la prise en charge ultérieure.

Partie pratique

I-Objectifs de l'étude

Les objectifs de notre travail étaient d'évaluer et apprécier le type de demandes en soins psychiatriques émanant des services médico-chirurgicaux du CHU de Fès, étudier la prévalence et la nature des troubles rencontrés lors des avis psychiatriques, et identifier les services les plus demandeurs des avis psychiatriques ainsi que les motifs les plus fréquents .

L'objectif final est d'assurer une bonne organisation et une structuration de la prise en charge psychiatrique de ces troubles et de sensibiliser les équipes soignantes à l'importance de la prise en charge globale des patients, y compris la composante psychologique et la qualité de vie.

II-Matériel et Méthodes :

1-Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive sur 36 mois allant du janvier 2010 au janvier 2013, portant sur 330 demandes d'avis psychiatriques provenant des différents services médico-chirurgicaux du Centre Hospitalier Universitaire de Fès.

2-Population d'étude

Ont été inclus dans notre étude, tous les patients pour lesquels un avis psychiatrique a été demandé par les médecins des différents services médico-chirurgicaux du CHU Hassan II à Fès durant la période de l'étude.

3-Organisation pratique de l'étude

Le CHU Hassan II de Fès a été inauguré en Janvier 2009, d'une capacité d'accueil de 880 lits répartis sur 42 services de médecine et de chirurgie. Depuis sa création, la demande de plus en plus croissante d'avis psychiatrique nous a motivé pour la mise en place et l'organisation d'une activité de psychiatrie de liaison, d'autant plus que la structure hospitalière psychiatrique est située loin du CHU.

L'équipe qui a assuré cette activité est formée de 10 médecins psychiatres en. Chaque médecin est responsable de recevoir les appels provenant des autres services du CHU du mercredi au mardi suivant. Un numéro de téléphone a été conçu spécialement pour assurer cette activité (**Annexe n°1**). Une liste de roulement des médecins est affichée chaque trimestre dans les différents services du CHU.

Les demandes sont évaluées par le médecin responsable durant la semaine, selon le degré de l'urgence et réparties en deux groupes : les avis urgents nécessitant un déplacement immédiat et les demandes d'avis jugées non urgentes différées au jour de la consultation du mardi. Pour les demandes d'avis urgentes telles une tentative de suicide, un refus alimentaire, une symptomatologie psychiatrique d'installation aiguë, une agitation..., le médecin responsable se déplace en urgence au service concerné et répond à la demande d'avis psychiatrique.

Un lieu a été consacré au sein du centre des consultations du CHU, afin de recevoir les patients hospitalisés émanant de tout service, accompagnés de leurs dossiers d'hospitalisation. Concernant les patients ne pouvant pas se déplacer, le médecin se déplace au service concerné et mène l'avis auprès du lit du patient.

L'évaluation psychiatrique a porté sur divers paramètres, elle a consisté, noter les différents symptômes marquant le comportement du patient, déterminer le motif qui a nécessité la demande de l'avis par l'équipe soignante médicale et paramédicale, faire un entretien avec le patient et ses co-chambres pour compléter les données de l'examen, demander la présence de la famille si elle est disponible pour développer l'histoire des troubles et pour recueillir les éléments biographiques. Au terme de toutes ces informations et en collaboration avec le médecin traitant du patient, le médecin psychiatre écrit l'avis sur le dossier du patient, les données de son examen, la prescription médicamenteuse, la demande d'un autre avis spécialisé si nécessaire, la demande d'investigations paracliniques, et un rendez- vous de contrôle.

4-Mode de recueil des données et Paramètres étudiés

Les données personnelles de chaque patient sont recueillies à l'aide d'un questionnaire comprenant 24 items, rempli auprès du malade par le psychiatre, précisant les données socio-démographiques, l'attitude du patient vis à vis de l'avis psychiatrique, le service demandeur, le type de la pathologie organique, la prise en charge psychiatrique ainsi que l'évolution du trouble (**Annexe n°2**).

Après un examen psychiatrique initial qui a pour but d'évaluer globalement l'état psychiatrique du patient, une discussion à propos des différentes questions posées par le médecin somaticien est menée ainsi que la décision de la prise en charge psychiatrique. Un suivi au sein du service de psychiatrie est proposé au patient lorsqu'un trouble psychiatrique catégorisé a été identifié.

5-Analyse statistique

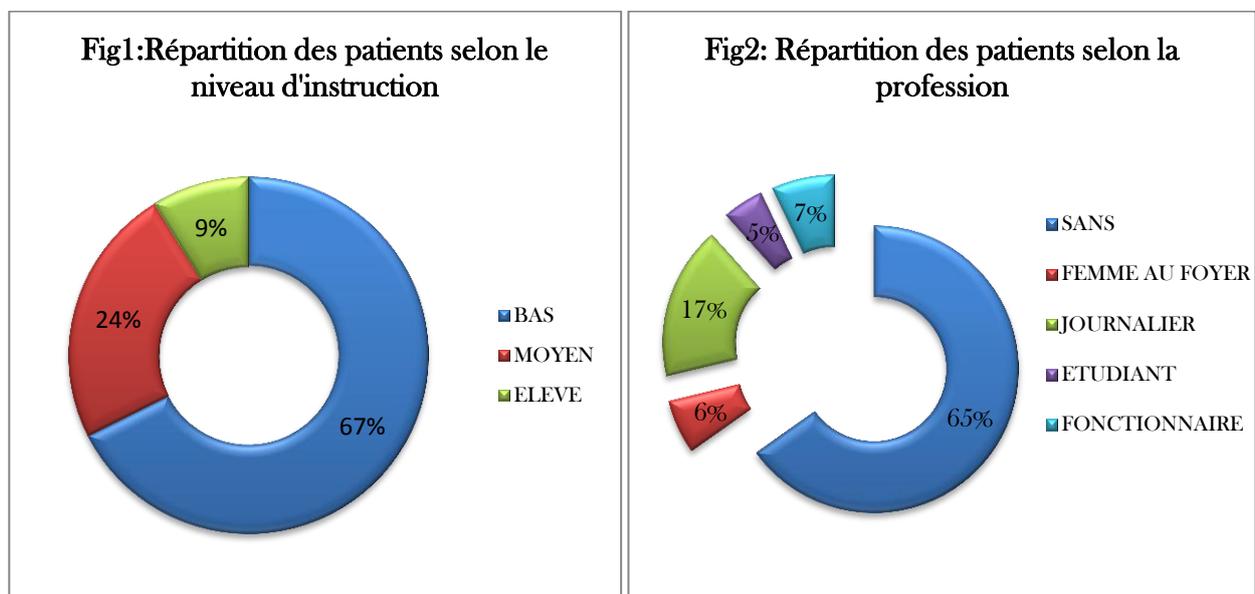
La saisie des données a été effectuée à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2010. Nous avons procédé à une description de notre échantillon selon les différentes caractéristiques. L'étude statistique a été réalisée en utilisant le logiciel épi-info 5.3.1.

III-Résultats:

A- Résultats descriptives :

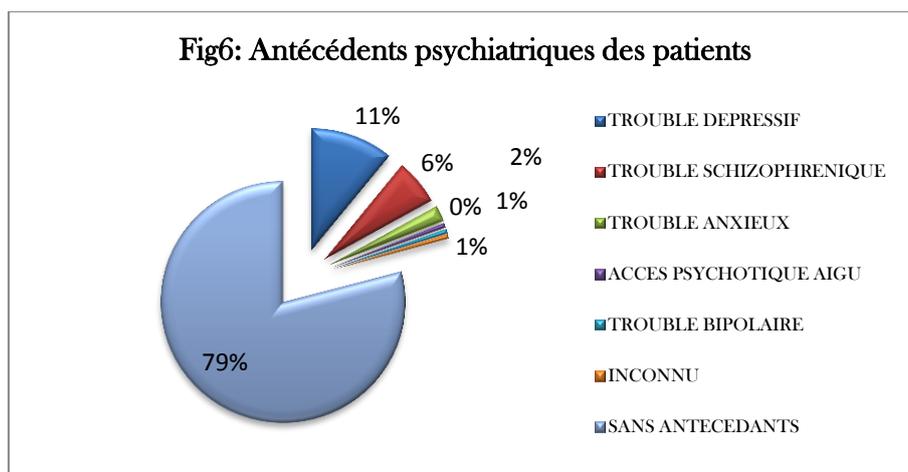
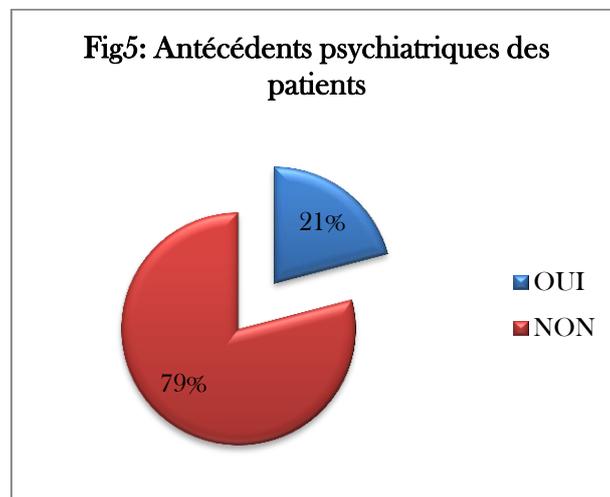
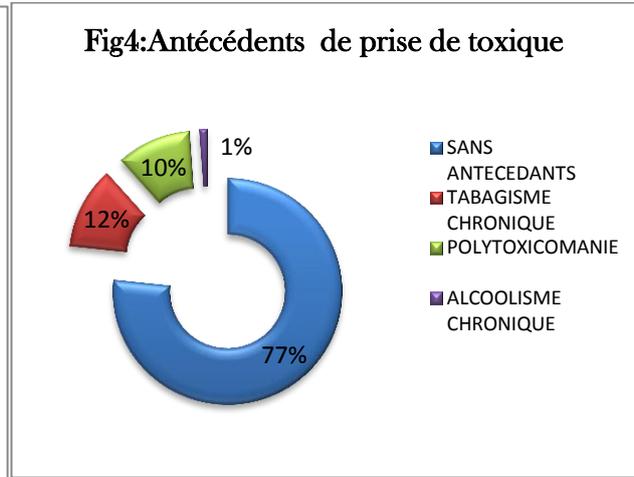
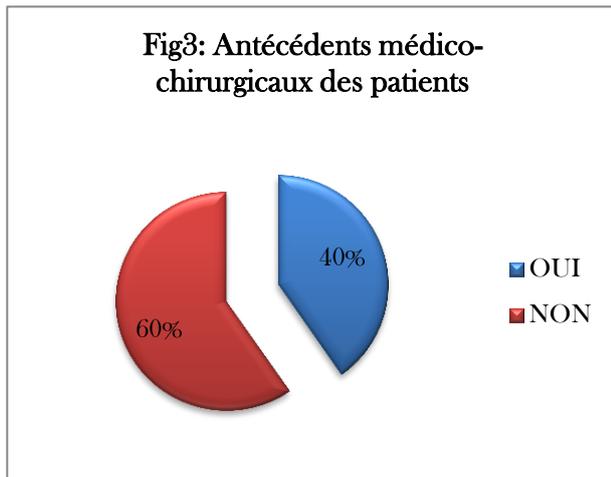
Sur une période de 36 mois allant de janvier 2010 au janvier 2013, 330 demandes d'avis psychiatrique émanant des différents services du CHU de Fès ont été analysées.

L'âge moyen de nos patients était de 39,257+/- 16,8 ans, d'un minimum de 7 ans et un maximum de 95 ans, avec une prédominance féminine et un sex-ratio à 0,81. Les deux tiers des patients avaient un niveau d'instruction bas et 65% des patients étaient sans profession. **(Fig1et2)**



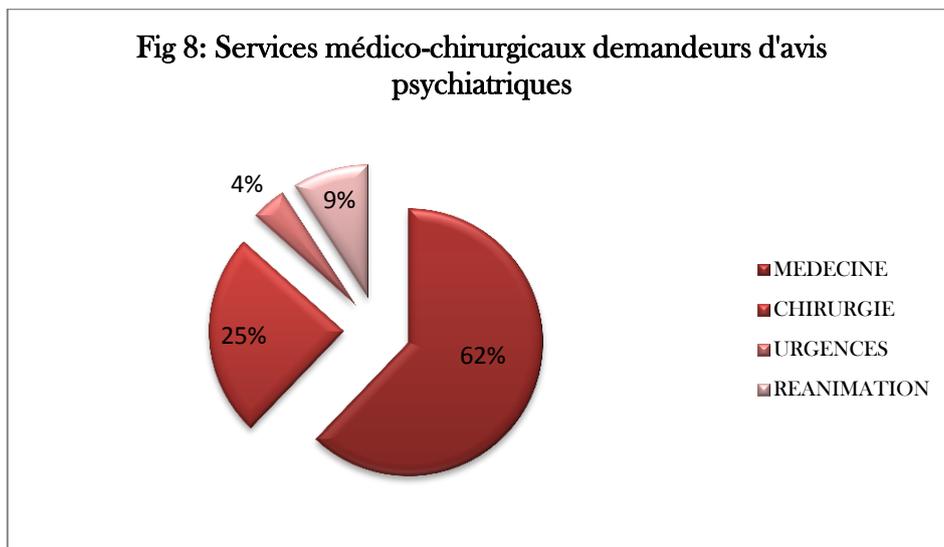
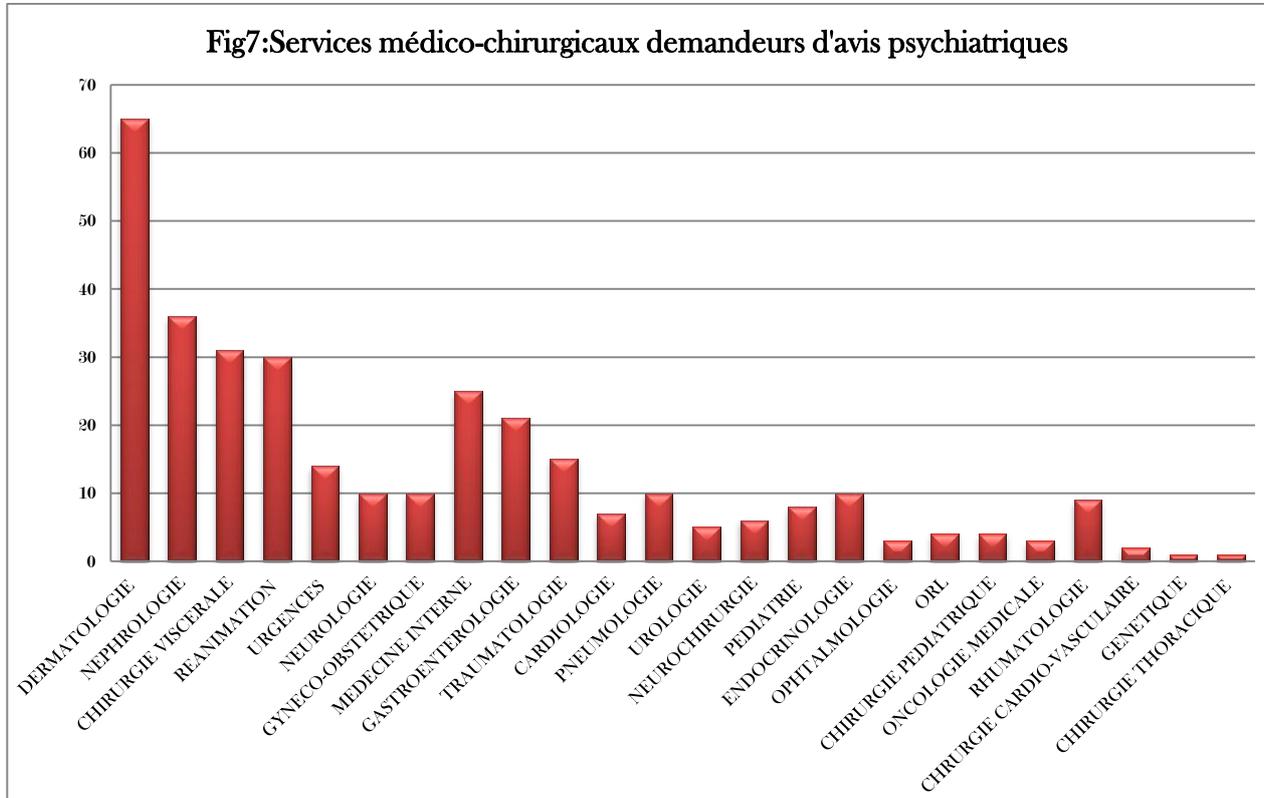
Les antécédents personnels médico-chirurgicaux (épilepsie, diabète, cardiopathie, insuffisance rénale chronique et autres ...) et d'usage de substance étaient retrouvés respectivement chez 40 % et 23 % des patients. Les antécédents personnels psychiatriques étaient retrouvés chez 21% des

patients. Ces antécédents étaient au premier plan un trouble dépressif dans 11% des cas et un trouble schizophrénique dans 6% des cas. (Fig3, 4 ,5 et 6).



L'attitude des patients vis-à-vis de l'avis psychiatrique était favorable dans 72% des cas, et défavorable dans 4% des cas .Par ailleurs, 24% des patients avaient une attitude indifférente par rapport à l'examen psychiatrique.

Durant la période de l'étude, 24 services du CHU avaient demandé un avis psychiatrique. Les taux de demande d'avis les plus élevés étaient constatés dans les services de dermatologie (19,7%), de néphrologie (10,9 %), de chirurgie viscérale (9,4%) et de réanimation (9,1%). (Fig7 et 8).



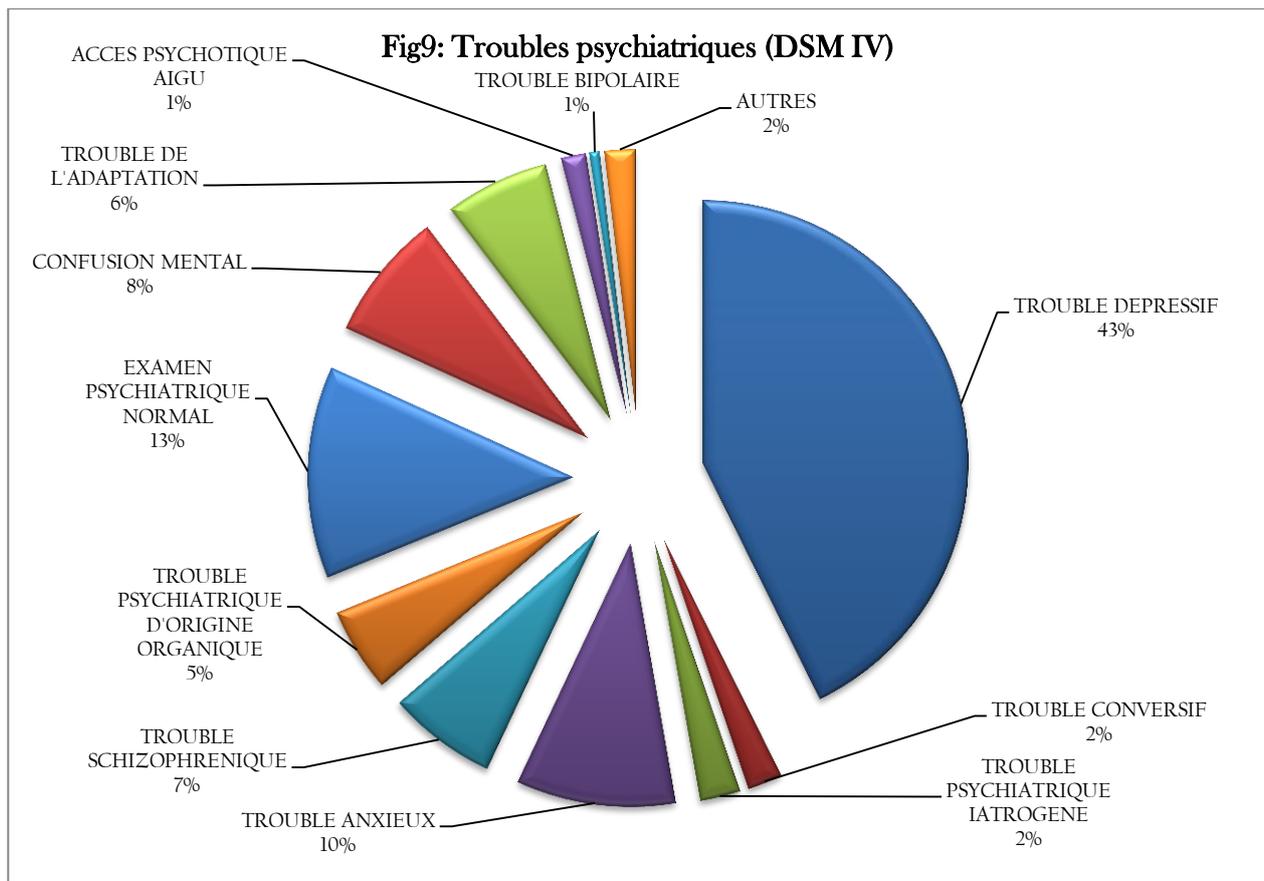
Les motifs les plus fréquents de demande d'avis psychiatrique étaient représentés essentiellement par les symptômes dépressifs dans 17,6% des cas, l'évaluation d'une tentative de suicide dans 16,4%, L'agitation psychomotrice (16,1%), et la suspicion d'une étiologie psychiatrique dans 10% des cas. Tableau n°I.

Tableau I : Les motifs de demande d'avis psychiatrique

Motifs de l'avis psychiatrique	Nombre(%)	Exemples
Symptômes dépressifs	58 (17,6%)	Tristesse de l'humeur, repli, ralentissement psychomoteur...
Evaluation d'une tentative de suicide (TS)	54(16,4 %)	Intoxications médicamenteuse, ingestion de caustique, précipitation, ...
Agitation psychomotrice	53(16,1%)	
Suspicion d'une étiologie psychiatrique	33(10%)	Céphalée chronique, vomissement chronique, urticaire, épigastralgie,...
Troubles de comportement	28(8,5%)	
Anxiété	23(7%)	
Bilan pré-thérapeutique	20(6%)	Bilan pré-corticothérapie Bilan pré-greffe du rein
Insomnie	14(4,2%)	
Refus de soins	13(3,9%)	
Symptômes confusionnels	8(2,4%)	
Autres	23(7%)	Plaintes somatiques, évaluation d'un patient déjà suivi pour pathologie psychiatrique, évacuation d'un SDF...

Les diagnostics les plus fréquemment portés étaient : un trouble dépressif dans 42,7% des cas , un trouble anxieux dans 9,7% des cas (Trouble panique avec ou sans agoraphobie, Trouble obsessionnel compulsif, état de stress post traumatique ...), une confusion mentale dans 8% des cas, un trouble schizophrénique dans 6,7% des cas , un trouble de l'adaptation dans 6,4% des cas et un trouble psychiatrique d'origine organique dans 5,2% des cas.

A noter aussi que l'examen psychiatrique a été sans particularités dans 13% des cas. (**Fig9**)



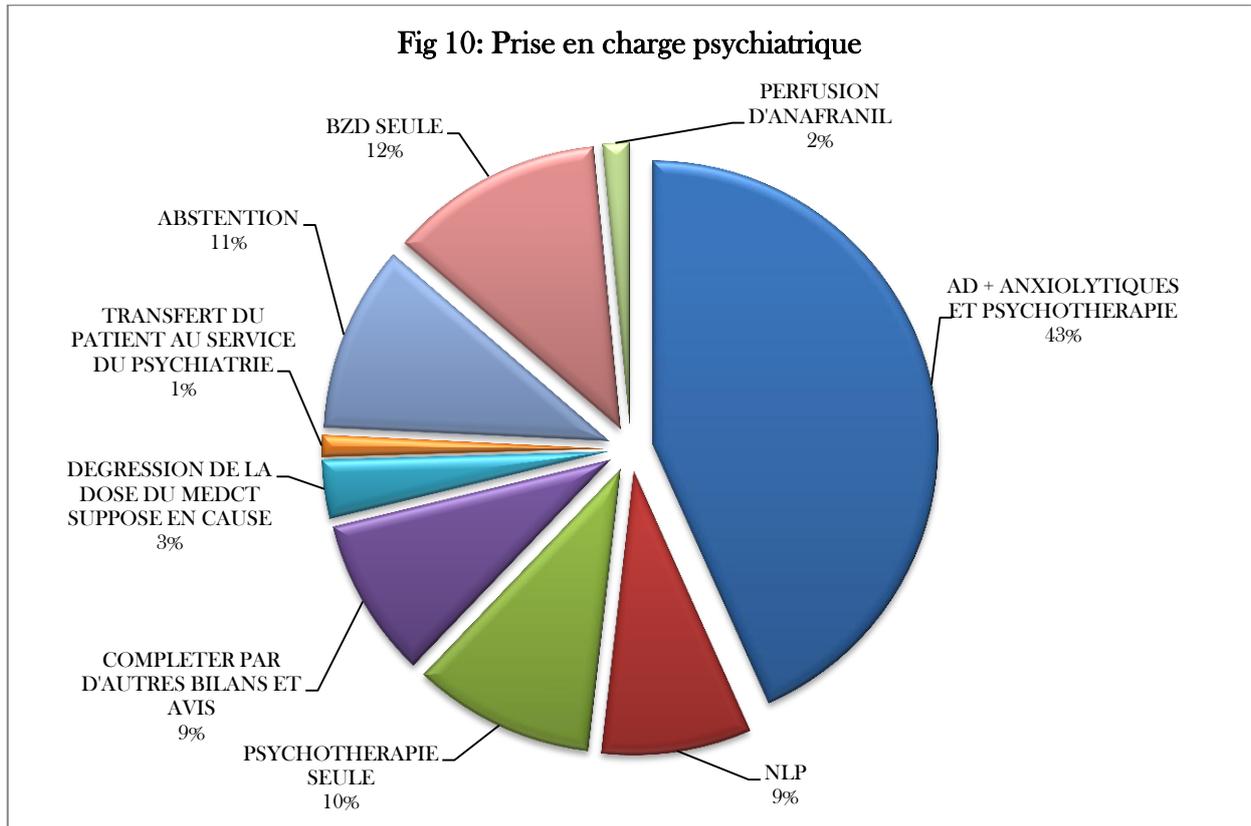
En cas de trouble psychiatrique d'origine organique, la symptomatologie psychiatrique était en rapport avec des pathologies organiques à expression psychiatrique, ces affections organiques étaient d'ordre tumoral (adénome hypophysaire), endocrinien (hyperthyroïdie), infectieux (encéphalite herpétique), Neuro-vasculaire (vascularite lupique), et parfois hydro électrolytique.

Les symptômes dépressifs étaient secondaires à un trouble dépressif dans 70% des cas et dans un cadre de trouble de l'adaptation dans 10 % des cas. Les tentatives de suicide étaient dans un cadre dépressif dans 53,7% des cas, et dans un cadre schizophrénique dans 16,7% des cas. L'agitation était dans un cadre dépressif dans 30% des cas et d'origine confusionnelle dans 22,6% des cas. Le refus de soins était essentiellement de nature dépressive dans 38,5% des cas et dans un cadre anxieux dans 15,4 % des cas. (**Tableau N°II**)

Tableau II : Les diagnostics psychiatriques en fonction des motifs de demande d'avis

Motifs d'avis psychiatrique	Troubles psychiatriques (DSM IV)
Symptômes dépressifs (18%)	Trouble dépressif (70%) Trouble de l'adaptation (10%) Examen psychiatrique normal (10%) Trouble anxieux (5%) Confusion mentale (3%) Cause organique (1,7%)
Tentatives de suicide (16,4%)	Trouble dépressif (53,7%) Trouble schizophrénique (16,7%) Accès psychotique aigu (7,4%) Trouble anxieux (7,4%)
Agitation (16,1%)	Trouble dépressif (30,2%) Confusion mentale (22,6%) Trouble schizophrénique (9,4%) Trouble psychiatrique iatrogène (7,5%)
Trouble de comportement (9%)	Trouble dépressif (24%) Cause organique (20%) Trouble schizophrénique (10%)
Refus de soins (4%)	Trouble dépressif (38,5%) Trouble anxieux (15,4%) Trouble schizophrénique (15,4%) Examen psychiatrique normal (15,4%) Trouble de l'adaptation (7,7%) Cause organique (7,7%)

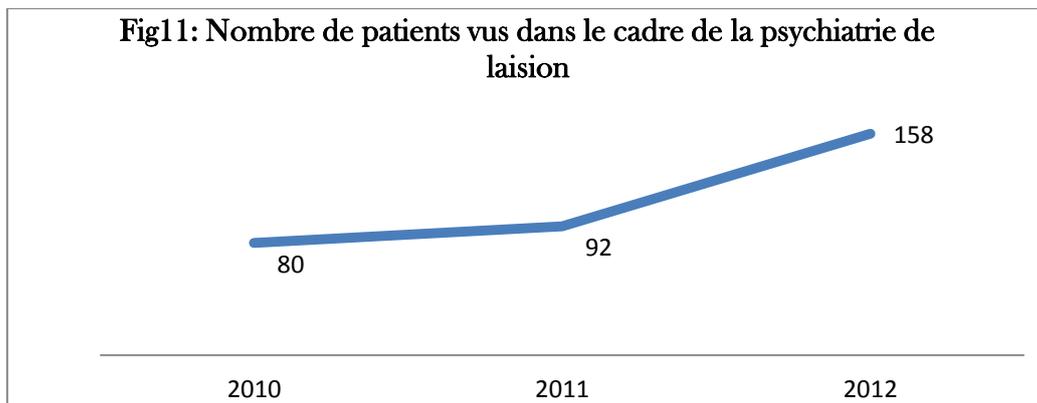
La prise en charge psychiatrique était basée essentiellement sur un traitement pharmacologique à type d'association des antidépresseurs et des anxiolytiques dans 43 % des cas, des benzodiazépines seules dans 12% des cas, une psychothérapie seule dans 10% des cas. Notre prise en charge avait consisté également à compléter par un autre avis spécialisé notamment neurologique dans 9%, diminuer la dose du médicament en cause en cas de trouble psychiatrique iatrogène dans 3% des cas, et enfin le transfert pour hospitalisation dans le service de psychiatrie dans 1% des cas. (Fig10)



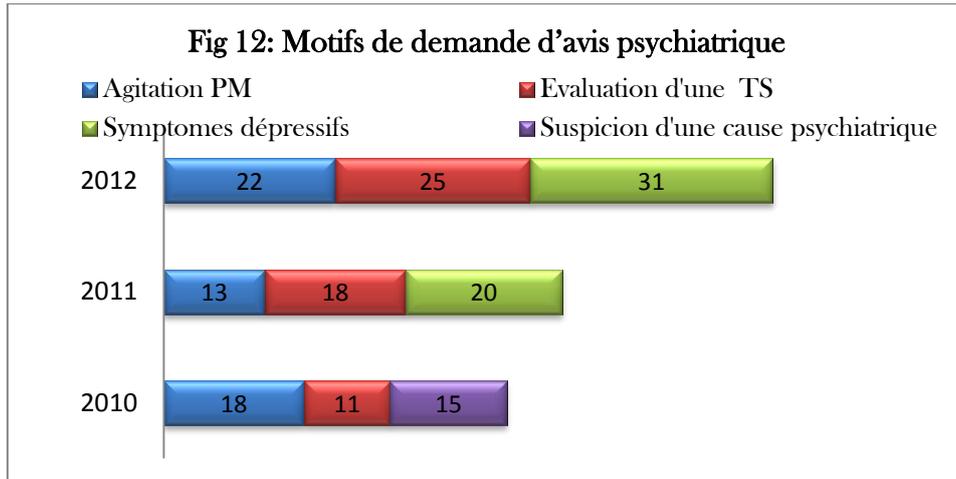
Au terme de cette prise en charge, l'évolution était favorable chez 71% des patients, alors que 28% des patients ont été perdu de vue, et on avait enregistré 4 décès soit 1,7% des patients au cours de cette étude.

B-Comparaison des résultats de l'étude entre 2010; 2011 et 2012 :

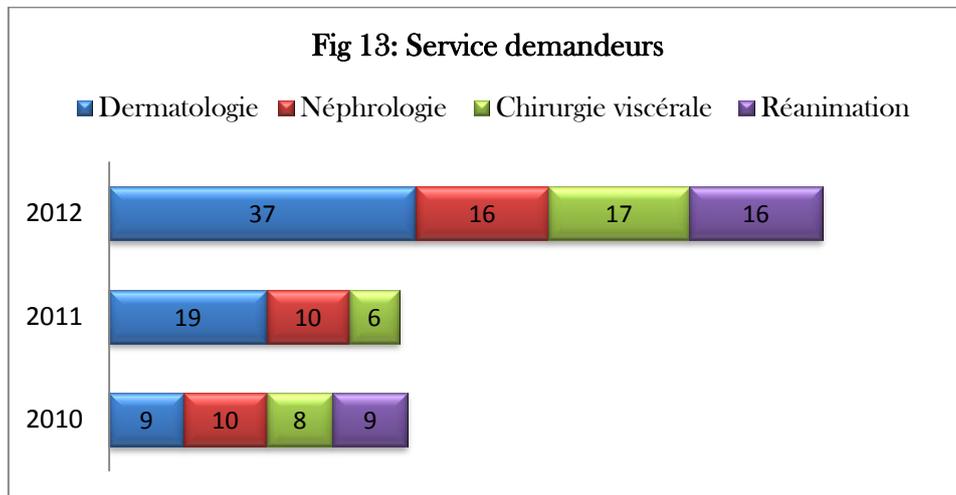
1-Nombre de patients vus en psychiatrie de liaison :



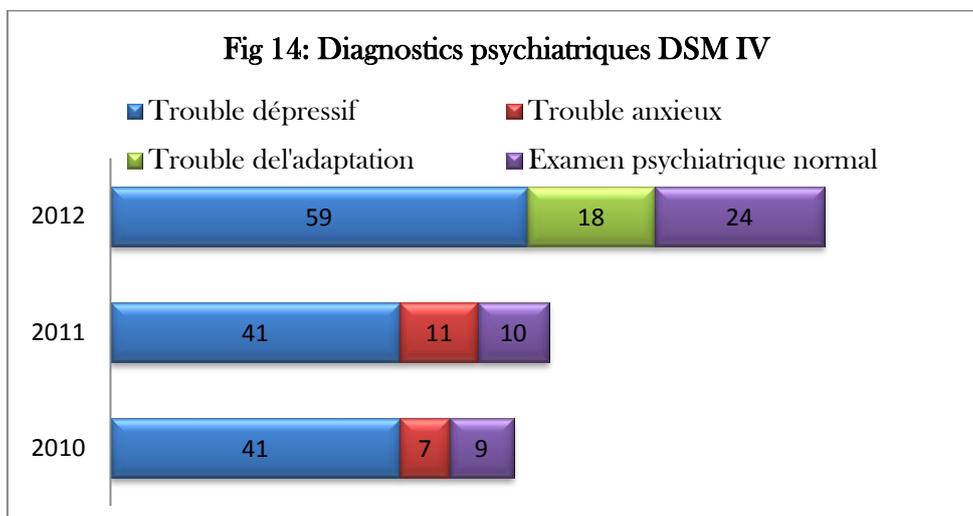
2-Motifs de demande d’avis psychiatrique :



3-Service demandeurs :



4-Diagnostics psychiatriques :



5-Tableau comparatif :

Nombre de patients	Motifs de demandes d'avis psychiatrique	Services demandeurs	Diagnostics psychiatriques (DSM IV)	Prise en charge psychiatrique	
2010	80	1- Agitation PM: 18(22,5%) 2-Suspicion d'une affection psychiatrique: 15(18,8%) 3-Evaluation d'une TS: 11(13,8%)	1- Néphrologie : 10(12,5%) 2-Dermatologie =Réanimation : 9(11,3%) 3- Chirurgie viscérale: 8(10%)	1-Trouble dépressif:41(51,3%) 2- Examen psychiatrique normal : 9(11,3%) 3-Trouble anxieux: 7(8,8%)	1-Antidépresseurs et anxiolytiques : 42 (52,5%) 2- Psychothérapie de soutien : 11 (13,8%) 3-Compléter par d'autres avis et bilans : 7 (8,8%)
2011	92	1- Symptômes dépressifs : 20(21,7%) 2-Evaluation d'une TS: 18(19,6%) 3-Agitation PM: 13 (14,1%)	1-Dermatologie : 19(20,7%) 2-Néphrologie : 10(10,9%) 3- chirurgie viscérale=Gastro : 6(6,5%)	1-Trouble dépressif:41(44,6%) 2-Trouble anxieux:11(12%) 3-Examen psychiatrique normal : 10 (10,9%)	1-Antidépresseurs et anxiolytiques : 42(45,7%) 2- Anxiolytiques : 14 (15,2%) 3- Neuroleptiques: 10 (10,9%)
2012	158	1-Symptômes dépressifs : 31(19,9%) 2-Evaluation d'une TS: 25(16,0%) 3-Agitation PM: 22(14,1%)	1-Dermatologie: 37(23,4%) 2-Chirurgie viscérale : 17(10,8%) 3-Néphrologie = réanimation= Médecine interne: 16(10,1%)	1-Trouble dépressif:59(37,6%) 2-Examen psychiatrique normal : 24 (15,3%) 3- Trouble de l'adaptation : 18 (11,5%)	1-Antidépresseurs et anxiolytiques : 59 (37,6%) 2-Abstention thérapeutique : 24 (15,3%) 3-Perfusion d'Anafranil:18 (11,5%)

6-Commentaire des résultats de comparaison de l'activité de psychiatrie de liaison entre 2010, 2011 et 2012

A partir des résultats de comparaison, on a noté une nette augmentation des demandes d'avis psychiatriques à travers les 3 ans d'étude: 80 demandes en 2010 par rapport à 158 en 2012.

La constatation des symptômes dépressifs par les médecins somaticiens avait représenté le premier motif de demande d'avis en 2011 et en 2012.

Les trois principaux motifs de demande d'avis psychiatrique en 2010, 2011 et 2012 étaient : les symptômes dépressifs, l'évaluation des conduites suicidaires, et l'agitation psychomotrice.

Les trois principaux services demandeurs d'avis psychiatrique en 2010, 2011 et 2012 étaient : la dermatologie, la néphrologie et la chirurgie viscérale. la dermatologie était le premier service demandeur en 2011 et en 2012.

Les deux principaux diagnostics psychiatriques portés en 2010, 2011 et 2012 étaient : les troubles dépressifs et les troubles anxieux. La dépression est toujours le premier diagnostic porté ce qui justifie que la principale conduite thérapeutique avait consisté en l'association d'un antidépresseur avec un anxiolytique.

Discussion :

Ce travail a mis l'accent sur les différents aspects de la pratique de la psychiatrie de liaison au sein du centre hospitalier universitaire (CHU) Hassan II - à Fès. Cette activité s'adresse autant aux patients hospitalisés ou suivis dans les différents services médico-chirurgicaux, qu'à leur entourage et aux soignants. Le psychiatre de liaison, quant à lui, doit rendre un double service: au service qui lui fait la demande et au patient qui souffre d'un trouble psychiatrique(84). Il est en premier lieu confronté à des pathologies psychiatriques habituelles, mais il doit également gérer des situations moins fréquentes, comme les douleurs rebelles, l'inconfort des hospitalisations longues, l'acceptation d'un handicap récent, ou encore les difficultés liées à l'altération de l'image du corps (pathologies affichantes, chirurgies mutilantes, pertes ou prises de poids majeures...) (86). Dans certains cas, il est sollicité pour chercher une solution aux difficultés de l'équipe médicale et aux prises avec des comportements déstabilisants (87).

Dans notre étude, 330 patients ont été examinés dans le cadre de l'activité de psychiatrie de liaison, ce qui représente environ un taux de 0,40% de l'ensemble des patients hospitalisés au

CHU Hassan II de Fès au cours de la période d'étude. Ce résultat est comparable à celui retrouvé par une étude tunisienne objectivant un taux de 0,46%(3).

Le service de dermatologie est le service le plus demandeur d'avis psychiatrique au cours de la période du travail (19,7%), ceci pourrait être expliqué par la prévalence élevée de pathologies dermatologiques affichantes ou graves avec un retentissement psychologique non négligeable, et aussi l'utilisation fréquente de corticothérapie pouvant être à l'origine de plusieurs troubles psychiatriques iatrogènes. La demande systématique d'un avis psychiatrique pour les patients candidats à la corticothérapie au service de dermatologie vient aussi de la présence dans ce service d'une équipe médicale et paramédicale très sensibilisée vis-à-vis de la souffrance psychologique des patients. Ce résultat diffère à celui retrouvé par une étude similaire qui a montré que le service de réanimation médicale est le plus demandeur d'avis psychiatrique(3).

Les motifs les plus fréquents des demandes d'avis psychiatrique dans notre travail étaient les symptômes dépressifs dans 17,6%, l'évaluation d'une tentative de suicide dans 16,4 % et les états d'agitation dans 16,1%. Ces motifs sont dans la majorité des cas en rapport avec un trouble dépressif catégorisé: 70% en cas de symptômes dépressifs , 54% en cas de tentatives de suicide et 30% pour les états d'agitation .Ce résultat met l'accent sur l'importance du dépistage de la dépression chez les patients hospitalisés dans les différents services médico-chirurgicaux de l'hôpital général, tout en prenant en compte la composante comportementale des troubles dépressifs.

L'association d'une pathologie somatique et d'un trouble dépressif n'est pas rare. La dépression concerne 25% de la population hospitalisée à l'hôpital général(88), cependant de nombreuses études ont montré qu'elle est souvent sous diagnostiquée chez ces patients (89;90).

Dans notre étude, la dépression est le diagnostic psychiatrique le plus fréquemment porté (43%).Elle est à l'origine d'une aggravation mutuelle des deux pathologies. Une fois diagnostiquée, il est indispensable d'évaluer le risque suicidaire qui n'est pas uniquement lié à l'existence d'une dépression, mais plutôt au sentiment de désespoir (fréquent chez les patients atteints d'une maladie somatique grave) (88). Sa prise en charge adaptée, permet d'améliorer la qualité de vie des patients, réduire la durée de séjour à l'hôpital et de faire adhérer le patient au projet de soins.

En psychiatrie de liaison, le médecin psychiatre peut être sollicité pour évaluer des manifestations psychiatriques secondaires à une affection organique, le plus souvent méconnues par le médecin somaticien .Une telle situation exige du psychiatre de liaison de penser à

l'organicité avant d'envisager une étiologie psychiatrique, surtout en présence d'une symptomatologie confusionnelle, de symptômes psychiatriques atypiques ou survenant chez un sujet âgé. Dans notre étude, 5% des diagnostics portés étaient un trouble psychiatrique d'origine organique pouvant parfois engager le pronostic vital en cas de retard diagnostique.

La pathologie organique a été considérée comme un facteur causal des troubles psychiatriques dans près de 20% des cas. (91)

De même, l'iatrogénicité est une source d'inquiétude de tous les troubles psychiatriques aigus en particulier chez les patients âgés, ainsi que les patients présentant des antécédents psychiatriques. Dans notre étude, les troubles psychiatriques iatrogènes représentent 2% des diagnostics portés, dont la plupart étaient en rapport avec une corticothérapie prolongée. Selon les différentes études, la prévalence des troubles psychiatriques au cours de la corticothérapie systémique varie entre 1,8% à 57%, d'où l'importance d'y penser en priorité dans les soins de psychiatrie de liaison(92).

La prise en charge psychiatrique dans notre étude était basée essentiellement sur un traitement antidépresseur avec un accompagnement psychologique, puisque le diagnostic le plus fréquemment porté était un trouble dépressif dans 43%. Notre modalité de prise en charge psychiatrique était comparable à celle évoquée par des études similaires (93; 94).

L'évolution était favorable chez près de 71% de nos patients, néanmoins, 28% ont été perdus de vue dont certains ont refusé de venir à l'hôpital psychiatrique pour faire le suivi, ou ils ont préféré de faire le suivi en secteur libéral. Cela suppose toujours la réflexion autour de l'implantation d'une structure de soins psychiatrique au sein de notre CHU.

Les Quatre patients (1%) décédés au cours de l'étude étaient très altérés sur le plan somatique. Le décès était en rapport avec la pathologie somatique sous-jacente.

Le **tableau N°III** compare les résultats de notre étude avec celles des études similaires. Selon ces différentes études, le trouble dépressif est la comorbidité psychiatrique la plus fréquente chez les patients à l'hôpital général. Plusieurs études ont rapporté une mortalité accrue lorsque la dépression est comorbide avec certaines affections somatiques telles que le cancer, l'accident vasculaire cérébral, les cardiopathies et le diabète (95).

Tableau III : Comparaison de notre étude avec des études similaires

	Type de l'étude	Durée de l'étude	Nombre de patients	Services d'accueil	Motifs de la demande d'avis psychiatrique	Les diagnostics les plus fréquents
Mechri A. 2003(3)	Prospective	12 mois	100	Réanimation médicale (8.3%)	Evaluation du risque suicidaire (57%) Symptômes dépressifs (25%)	Trouble de l'adaptation (27%) Trouble dépressif (19%)
Wiss M. 2004(55)	Prospective	12 mois	215	-----	-----	Trouble de l'adaptation
Clumeck N. 2007(96)	Prospective	15 mois	485	-----	-----	Troubles de l'humeur (39 %)
Rothenhäusler HB. 2008(97)	Rétrospective	12 mois	1833	Médecine interne (31%)	----	Troubles de l'adaptation (24,5%) Trouble psychotique(18,8 %) Trouble dépressif (14,3%)
Jian-An Su 2010 (98)	Rétrospective	12 mois	315	-----	Symptômes dépressifs (19,4%) Symptômes confusionnels (13,3%) Evaluation d'une conduite suicidaire (13,3%)	Trouble dépressif (33%) Trouble psychotique (13,7%)
Notre étude (2013)	Transversale	36 mois	330	Dermatologie (19,7%) Néphrologie (10,9 %) chirurgie viscérale (9,4%)	Symptômes dépressifs (18%) Evaluation d'une conduite suicidaire (16,4%) Etat d'agitation (16,1%)	Trouble dépressif (43%) Trouble anxieux (10%) Trouble schizophrénique (7%) Trouble de l'adaptation (6%)

Au cours de cette activité, l'équipe de psychiatrie a été confrontée à plusieurs difficultés parmi lesquelles l'éloignement du CHU: le médecin devait faire un trajet de 10 Km pour assurer son activité, la non-coopération et l'absence de collaboration de certains services demandeurs,

l'indisponibilité des familles au cours de l'entretien psychiatrique, ce qui a rendu la prise en charge difficile et la perte de vue de certains patients.

Résumé

La psychiatrie de liaison s'occupe des troubles psychiatriques se manifestant chez les patients des autres disciplines médicales et comporte trois grands types d'activité : clinique, pédagogique et de recherche. Elle concerne les patients hospitalisés à temps plein aux services médicochirurgicaux et les patients admis aux hôpitaux de jour, ainsi que les malades vus en consultations externes et aux urgences. A travers une étude transversale sur 36 mois colligée au sein du centre hospitalier universitaire Hassan II à Fès, nous avons évalué les différentes dimensions de cette discipline qui est encore jeune dans notre pays.

Objectifs : Etudier la prévalence et la nature des troubles psychiatriques rencontrés lors des activités de psychiatrie de liaison, identifier les services les plus demandeurs ainsi que les motifs les plus fréquents.

Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale étalée sur une période de 36 mois allant du janvier 2010 au janvier 2013 et portant sur 330 demandes d'avis psychiatriques provenant des différents services médico-chirurgicaux du CHU de Fès. L'avis psychiatrique est réalisé en se basant sur un entretien psychiatrique. Les données sont recueillies à l'aide d'un hétéro-questionnaire comprenant 24 items remplis par un psychiatre. Après un examen psychiatrique initial, un suivi est proposé au patient au sein de service de psychiatrie lorsqu'un trouble psychiatrique catégorisé a été identifié.

Résultats : Sur une période de 36 mois, 24 services du CHU avaient demandé un avis psychiatrique, les services les plus demandeurs d'avis étaient la dermatologie (19,7%) et la néphrologie (10,9 %). Les motifs les plus fréquents de demande d'avis psychiatrique étaient les symptômes dépressifs (18%) l'agitation psychomotrice et l'évaluation d'une tentative de suicide (16,4% chacun). Les troubles dépressifs (43%) et les troubles anxieux (10%) étaient les diagnostics les plus fréquemment portés. La prise en charge psychiatrique était basée essentiellement sur un traitement pharmacologique dans 43 % des cas et l'évolution était favorable dans 71% des cas.

Conclusion : Notre étude montre une prévalence importante de troubles psychiatriques parmi les patients hospitalisés dans les différents services médicochirurgicaux de notre centre hospitalier

universitaire de Fès, justifiant ainsi la création d'une unité de psychiatrie pour pouvoir mieux répondre aux demandes de soins et de suivi des patients.

Conclusion

La pratique de psychiatrie de liaison s'impose vu que le taux de comorbidité psychiatrique atteint 30% chez les patients souffrant de pathologies somatiques. Cette comorbidité demeure sous diagnostiquée et sous-traitée, ce qui contribue quelque fois à l'aggravation et/ou la chronicisation de l'affection somatique.

Ce présent travail nous a permis d'avoir une idée globale sur la nature et la prévalence accrue des troubles psychiatriques observés chez les patients hospitalisés dans les différents services médico-chirurgicaux de notre CHU, et d'envisager le développement et l'organisation à les soins psychiatriques offerts dans le cadre de la psychiatrie de liaison.

La création d'une unité de psychiatrie de liaison au CHU de Fès est nécessaire pour pouvoir répondre aux nombreuses demandes d'avis psychiatriques émanant des différents services médico-chirurgicaux. Le but est d'évaluer les troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés, assurer une prise en charge globale des patients, améliorer leur qualité de vie, écourter la durée d'hospitalisation, et diminuer le nombre des examens spécialisés ainsi que le coût des soins hospitaliers.

A partir de notre étude, plusieurs axes de recherche peuvent être discutés dans la cadre de la psychiatrie de liaison, tel que : les troubles dépressifs chez les patients atteints de pathologies chroniques, l'évaluation des conduites suicidaires à l'hôpital général, les troubles psychiatriques d'origine organique ou iatrogène, et la nécessité d'uniformiser des protocoles diagnostiques et thérapeutiques bien conduits.

Références bibliographiques

- 1- Zumbrennen R ; Psychiatrie de liaison ; Paris : Masson, 230 p. 1992
- 2- Desombres H, Malvy J, Wiss M. La pédopsychiatrie de liaison. Organisation et missions. Rapport de psychiatrie. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris: Masson; 2004.
- 3- Mechri A. ; Khammouma S. “Description de l'activité de psychiatrie de liaison au Centre Hospitalo-universitaire de Monastir” revue française de psychiatrie et de psychologie 2003, vol. 7, n°68, pp. 29-34
- 4- Consoli SM. Psychiatrie de liaison. In: Senon JL, Sechter D, Richard D, editors. Thérapeutique Psychiatrique. Paris: Hermann; 1995
- 5- Consoli SM. Psychiatrie à l'hôpital général. EMC, Psychiatrie Paris: Elsevier; 1998 37-958-A-10 p.11.
- 6- Lipowski Z J ; Consultation de psychiatrie et médecine psychosomatique à l'hôpital général Revue de Medecine Psychosomatique; 1969 vol 11, n°1-2, p. 31-55
- 7- Guillibert E, Granger B, Tellier G, Breton JJ, Schmitt L ; Psychiatrie de liaison ; rapport d'assistance, Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Montréal, 1989 ; Paris : Masson, 349 p. 1990
- 8- Collas-guitteny.M ; Réflexion sur la place et l'organisation de la psychiatrie de liaison dans deux CHU à partir de l'utilisation d'Intermed, outil d'évaluation biopsychosocial ; Thèse, 2004
- 9- UEMS EuropeanBoard of Psychiatry. Report on the European Board of Psychiatry: Consultation Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine in the European Union.[http:// www.uemspsy psychiatry.org/reports/2009-Oct-CL%20 Psychiatry%20in% 20Europe.pdf](http://www.uemspsy psychiatry.org/reports/2009-Oct-CL%20Psychiatry%20in%20Europe.pdf). 2009
- 10- Gitlin DF, Levenson JL, Lyketsos CG. Psychosomatic medicine: a new psychiatric subspecialty. Acad Psychiatry. 2004; 28(1):4–11.
- 11- American Board of Psychiatry and Neurology. Certification; www.abpn.com/certification/certificates.html.
- 12- Lloyd GG, Mayou RA. Liaison psychiatry or psychological medicine? Br J Psychiatry 2003;183:5–7
- 13- Consoli SM, Lacour M ; Place et spécificité de la psychiatrie au sein de la médecine, Le livre blanc de la fédération française de psychiatrie;2002;6p.
- 14- Bretenoux I, Guillibert E ; Quel avenir pour la psychiatrie de liaison ? Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale ; Janvier 2000, n°34 ; pp 31-34
- 15- Kornfeld DS. Consultation-liaison psychiatry: contributions to medical practice. Am J Psychiatry 2002; 159:1964–72..
- 16- A.-S. Chocard, J. Malka ; « Psychiatrie de liaison : Quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison ? » ; Annales Médico Psychologiques 163 (2005) 691–696.
- 17- Garré JB. Psychiatrie de liaison. Introduction. Ann Psychiatr 1997;12:5–7

- 18- LIPOWKI Z-J; Consultation-liaison psychiatry : an overview ; Am J Psychiatry; 1974; n°131; p623-630
- 19- Zumbrunnen R ; Une passerelle utile entre médecine « somatique » et psychiatrie ; Psychologie médicale, 1994 ; vol 26, n°9, p. 923-926
- 20- Gal B, Moro MR ; Intérêts et limites de la psychiatrie de liaison ; Santé Mentale, 2005 ; n°98, p. 38-43
- 21- Cremades S ; Le psychiatre de liaison : un interprète qui joue sa théorie ; Annales médico psychologiques, 2005 ; vol 163, n°7, p. 604-606
- 22- Roos C. Prise en charge de la souffrance psychique au cours d'une affection somatique. mémoire de spécialisation en psychiatrie, Présenté le 16 octobre 2006 à Nancy.
- 23-Dehen, C. Taieb, E. Myon, L. Dubertret. Symptomatologie dépressive et dermatoses. Annales de Dermatologie et de Vénérologie, Volume 133, Issue 2, February 2006, Pages 125-129L
- 24- Bouguéon K., Misery L. Dépression et psoriasis. Annales de Dermatologie et de Vénérologie, Volume 135, Supplement 4, February 2008, Pages 254-258
- 25-Belhadjali, M. Amri, A. Mecheri, A. Doarika, H. Khorchani, M. Youssef, L. Gaha, J. Zili. Vitiligo et qualité de vie : étude cas-témoins. Annales de Dermatologie et de Vénérologie, Volume 134, Issue 3, Part 1, March 2007, Pages 233-236 H
- 26- Consoli S.G., Chastaing M., Misery L .Psychiatrie et dermatologie. Encyclopédie MédicoChirurgicale de dermatologie 98-874-A-10
- 27- Hardy- Baylé M.C., Hardy P. Enseignement de la psychiatrie, 2003 : 2eme édition : 200-201.
- 28-Etiologies organiques de troubles psychiatriques, http://www.esculape.com/psychiatrie/psychiatre_organique.html
- 29- A. Djibo & A. Lawan Troubles du comportement après prise d'isoniazide. Bull Soc Pathol Exot, 2001, 94, 2, 112-114.
- 30- R. Gourevitch, B. Blanchet, Y. El-Kissi, N. Baup, A-M. Deguillaume, C. Gury, A. Galinowski. Effets secondaires psychiatriques des médicaments non psychotropes. EMC-Psychiatrie 2 (2005) 340-365.
- 31- Vidal 2010. Le Dictionnaire. Paris: éditions du Vidal; 2010.
- 32- Rome HP, Braceland FJ .The psychological response to ACTH, cortisone, hydrocortisone, and related steroid substances. Am J Psychiatry. 1952;108:641-651
- 33-Thomas P. Warrington, MD and J. Michael Bostwick, MD Psychiatric Adverse Effects of Corticosteroids. Mayo Clinic Proceedings October 2006 vol. 81 no. 10 1361-1367
- 34- Barrimi M. Les troubles psychiatriques iatrogènes aux corticoïdes (Etude longitudinale prospective sur 12 mois). Thèse de doctorat en médecine n° : 85-10. Fès : Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, 2010.
- 35- AFSSAPS. Mise au point - Évaluation et prise en charge des troubles psychiatriques chez les patients adultes infectés par le virus de l'hépatite C et traités par (peg) interféron alfa et ribavirine. Mai 2008.

- 36-De Stoppeleire et al. Troubles psychiatriques associés à l'hépatite C et à son traitement par l'interféron alpha : revue de la littérature. *Annales Médico Psychologiques* 164 (2006) 201–206.
- 37- C. Debien et al. Interferon alpha et troubles psychiatriques. *L'encéphale*, 2001 ; XXVII : 308-17.
- 38- Janssen HLA, Brouwer JT, van der Mast RC, Schalm SW. Suicide associated with alfa-interferon therapy for chronic viral hepatitis. *J Hepatol* 1994; 21: 241-43.
- 39-.Fattovich G, Giustina G, Favarato S, Ruol A. A survey of adverse events in 11242 patients with chronic viral hepatitis treated with alfa interferon. *J Hepatol* 1996; 24:38-47.
- 40- Macquart-Moulin G, *et al.* Concomitant chemoradiotherapy for patients with nonmetastatic breast carcinoma : side effects, quality of life, and organization. *Cancer* 1999 ; 85 : 2190-9.
- 41-L. Auroy, François Eisinger, Claire Julian-Reynier. Connaître et prendre en charge les effets secondaires psychologiques des chimiothérapies anticancéreuses. *Bulletin du Cancer* volume 87, n° 6, 463-7, Juin 2000, Synthèses
- 42- S. Vandebossche, P. Fery, D. Razavi. Altérations cognitives et cancer du sein : une revue critique de la littérature. *Bulletin du Cancer*, volume 96, n° 2, février 2009.
- 43- Hawton K, James A. Suicide and deliberate self-harm in young people. *BMJ* 2005; 330:891–894.
- 44- Ho TP, Tay MS. Suicides in general hospitals in Hong Kong: Retrospective study. *Hong Kong Med J* 2004; 10: 319–324
- 45- R. de Beaupaire, Consommation de tabac et pathologies médicales chez les schizophrènes *La Lettre du Psychiatre • Vol. VI - n° 6 - novembre-décembre 2010,*
- 46- Fagiolini A, Frank E, Scott JA, et al (2005) Metabolic syndrome in bipolar disorder: findings from the bipolar disorder center for Pennsylvanians. *Bipolar Disord* 2001 , 7:424–30
- 47- D. Saravane', B. Feve, Y. Franceset al, Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des Patients atteints de pathologie mentale sévère, *l'encéphale* 2009, pages 330-339
- 48- M.-C. Bralet, V. Yon ,G. Loas , C. Noisette, Causes de la mortalité chez les schizophrènes : étude prospective sur 8 ans d'une cohorte de 150 schizophrènes chroniques, *L'Encéphale*, 2000 ; XXVI : 32-41
- 49- Reilly JG, Ayis SA, Ferrier IN, et al. QTc interval abnormalities and psychotropic drug therapy in psychiatric patients. *Lancet* 2000;355:1048–52.
- 50- Holland J. Psychosocial distress in the patient with cancer: standards of care and treatment guidelines. *Oncology* 2000;15:19–24.
- 51- Relise B, Pukrep R. Effects of psychosocial interventions ou quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies patient education counseling. 2003 Juin ; 50 (2) 170-186.
- 52- Abgrall-barbry G .Actualité en psycho-oncologie. *L'Encéphale* (2008) Hors-série 3, S41 S44
- 53- Hem E.,Loge J., Haldorsen T., Ekeberg O., « Suicide risk in patients from 1960 to1999 », *Journal of Clinical Oncology*, 2004, Vol. 22 (20), 4209-16.

- 54- O'Mahony S et al., *J Pain Symptom Manage*. 2005 May ; 29 (5) : 446-57
- 55- M.Wiss , P. Lenoir, J. Malvy. La pédopsychiatrie de consultation–liaison intrahospitalière : étude prospective sur 215 interventions. *Archives de pédiatrie* 2004; 11: 4-12
- 56- Lenoir P, Hameury L, Wiss M. La psychiatrie de consultation–liaison en pédiatrie. *Revue de Méd de Tours* 2000;34:148–58.
- 57- National Collaborating Centre for Mental Health. The NICE guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. Great Britain: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists 2010.
- 58- American Psychiatric Association. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Compendium 2006. American Psychiatric Pub 2006.
- 59- Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Vejjola J, Kivelä S-L, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol* 2002; 55 : 809-17.
- 60- Jörgensen T, Johansson S, Kennerfalk A, Wallander MA, Svärdsudd K. Prescription drug use, diagnoses, and healthcare utilization among the elderly. *Ann Pharmacother* 2001;35: 1004-9.
- 61- Pramyothin P, Khaodhiar L. Metabolic syndrome with the atypical antipsychotics. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2010; 17: 460-6.
- 62- Ebenbichler CF, Laimer M, Eder U, Mangweth B, Weiss E, Hofer A, et al. Olanzapine induces insulin resistance: results from a prospective study. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 : 1436-9.
- 63- Buckley NA, Dawson AH, Whyte IM, O'Connell DL. Relative toxicity of benzodiazepines in overdose. *BMJ* 1995; 310: 219-21.
- 64- Wyszynski AA, Wyszynski B. Manual of Psychiatric Care for the Medically Ill. American Psychiatric Pub 2005.
- 65- Adson DE, Crow SJ, Meller WH, Magraw RM. Potential drug-drug interactions on a tertiary-care hospital consultation-liaison psychiatry service. *Psychosomatics* 1998; 39 : 360-5.
- 66- Armstrong SC, Cozza KL. Consultation- Liaison Psychiatry: Drug-Drug Interactions Update. *Psychosomatics* 2000; 41: 76-7.
- 67- Sandson NB, Armstrong SC, Cozza KL. An overview of psychotropic drug-drug interactions. *Psychosomatics* 2005; 46 : 464- 94.
- 68- Cozza KL, Armstrong SC, Oesterheld JR. Concise guide to the cytochrome P450 system: drug interaction principles for medical practice. American Psychiatric Pub 2001.
- 69- Wenzel-Seifert K, Wittmann M, Haen E. QTc prolongation by psychotropic drugs and the risk of Torsade de Pointes. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108 : 687-93.
- 70- Keller GA, Ponte ML, Di Girolamo G. Other drugs acting on nervous system associated -with QT-interval prolongation. *Curr Drug Saf* 2010; 5 : 105-11.
- 71- Beyenburg S, Schönegger K. Severe bradycardia in a stroke patient caused by a single low dose of escitalopram. *Eur Neurol* 2007; 57 : 50-1.

- 72- Venkatarathnamma PN, Patil AR, Nanjundaiah N. Fatal lithium toxicity with therapeutic levels-a case report. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2011; 49 : 336-8.
- 73- Taylor D, Paton C, Kapur S. *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*. John Wiley & Sons 2012.
- 74- Sedky K, Nazir R, Joshi A, Kaur G, Lippmann S. Which psychotropic medications induce hepatotoxicity? *Gen Hosp Psychiatry* 2012; 34 : 53-61.
- 75- Cohen LM, Tessier EG, Germain MJ, Levy NB. Update on psychotropic medication use in renal disease. *Psychosomatics* 2004; 45 : 34-48.
- 76- Scher CS, Anwar M. The self-reporting of psychiatric medications in patients scheduled for elective surgery. *J Clin Anesth* 1999; 11: 619-21.
- 77- Loke YK, Trivedi AN, Singh S. Metaanalysis: gastrointestinal bleeding due to interaction between selective serotonin uptake inhibitors and non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 27 : 31-40.
- 78- Andrade C, Sandarsh S, Chethan KB, Nagesh KS. Serotonin reuptake inhibitor antidepressants and abnormal bleeding: a review for clinicians and a reconsideration of mechanisms. *J Clin Psychiatry* 2010; 71 :1565-75.
- 79- MacHale S. Managing depression in physical illness. *APT* 2002; 8 : 297-305.
- 80- Levenson JL. *Essentials of Psychosomatic Medicine*. American Psychiatric Pub 2007.
- 81- Buffett-Jerrott SE, Stewart SH. Cognitive and sedative effects of benzodiazepine use. *Curr Pharm Des* 2002; 8 : 45-58.
- 82- Pariente A, Dartigues J-F, Benichou J, Letenneur L, Moore N, Fourrier-Réglat A. Benzodiazepines and injurious falls in community dwelling elders. *Drugs Aging* 2008; 25 : 61-70.
- 83- Oyesanmi O, Kunkel EJ, Monti DA, Field HL. Hematologic side effects of psychotropics. *Psychosomatics* 1999; 40 : 414-21.
- 84- C. Spadone .Psychiatrie de liaison : quelle psychiatrie pour quelles liaisons ? *Annales Médico-Psychologiques* 2010 ,168 : 205–209
- 85- Marra D, Allilaire JF, Piette JC. Les unités médico-psychiatriques : un concept à développer. *Rev Med Interne* 2003;24:279–81
- 86- Consoli SM. Aider à faire face, aider à penser : exigences et défi pour la psychologie médicale. *Rev Fr Psychiatr Psychol Med* 1997;5:11–6
- 87- Cottencin O, Versaevel C, Goudemand M. En faveur d'une vision systémique de la psychiatrie de liaison. *Encéphale* 2006;32:305–14.
- 88- Cottencin O. Dépressions sévères : comorbidités somatiques. *L'Encéphale* 2009; 35 : S272-8.
- 89- Liu CY, Chen CY, Cheng AT. Mental illness in a general hospital's family medicine clinic in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004;58:544-50.
- 90- Dilts SL Jr, Mann N, Dilts JG. Accuracy of referring psychiatric diagnosis on a consultation-liaison service. *Psychosomatics* 2003; 44:407-11.

- 91- Casey DE. Metabolic issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders. *Am J Med* 2005; 118:15S–22S.
- 92- Popescu FD, Udristoiu I, Popescu F et al. Management of psychiatric adverse effects induced by systemic glucocorticosteroids. *ROM J Psychopharmacol* 2008; 8: 126-139.
- 93- Grant JE, Meller W, Urevig B. Changes in psychiatric consultations over ten years. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23:261-5.
- 94- Rothenhausler HB, Ehentraut S, Kapfhammer HP. Changes in patterns of psychiatric referral in a German general hospital: results of a comparison of two 1-year surveys 8 years apart. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23:205-14
- 95-Shimoda H, Kawakami N, Tsuchiya M. Epidemiology of psychiatric disorders among medically ill patients. *Nihon Rinsho*. 2012; 70(1):7-13
- 96- N Clumeck, C Kempnaers, D Pardoën. Les patients évalués en psychiatrie de liaison dans un centre hospitalier universitaire : Qui ? Combien ? Pourquoi ?. *Acta psychiatrica Belgica* 2007; 107 (2): 9-15
- 97-Rothenhäusler HB, Stepan A, Kreiner B et al . Patterns of psychiatric consultation in an Austrian tertiary care center - results of a systematic analysis of 3,307 referrals over 2 years. *Psychiatr Danub*. 2008; 20(3): 301-9.
- 98- JA Su, SY Chou, CJ Chang et al. Changes in Consultation-liaison Psychiatry in the First Five Years of Operation of A Newly-opened Hospital. *Chang Gung Med J* 2010 ; 33 : 292-299.

Annexes

Annexes n° 1 : Annonce des avis psychiatriques affichée dans les services du CHU - Fès.

Pour les malades **hospitalisés** nécessitant un avis psychiatrique, un médecin résident en psychiatrie sera disponible chaque mardi à partir du 09h00 au sein du CHU au centre diagnostic bureau n° : **20**

Pour tout avis psychiatrique contacter ce N° :

06.10.15.14.95

Annexe 2°: fiche d'exploitation de l'étude

Fiche d'exploitation

Activité du service de psychiatrie au sein du CHU Hassan II Fès du janvier 2010 au janvier 2011

La date de l'avis:.....

Service demandeur:..... **Médecin :**

Nom du patient:..... **Prénom:**.....

Age: **Sexe:**.....

Numéro du dossier:..... **Profession :**.....

Niveau d'instruction:... ..BASMOYEN :.....ELEVE :.....

ATCD M-CH : OUI :.....NON :.....

TYPE :.....

ATCD psychiatriques : OUI :.....NON :.....

TYPE :.....

ATCD toxiques : OUI:..... NON :.....

TYPE :.....

Pathologie organique :.....

Examen complémentaires :

Biologiques :.....

Radiologiques :.....

Médicament(s) reçu par le patient :.....

Motif de l'avis psychiatrique :.....

Pathologie psychiatrique :.....

Prise en charge psychiatrique :.....

Évolution : A 1 mois :.....

A trois mois :.....

A six mois :.....