



HAL
open science

Les enjeux de la psychiatrie de liaison : étude au CHU de Nancy sur les attentes des services somatiques

Timothé Royer

► **To cite this version:**

Timothé Royer. Les enjeux de la psychiatrie de liaison : étude au CHU de Nancy sur les attentes des services somatiques. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01733942

HAL Id: hal-01733942

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733942>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de
Médecine Spécialisée

Par

Timothé ROYER

Le 30 avril 2015

**LES ENJEUX DE LA PSYCHIATRIE DE LIAISON : ÉTUDE AU CHU DE NANCY SUR
LES ATTENTES DES SERVICES SOMATIQUES**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Raymund SCHWAN } Président

M. le Professeur Frédéric MARCHAL
M. le Professeur Bernard KABUTH
Mme le Docteur Catherine PICHENE
M. le Docteur Jérôme LEROND } Juges

THÈSE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de
Médecine Spécialisée

Par

Timothé ROYER

Le 30 avril 2015

**LES ENJEUX DE LA PSYCHIATRIE DE LIAISON : ÉTUDE AU CHU DE NANCY SUR
LES ATTENTES DES SERVICES SOMATIQUES**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Raymund SCHWAN } Président

M. le Professeur Frédéric MARCHAL }
M. le Professeur Bernard KABUTH }
Mme le Docteur Catherine PICHENE } Juges
M. le Docteur Jérôme LEROND }



Président de l'Université de Lorraine
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUJEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN
Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLERE
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT
Professeur Jacques POUREL - Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAU – Professeure Céline PULCINI

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (pharmacien)

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA (*stagiaire*)

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique))

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences*)

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN –

Docteure Nelly AGRINIER (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique))

Docteur Aurore PERROT (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX (*stagiaire*)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN

Professeur de Psychiatrie d'Adulte, Chef de pôle du Grand Nancy

Pour vous remercier de nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Pour vous remercier de la possibilité de présenter ce travail de thèse.

Pour vous remercier de votre professionnalisme et de vos conseils avisés.

Pour vous remercier de vos enseignements et de vos capacités professionnelles nous accompagnant dans notre cursus de psychiatrie.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Professeur de Pédopsychiatrie ;
Chef de service du service de Pédopsychiatrie à l'Hôpital d'enfants du CHU de Nancy.

Pour vous remercier de nous faire l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Pour vous remercier de vos qualités humaines et professionnelles.

Pour vous remercier de votre enseignement, votre écoute et votre disponibilité.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Frédéric MARCHAL

Professeur de Cancérologie ; Radiothérapie : option Cancérologie

Pour vous remercier de nous faire l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Pour vos capacités de disponibilité, d'ouverture et de collaborations fortes utiles.

À NOTRE JUGE

Madame le Docteur Catherine PICHENE,

Docteur en psychiatrie d'Adultes,

Chef de service de l'Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques et service de psychiatrie de liaison.

Pour vous remercier de nous faire l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Pour vous remercier pour votre soutien pour réalisation de ce travail de thèse et de vos conseils avisés.

À NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Jérôme LEROND,

Docteur en Psychiatrie d'Adulte,
Responsable du département d'hospitalisation du pôle du grand Nancy.

Pour vous remercier de l'honneur d'avoir dirigé ce travail de thèse, de m'avoir aidé, accompagné et soutenu.

Pour vous remercier de vos qualités professionnelles et humaines lors de la dernière partie de mon cursus.

Sincères remerciements

À ceux qui, sans leur aide, la réalisation de ce travail n'aurait été possible :

Aux Professeurs : BOLLAERT, AUDIBERT, AUQUE, VESPIGNANI, GROSDIDIER, MAINARD, JUDLIN, CONROY et Docteurs NACE, VALANCE : pour leurs autorisations de diffusion du questionnaire dans leurs services respectifs.

Aux secrétaires des services : d'Accueil des Urgences, de Réanimation médicale, de Réanimation chirurgicale, de Neurochirurgie, de Neurologie, de Chirurgie générale, d'Orthopédie et de traumatologie, de l'Institut de Cancérologie de Lorraine, de Gynécologie et d'Obstétrique : pour leur aide dans la diffusion du questionnaire dans leurs services respectifs.

Aux Docteurs MONTEAUX, PICHENE et DUFLOT pour l'apport de leur expérience de terrain en psychiatrie de liaison.

A tous les professionnels de la santé mentale que j'ai eu la joie de rencontrer :

-À tous les médecins que j'ai pu rencontrer au cours de mon cursus d'Interne : Dr MORDASINI, Dr PRINCET, Pr KAHN, Dr TAILLEMITE, Dr PAPUC, Dr ROLLIN, Dr LOUVIOT, Dr MICHEL.....et à tous les autres.

-Aux équipes d'infirmiers, de psychologues, d'ergothérapeutes, d'éducateurs, d'assistants-sociaux et de secrétaires de tous les hôpitaux que j'ai pu rencontrer : Des centres hospitaliers spécialisés de RAVENEL, FAINS-VEEL, JURY-LES-METZ, LAXOU. Du Centre-Hospitalier-Universitaire de Nancy.

Pour finir

À mes Co-internes qui m'ont accompagné au fil des années : Younes, Thibault, Pierre, les Carolines, Anne-Laure, Anna, Baptiste, Nassim, ... et tous les autres.

A mes amis : Julien, Maxime, Vincent, Estelle, Bertrand, Kevin....

À ma mère Françoise pour son soutien sans faille.

À mon père Pascal pour m'avoir ouvert la voie dans la médecine.

À mes deux frères Camille et Narcisse qui m'ont toujours accompagné dans les joies et les moments difficiles.

À leurs compagnes Mathilde et Pauline pour leur courage dans leur soutien et leur entrée dans la famille.

À mon petit neveu Augustin, qui comble ses parents et toute sa famille de sa joie de vivre.

À mes cousins et cousines, mes deux grands-mères, mes deux regrettés Grands-pères et toute ma famille.

A tous ceux que j'ai pu malheureusement oublier.

...Et a tous ceux qui auront la joie de participer à la suite des aventures....

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Préambule

La psychiatrie de liaison peut être considérée comme une sur-spécialité à part entière, mais elle est nécessaire à tout psychiatre notamment lorsque celui-ci vient collaborer avec d'autres confrères de spécialités diverses et variées. Ceci est d'autant plus important que, de nos jours, le patient est souvent amené lors de son parcours de soins à rencontrer plusieurs types de professionnels de santé pour une prise en charge, décrite comme multidisciplinaire.

Au cours de mon parcours professionnel, j'ai étudié et commencé à pratiquer aux côtés de confrères d'autres spécialités. Il m'a semblé important, voire primordial de pouvoir répondre aux interrogations de ces collègues lorsqu'ils sollicitaient notre spécialité pour avis ou pour définir une prise en charge associée. Le lien entre la psychiatrie et les autres spécialités médicales ou même chirurgicales prend donc tout son sens pour le soin et le devenir du patient. Cette transition ne peut se faire de façon satisfaisante que si ce lien intra-professionnel est important et de qualité.

Mon raisonnement personnel m'a conduit à vouloir explorer ce lien pour mieux le comprendre et le renforcer.

La Psychiatrie peut sembler parfois difficile à appréhender pour certains confrères, d'autant plus si, ils n'y ont plus eu recours depuis longtemps, non par choix, mais par manque de patients s'y prêtant. Ceci n'est guère une spécificité de la psychiatrie mais est bien commun à chaque pratique, fonctionnant sur le mode de l'expression anglo-saxonne bien connue « use it or lose it ». Ainsi, la non pratique fait le lit de l'oubli et, inversement l'intéressement permet la connaissance puis, plus tard, l'expérience.

Ces éléments m'on amené à réfléchir sur ma propre pratique, qui ne doit plus rester comme elle fut trop longtemps considérée comme « obscure » ou même « étrangère » à la médecine mais intégrée dans le corpus médical qui est de plus en plus constitué d'un réseau de spécialités médicales, subdivisées en sur-spécialités.

Tout cela m'a amené à me poser question sur l'état actuel de la psychiatrie de liaison par le biais de ces enjeux présents dans un premier temps, puis, fort de ces données, de me demander quelles peuvent être les pistes à venir pour le futur de cette pratique.

Afin de réaliser ce travail, il me fallut trouver des outils appropriés afin de pouvoir recueillir des données nouvelles susceptibles d'être exploitées. En admettant que l'obtention de ces données sollicite mes collègues et que les résultats permettent une interprétation scientifique, naturellement s'est imposée la réalisation d'un auto-questionnaire, ciblé, aisé à utiliser et adapté aux non professionnels de la psychiatrie.

Cet outil n'existant pas, l'enjeu de ce travail a été de pouvoir créer un auto-questionnaire simple, rapide et d'interprétation aisée, tout en se basant sur des critères médicaux, simples et universels à toutes les spécialités médicales.

Table des matières

Chapitre 1 : Introduction et définitions.....	22
Chapitre 2 : Rappel historique.....	26
2.1 Les origines.....	27
2.2 La distinction progressive de la psychiatrie classique.....	29
2.3 Etat actuel.....	31
Chapitre 3 : Etat des lieux de la psychiatrie de liaison et rationnel de l'étude.....	33
3.1 Etat des lieux de la psychiatrie de liaison.....	34
3.1.1 Généralités.....	34
3.1.2 Spécificités propres à la psychiatrie hospitalière.....	37
3.1.3 Intérêts et développements de la psychiatrie de liaison.....	41
3.2 Démarches menant à l'élaboration de cette étude.....	44
3.3 Définition du champ de recherche.....	47
3.4 Objectifs de l'étude.....	48
Chapitre 4 : Méthodologie	49
4.1 Elaboration du questionnaire	50
4.2 Outils utilisés.....	51
4.3 Spécificités du CHU de Nancy et population ciblée.....	51
4.3.1 Les Spécificités de la psychiatrie de liaison sur le CHU de Nancy.....	51
4.3.2 Services et Population ciblée.....	53
4.4 Détails du questionnaire.....	56
4.4.1 Questions portant sur l'expérience du praticien.....	56

4.4.2 Questions à échelle d'évaluation.....	58
4.4.3 Question libre.....	81
Chapitre 5 : Résultats.....	82
5.1 Résultats principaux.....	83
5.1.1. Questions portant sur l'expérience du praticien.....	83
5.1.2 Questions à échelle d'évaluation.....	86
5.1.3 Questions à échelle d'évaluation après regroupement à trois modalités.....	89
5.2 Résultats selon les caractéristiques des médecins.....	94
5.2.1 Résultats selon la spécialité des médecins.....	94
5.2.2 Résultats selon le statut médical (Annexe 2).....	94
5.2.3 Résultats selon la réponse à la question 4 (Annexe 3).....	95
5.3 Question 26 : Avez-vous actuellement d'autres attentes à propos de la psychiatrie de liaison.....	95
Chapitre 6 : Discussion.....	97
6.1 Les biais.....	99
6.1.1 Biais de sélection.....	99
6.1.2 Biais propre à l'auto-questionnaire.....	100
6.1.3 Biais de confusion.....	101
6.2 Interprétations des résultats.....	101
Chapitre 7 : Conclusion.....	107
Chapitre 8 : Bibliographie.....	110
Chapitre 9 : Annexes.....	117

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION ET DÉFINITIONS

Comme chaque spécialité, la psychiatrie est amenée à évoluer. Cette évolution tend vers une division progressive de ses domaines, comme par exemple, la gérontopsychiatrie, la psychiatrie légale ou encore l'addictologie. La psychiatrie de liaison fait partie de l'une de ses branches les plus récentes.

La psychiatrie de liaison recouvre les pratiques cliniques et institutionnelles, exercées à l'hôpital général dans les services de soins non psychiatriques(1). Elle a pour principal but de permettre aux médecins somaticiens d'avoir un accès rapide et spécialisé concernant les problématiques psychologiques et psychiatriques rencontrés chez leurs patients dans leurs services.

Cependant, la psychiatrie de liaison ne doit pas se substituer aux médecins somaticiens dans leur relation médecin-patient, même si celle-ci peut être impactée par l'évolution technique des spécialités médicales somatiques. Cette nouvelle branche de la psychiatrie est de plus en plus confrontée aux évolutions de la médecine technique (génétique, néonatalogie, transplantation d'organes, réanimation, gestion des fins de vie...) ce qui entraîne un questionnement d'éthique médicale.

C'est dans ce cadre, que notre travail de thèse a eu pour but d'évaluer les enjeux de la psychiatrie de liaison. Elle s'est intéressée plus précisément aux attentes des médecins non psychiatres qui ont sollicité les psychiatres de liaison. Cette évaluation a été faite à l'aide d'un auto-questionnaire qui leur a été remis.

Le plan de notre travail commencera par un bref rappel historique qui permettra de faire le point sur l'origine et le développement de cette pratique. Ensuite, nous ferons un état des lieux actuels de la psychiatrie de liaison. Enfin, après la description du rationnel de notre étude, la réalisation de l'auto-questionnaire à l'aide d'une recherche bibliographique sera présentée. La passation des différentes échelles d'évaluation aux médecins sollicités sera discutée ainsi que les résultats. Nous concluons sur les perspectives actuelles et à venir de cette spécialité au sens large du terme, tout comme sur l'aspect locorégional de notre étude.

DEFINITIONS :

Il est difficile de donner une définition précise de la psychiatrie de liaison. Plusieurs définitions existent, qui sont toujours source de débats, puisqu'elles font appel aux représentations de chacun.

La Psychiatrie de liaison :

Selon R.ZUMBRUNNEN(2), la psychiatrie de liaison est définie comme : « la partie de la psychiatrie qui s'occupe des troubles psychiatriques se manifestant chez les patients des autres disciplines médicales ».

Une deuxième définition (J.Y. HAYEZ 1991(3)) : « Par psychiatrie de liaison, nous entendons le fonctionnement des psychiatres lorsqu'ils se mettent au service de soignants non-psychiatres – ils se lient à eux – pour contribuer à une prise en charge globale des malades confiés d'abord à ces derniers. Cette prise en charge est à la fois directe, au cas par cas, et indirecte, en ce qu'elle contribue à modifier l'état d'esprit de ces soignants à propos de chaque malade concerné et de la modélisation des maladies : ils aident à faire le lien entre les différentes dimensions sociales, psychiques et somatiques des maladies ; ils aident les malades à faire des liaisons, dans leur propre esprit, entre les différentes questions fragmentaires qu'ils se posent, entre des parties éparses de leurs idées et de leurs sentiments, dans la direction d'un sens plus unifié ».

On ne doit pas confondre la psychiatrie de liaison avec le développement depuis maintenant plusieurs décennies de la psychologie médicale. Celle-ci, comme le souligne le Professeur Michel MARIE-CARDINE, Président de la Société de Psychologie Médicale et de Psychiatrie de Liaison, celle-ci ne doit pas être considérée comme une spécialité médicale mais comme une approche de la médecine que devrait adopter tout médecin(4).

La psychologie médicale se définit comme : « L'étude la plus scientifique possible des données psychologiques mises en jeu par la création d'une situation relationnelle liée à la demande de soins médicaux ». P.JEAMMET et al,1980(5).

La psychiatrie de liaison pourra avoir recours aux éléments de médecine psychosomatique pour appréhender les troubles psychologiques chez certains patients somatiques. En effet, la médecine psychosomatique concerne : « l'étude des phénomènes de l'esprit et leur signification dans l'apparition et le développement des maladies affectant le corps» (Von Uexküll)(6).

Par exemple, certaines pathologies somatiques comme l'hypertension artérielle, l'asthme, les ulcères gastriques, peuvent avoir pour origine des facteurs psychologiques ou des traits de personnalité particuliers des malades.

CHAPITRE 2 : RAPPEL HISTORIQUE

2.1 Les origines

La nécessité de la création d'unités de psychiatrie de liaison a été rendue indispensable en raison de l'accueil, dans les hôpitaux généraux, de patients souffrant de troubles psychiques liés, ou surajoutés à leur affection physique (2)(7).

Parallèlement à cette demande, la psychiatrie a étendu ses champs d'intérêts à d'autres domaines que « l'aliénation classique de la fin du XIXème » comme les troubles dits « psychosomatiques »...

La présence de psychiatres à l'hôpital général a donc été souhaitée à la fois par les médecins somaticiens (qui sollicitaient une aide pour le traitement de leurs patients psychiatriques dont ils devaient s'occuper *no lens volens*) mais aussi par certains psychiatres qui ont souhaité développer cette nouvelle approche de la médecine(2).

Au niveau historique, on peut noter l'apparition de la première unité de psychiatrie à l'hôpital général à 1902. MOSHER créa en effet cette unité à l'Albany Hospital à New York et soulignait alors l'intérêt de la présence des psychiatres pour le traitement précoce des malades mentaux, l'évaluation des intrications entre psychiatrie et somatique, mais aussi dans une volonté de formation des internes et des infirmières(8).

En 1929, G.Henry, toujours au Albany Hospital, rédige la première publication sur la consultation de psychiatrie dans un hôpital général, soulignant ainsi l'aide apportée par les psychiatres aux collègues somaticiens pour la connaissance des « maladies émotionnelles »(8). Il énonce déjà deux règles que doit respecter le psychiatre consultant à l'hôpital général pour être compris et entendu :

- D'une part, utiliser un langage dépourvu de jargon psychiatrique
- Et rester flexible dans ses choix thérapeutiques.

Ensuite, la célèbre Fondation Rockefeller, sous l'impulsion de Alan Gregg (directeur de la division médicale), finance entre 1931 et 1941 la création de cinq unités psychiatriques au sein d'hôpitaux généraux universitaires parmi les plus prestigieux du pays (Harvard MGH, University's Barnes Hospital à Washington, Duke en Pennsylvanie et aussi dans l'Illinois)(9).

La cinquième unité, située à Denver, sera appelée « psychiatric liaison department » et confiée à E-G. Billings, qui introduira pour la première fois le terme de « psychiatrie de liaison » dans la littérature en 1939(7)(10).

Les années 50 et 60 verront d'autres pionniers mener une activité de psychiatrie de liaison dans d'importants hôpitaux généraux.

Après un passage au *Massachusetts General Hospital*, Z.-J. Lipowski organisera en 1959 le premier service de consultation-liaison du Canada, au *Royal Victoria Hospital* de Montréal. Il publiera en 1967 et 1968 un article, qui peut être considéré comme le texte fondateur du courant de la psychiatrie de liaison(7) : « review of a consultation psychiatry and psychosomatic medicine ».

Dans cet article, il décrit le développement de la psychiatrie de liaison en trois étapes(9) :

- Les balbutiements (1930) : développement de consultation individualisée du patient, ainsi que des relations d'équipe avec développement de l'enseignement et de la théorisation.
- L'ère de l'organisation (1935-1960) : développement des services de psychiatrie de liaison et de son enseignement universitaire.
- L'ère de la conceptualisation (1960-1975) : établissement de modèles théoriques et création d'une option à l'intérieur de la spécialité de psychiatrie.

C'est après toutes ces étapes, qu'à partir des années 70 que la psychiatrie de liaison s'est développée dans de nombreux pays d'Europe et du reste du monde.

2.2 La distinction progressive de la psychiatrie classique

On peut retrouver deux raisons à cette distinction progressive :

Premièrement, la nécessité d'offrir de meilleurs soins somatiques aux malades psychiques.

Ensuite, l'évolution technique de la médecine moderne et de la chirurgie ont provoqué une surspécialisation des soignants et un accroissement des besoins d'aide psychologique à apporter aux patients(10).

Le développement de la psychiatrie de liaison a été tout naturellement accompagné par la création de la Société de Psychologie Médicale en 1957 à Rennes(10)(11), fondée par des psychiatres et des médecins associés pour l'occasion afin de favoriser le développement d'une médecine davantage centrée sur la personne du malade. Pour ces médecins, il y avait nécessité de réagir au risque redouté d'une déshumanisation liée à l'influence, déjà très importante à l'époque, des applications des sciences fondamentales au domaine médical.

En 1980, la Société de Psychologie Médicale est d'ailleurs devenue la Société de Psychologie Médicale et de Psychiatrie de liaison, montrant en ces termes, l'importance qu'avait pris cette sous-spécialité médicale.

Tout naturellement, des revues spécialisées internationales ont eu pour objectif principal la psychiatrie de liaison. Parmi les plus importantes : « General Hospital Psychiatry », « International Journal of Psychiatry in Medicine », « Journal of Psychosomatic Research », « Psychiatric Medicine », « Psychosomatics ».

Au niveau Francophone, on peut citer la Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale et, la Revue de Médecine Psychosomatique.

En France, on peut noter l'influence prépondérante de l'école lyonnaise (Jean GUYOTAT) qui organisa en 1974, le premier Congrès de Psychiatrie et Psychologie Médicale à Lyon(12). Ce congrès soulevait alors la question d'un fonctionnement commun entre psychiatres et médecins somaticiens.

On peut citer comme témoin de l'importance croissante de la psychiatrie de liaison, le thème du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française qui s'est déroulé en 1989 à Montréal : « La psychiatrie de liaison, le concept et la réalité ». Ce congrès posait pour la première fois les bases d'une réflexion sur la pratique de psychiatrie de liaison(12).

En 1992, le rapport Masse définissait la nécessaire articulation entre les établissements de soins généraux et une psychiatrie ouverte, décentralisée, poursuivant un partenariat avec les autres spécialités médicales : « Les modalités thérapeutiques permises par le formidable développement des techniques médico-chirurgicales, en pleine évolution surtout depuis vingt ans, ne répondent plus en partie à de nouvelles demandes, qui ne réclament pas simplement des actes mais du temps » (12).

Plus récemment, s'est tenu à Berlin en juin 2004 le 7^{ème} meeting annuel de l'European Association of Consultation–Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP), il était consacré aux développements futurs de la psychiatrie de Consultation-Liaison et de psychosomatique(13).

2.3 État actuel

La Psychiatrie de Liaison reste encore un domaine relativement nouveau vis-à-vis des autres spécialités médicales, qui comptent elles-mêmes différentes « sous » ou « sur » spécialisations. Néanmoins, il est important de préciser que la psychiatrie ne s'est séparée de la neurologie qu'en 1968 par l'arrêté du 30 décembre lui donnant, une reconnaissance hospitalo-universitaire. Ceci peut expliquer la relative « jeunesse » de cette pratique.

Toutefois ce nouveau mode d'exercice médical soulève de nombreuses autres questions puisqu'il doit pouvoir s'adapter à la perpétuelle évolution de la médecine, de l'organisation hospitalière et des modes de pratiques de soins. Cette perpétuelle évolution doit ainsi pouvoir s'intriquer de la manière la plus efficace possible aux soins globaux du patient.

La conséquence de ce développement actuel est l'éclatement de la discipline en plusieurs sociétés savantes (Société de Psychologie Médicale et de Psychiatrie de liaison de Langue Française, Société Française de Médecine Psychosomatique, Société Française de Psycho-oncologie, Société Francophone de Dermatologie Psychosomatique, Société Européenne de Dermatologie et Psychiatrie, Société Francophone de Gynécologie Psychosomatique, Douleurs et Psychologie, Réanimation et Psychologie)(10).

Malgré ces nouvelles subdivisions liées aux différentes spécialités médicales auxquelles elles se rattachent, de nombreux points communs subsistent avec la psychiatrie en centre hospitalier spécialisé, comme l'importance d'un travail en équipe et un temps dédié à l'écoute du patient, la disponibilité des autres services hospitaliers restant très variable.

Enfin sur le plan technique, les services de psychiatrie de liaison ont permis la création de lits d'hospitalisation en psychiatrie dans les hôpitaux généraux. En France, ce type de structure reste peu développé mais aux Etats-Unis l'importance de ces structures est telle qu'en 1990, 60% des hospitalisations psychiatriques avaient lieu dans un hôpital général selon J.Talbott, 1994.

La psychiatrie de liaison arrive à maturité, coïncidant avec un contexte de contraintes macroéconomiques majeures(14). Il est par conséquent important que les psychiatres de liaison puissent défendre leur demande de moyens avec une bonne argumentation afin que les établissements hospitaliers puissent répartir de façon rationnelle les ressources humaines dont ils disposent.

En raison de la place dite de « soins primaires », la psychiatrie de liaison se retrouve fortement impliquée dans un double objectif difficile : la déstigmatisation des maladies mentales et la désinstitutionalisation de la psychiatrie. Elle doit donc lutter contre les réticences et les anciennes pratiques des professionnels de santé ou des pratiques institutionnelles.

Pour être la plus efficace possible, elle doit être disponible en première intention et dans des délais les plus brefs, pour faciliter l'orientation et la prise en charge du patient tout en lui assurant les meilleurs soins disponibles.

CHAPITRE 3 : ÉTAT DES LIEUX DE LA PSYCHIATRIE DE LIAISON ET RATIONNEL DE L'ETUDE

3.1 État des lieux de la psychiatrie de liaison

3.1.1 Généralités

Actuellement, on considère qu'une personne sur quatre qui fréquente l'hôpital pour des besoins de santé physique aura un problème de santé mentale(15). Cela n'implique pas forcément l'intervention des équipes de psychiatrie de liaison, tant le champ de la santé mentale est vaste et inclut des pathologies bénignes. Mais, dans les autres situations où les équipes de soins peuvent se sentir en difficulté, l'intervention d'une équipe de psychiatrie de liaison peut être nécessaire.

La psychiatrie de liaison est donc aujourd'hui une pratique s'exerçant sur un terrain relativement vaste et régulièrement renouvelé. Elle s'exerce à l'interface entre les soins médicaux généraux et la psychiatrie ; sa situation est ainsi en équilibre dynamique et permanent entre ces deux entités.

Bien que s'exerçant dans des environnements médicalisés, elle se différencie du modèle biomédical classique en lui opposant celui du modèle « biopsychosocial », terme créé par R. GRINKER puis développé par G. L. ENGEL dès 1951 qui aboutira à sa formulation finale en 1977(16).

Il détaillera sept principes de ce nouveau paradigme médical :

1- Une altération biochimique ne se traduit pas directement en maladie. Le tableau de la maladie provient de l'interaction de plusieurs facteurs désignant une cause, comme les facteurs de niveaux moléculaire, individuel et social. A l'inverse, des altérations psychologiques peuvent se manifester comme des maladies ou des formes de souffrance qui constituent des problèmes de santé avec, parfois, des corrélats biochimiques.

2- La présence d'un trouble biologique ne fournit pas d'éclairage sur la signification du symptôme pour le patient et ne permet pas non plus nécessairement d'inférer les attitudes et les compétences nécessaires au clinicien pour recueillir l'information et la traiter correctement.

3-Les variables psychosociales sont des déterminants plus importants de la prédisposition, de la sévérité et de l'évolution de la maladie que ne le pensaient les défenseurs du point de vue biomédical de la maladie.

4-Adopter un rôle de malade ne renvoie pas nécessairement à la présence d'un trouble biologique.

5-L'efficacité de la plupart des traitements biologiques est influencée par des facteurs psychosociaux, par exemple l'effet dit « placebo ».

6-La relation médecin-malade influence l'issue médicale, même si c'est là seulement que se joue l'adhésion au traitement.

7- Contrairement aux sujets inanimés de l'investigation scientifique, les patients sont profondément influencés par la façon dont ils sont étudiés, et les scientifiques engagés dans la recherche sont influencés par leurs sujets.

Même si le terme de « psychiatrie de liaison » est le plus utilisé en France, il existe aussi le terme « psychiatrie de consultation-liaison », traduction de la dénomination américaine *consultation-liaison psychiatry* qui a l'avantage de souligner la bipolarité fondamentale de toute intervention en psychiatrie de liaison, avec(7) :

-Une activité de consultation : prestations axées sur le patient et qui consiste à donner au confrère demandeur non-psychiatre un avis de spécialiste concernant un patient donné ;

-Une activité de liaison : prestation axée sur l'équipe soignante et qui consiste à former et sensibiliser les soignants de soins généraux aux aspects psychologiques de leur activité.

Dans l'ensemble, trois grands modèles de psychiatrie de liaison ont été décrits : d'une part, un modèle qui met l'accent sur le patient (ou centré sur le patient) ; un autre se concentrant sur le praticien ; et enfin, un troisième se concentrant sur le milieu thérapeutique global, visant à promouvoir la meilleure coopération possible entre les différents organismes de santé à l'hôpital et la communauté des patients amenée à les fréquenter(17).

Cette pratique particulière reste relativement difficile à caractériser pour la psychiatrie en général, car souvent considérée comme une sous-spécialité ou une sur-spécialité en France (18).

Sur le plan international, la place de la psychiatrie de liaison est variable (7) :

-Au Royaume-Uni, le *General Medical Council* considère la psychiatrie de liaison comme une sous-spécialité au sein de la psychiatrie générale(19).

-La Société Suisse de Psychiatrie de Consultation-Liaison (*Swiss Society of Consultation-Liaison Psychiatry*) souhaite que la psychiatrie de liaison soit reconnue comme une sous-spécialité psychiatrique officielle(20).

-Aux Etats-Unis, l'*American Board of Psychiatry and Neurology* recommande dès octobre 2001 que la psychiatrie de liaison, rebaptisée *psychosomatic medicine* obtienne le statut de sous-spécialité psychiatrique(21). Certains auteurs pensent que la psychiatrie de liaison devrait davantage être considérée comme une « surspécialité », en raison de son implication de façon significative dans le champ de plusieurs sous-spécialités psychiatriques définies aux Etats-Unis(22). Actuellement, la psychiatrie de liaison est reconnue par l'*American Board of Psychiatry and Neurology*, sous la dénomination de médecine psychosomatique (*psychosomatic medicine*). Elle constitue la septième sous-spécialité psychiatrique reconnue aux Etats-Unis avec l'addictologie, la pédopsychiatrie, la neurophysiologie clinique, la psychiatrie légale, la gériopsychiatrie et la médecine de la douleur.

La psychiatrie de liaison peut alors concerner toute spécialité médicale dès lors qu'un avis psychiatrique est demandé. Cette demande implique donc la présence d'un nouvel arrivant, professionnel de santé mentale intervenant ainsi dans la prise en charge initiale du patient, venu initialement pour un motif d'ordre somatique. La distinction pathologie somatique/pathologie mentale doit être clarifiée, laissant à chaque professionnel son domaine de compétence, tout en permettant l'exercice difficile d'un travail de collaboration et de continuité des soins. Une des difficultés de la psychiatrie de liaison est de pouvoir réaliser un travail de psychiatrie efficace, dans un environnement non dédié à la psychiatrie et cela tout en respectant la prise en charge des autres professionnels de santé.

De même que chaque lieu de soins possède sa propre constitution, organisation et identité, chaque service de psychiatrie de liaison possède une structure différente en termes de fonctionnement ou d'intervenants(23). Parmi ceux-ci on retrouve des infirmiers, psychologues et médecins psychiatres.

L'organisation de la psychiatrie de liaison en France est loin d'être homogène. En effet, l'exercice de la psychiatrie de liaison varie selon l'éventail des expériences locales et des structures administratives qui lui servent de support. Ainsi, tous les intermédiaires existent entre des modèles « éclatés », reposant sur l'existence de divers de spécialistes « attachés » à des services de médecine ; et des modèles « centralisés », où un service, département ou unité de psychiatrie de liaison regroupe l'ensemble des moyens d'intervention psychiatriques et psychologiques d'un hôpital général(7).

3.1.2 Spécificités propres à la psychiatrie hospitalière

On attend du psychiatre de liaison à l'hôpital qu'il rende un double service : à l'unité qui lui en fait la demande et au patient qui souffre de trouble psychiatrique(23). Elle peut être à la fois explicite, centrée sur le patient, ou implicite, la demande étant alors institutionnelle, pour trouver une solution aux difficultés de l'équipe médicale, aux prises avec des comportements déstabilisants, ou à une souffrance psychique qui la déborde.

En 2004, lors du 7^{ème} meeting annuel de l'European Association of Consultation–Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP), consacré aux développements futurs de la psychiatrie de Consultation-Liaison et de psychosomatique, les communications réalisées par les conférenciers de différents pays ont mis en évidence une différence très importante entre la prévalence des pathologies psychiatriques à l'hôpital général estimée entre 25 et 30 %.

Quant à lui, le taux d'intervention des services de psychiatrie de liaison est estimé entre 1 et 5 % de cette même population(13).

Ceci met donc en évidence la sous-dotation actuelle en termes de moyens ou même d'informations quant aux possibilités d'intervention des équipes de psychiatrie de liaison.

Le taux de demandes de consultation psychiatrique pour un patient hospitalisé est donc très variable selon les structures hospitalières, les services de psychiatrie de liaison disponibles et les pays : 0.7 à 1.3% en Grande-Bretagne (1), 9% aux États-Unis (1), 4% au Québec(24), 1 % en Europe(25)selon l'étude européenne de 2001, en Chine à Pékin il représente 1% des patients des hôpitaux(26).

Néanmoins, ce taux de demandes doit être confronté aux besoins réels. Déjà en 1967, Lipowski montrait qu'en milieu hospitalier non psychiatrique, la proportion de patients souffrant de troubles psychiatriques posant problème aux professionnels de santé, se situait entre 30 et 60% des patients hospitalisés(1). De plus, ces taux sont sans doute sous-estimés dans de nombreux domaines comme la gériatrie(27)(28), où la difficile pratique de la gérontopsychiatrie.

En outre, durant ses interventions, le psychiatre de liaison est régulièrement chargé d'une mission d'enseignement et de formation auprès des équipes de soins médicaux et chirurgicaux, souvent démunies dans le domaine des difficultés psychologiques ou des troubles psychiatriques. Cette formation des soignants prend parfois un aspect académique, mais elle se réalise le plus souvent à l'occasion de la prise en charge clinique d'un patient particulier (23).

Une notion importante revient également souvent lorsque l'on s'intéresse à la psychiatrie. Il s'agit de la dénomination faussement attribuée au patient, et que l'on nomme : « patient psychiatrique ».

Bien que ce terme revienne souvent dans les conversations des professionnels de santé n'exerçant pas en psychiatrie, il s'agit d'une erreur de qualifier un patient comme rattaché à une spécialité. De plus il faut souligner que l'on ne retrouve pas d'équivalent pour les autres spécialités médicales : on ne retrouve pas par exemple l'emploi de : « patient neurologique », « patient dermatologique » ou encore « patient rhumatologique ». Cet emploi inapproprié et réducteur sous-entendrait d'une certaine façon, que les patients présentant des troubles psychiatriques seraient différents des autres patients et ne pourraient être considérés comme des patients habituels.

Ils ne devraient donc pas être traités ou pouvoir accéder aux soins non psychiatriques de la même manière que tous les autres patients.

Cette vision est erronée pour de nombreuses raisons. Tout d'abord, chaque patient est avant tout une personne, qui doit être traité avec tout le respect nécessaire des règles déontologiques et éthiques actuelles. Un patient ne peut appartenir à un corps de spécialité ou un domaine médical particulier, mais au contraire, doit pouvoir rencontrer chaque professionnel nécessaire à ses soins, dans le cadre d'une politique d'accessibilité aux soins pour chacun. Un autre argument brisant ce dogme est de savoir pourquoi un patient pourrait être qualifié de « psychiatrique ». Par sa pathologie ? Ses soins ? Voire la compréhension de ses troubles ou de sa souffrance? Cette qualification est d'autant plus aléatoire que tous les troubles psychiatriques ne sont traités par des structures psychiatriques ou même des psychiatres.

En effet, une grande majorité des patients présentant une pathologie psychiatrique est prise en charge par son médecin traitant ; peut-on alors encore parler de « patient psychiatrique » ? D'autant plus que l'on sous-estime le nombre de patients ayant une pathologie psychiatrique, en l'absence de dépistage adéquat ou souffrant d'un trouble réactionnel et donc potentiellement temporaire.

Pour toutes ces raisons, il est important que cette vision ancienne puisse évoluer. L'intégration de structures de psychiatrie dans les hôpitaux généraux va dans ce sens.

Les pathologies addictives représentent par exemple une problématique de santé publique au sens large du terme. Mais actuellement, elles appartiennent principalement au champ d'exercice de la psychiatrie. Toutefois, l'évolution des pratiques de santé et la complexité de la prise en charge de ces situations ont été à l'origine de l'émergence d'une spécialité qui lui est dédiée : l'addictologie, à l'instar de la diabétologie qui s'est progressivement éloignée de l'endocrinologie.

Toutefois malgré la création de centres de soins spécifiques à ces pathologies, voire dédiés aux produits d'addictions comme la création des services d'alcoologie, la problématique des consommations de toxiques reste fortement liée à la psychiatrie. On retrouve d'ailleurs une surreprésentation des dépendances à travers l'ensemble des pathologies psychiatriques. Les équipes de psychiatrie se retrouvent donc fortement sollicitées de manière directe ou indirecte pour offrir les soins appropriés à ces patients.

La psychiatrie de liaison se trouve néanmoins confrontée à de nombreuses difficultés :

- La conciliation entre le modèle médical et le modèle « psychologique » : la demande des interlocuteurs médicaux ne s'inscrit généralement que dans le premier modèle, et ils peuvent donc être réfractaires à prendre en compte la dimension psychologique des soins.
- La demande vis-à-vis du psychiatre varie dans des limites très larges : du dépistage systématique des différents troubles, aux recours limités aux cas les plus graves, lorsqu'il existe un danger imminent pour le patient ou le service. Il incombe au psychiatre de liaison de définir ces limites et de les faire comprendre à ses interlocuteurs.
- Différencier une demande d'éloignement d'un patient difficile à gérer de l'utilité d'une prise en charge spécifique.
- Ne pas répondre à des missions qui ne lui reviennent pas, et ainsi donc, se substituer au médecin somaticien.
- Pouvoir être différencié du psychologue par ses interlocuteurs tout en travaillant avec eux.
- Gérer les situations fréquentes de frustrations en raison du caractère ponctuel de ses interventions, le relais étant donné à un intervenant capable d'assurer une prise en charge de plus longue durée.
- Comprendre l'enjeu du secret médical dans le cas où le patient ne souhaite délivrer certaines informations qu'au psychiatre et non à l'ensemble des soignants. Réussir à respecter le patient mais transmettre les informations nécessaires à sa prise en charge somatique.

La psychiatrie de liaison est également confrontée à certaines situations complexes de différentes natures : d'ordre diagnostique, thérapeutique, institutionnelle... et mêmes éthique. Cette complexité est à la fois source d'intérêt intellectuel mais également de difficulté de même hauteur.

3.1.3 Intérêts et développement de la psychiatrie de liaison

Un des intérêts majeurs de la psychiatrie de liaison est d'être en première ligne du dispositif de santé mentale, ce qui est un défi au regard de l'Organisation Mondiale de la Santé(29).

La pratique de la psychiatrie à l'hôpital général n'est pas forcément synonyme de coûts financiers supplémentaires pour les organisations hospitalières. Ainsi depuis la création des unités de psychiatrie de liaison, différents bénéfices ont été démontrés. Dès 1941, BILLINGS mettait en avant les économies réalisées ainsi que l'amélioration des prestations médicales grâce aux interventions de la psychiatrie de liaison(2)(30).

STRAIN a montré qu'il pouvait faire fonctionner son service de liaison avec 10 % d'économies, réalisées par la diminution de la DMS des patients dans un service d'orthopédie(1).

De plus, HALES et ROBERT en 1985 expliquent que la pratique de la psychiatrie de liaison augmentant le taux de diagnostics de troubles psychiatriques ou autres, entraîne une réduction de la durée des séjours hospitaliers en milieu médical ou chirurgical, une diminution de l'usage des services de médecine et un développement des activités de psychiatrie de liaison innovantes(30).

Ces données ont été récemment confirmées en mars 2014, par une méta-analyse menée par WOOD et WAND(31) de 40 études parmi 1659 publications disponibles dans les bases de données actuelles en lien avec l'efficacité de la psychiatrie de liaison. Celles-ci retrouvent ainsi une baisse des coûts ainsi qu'une diminution des durées de séjours hospitaliers.

La psychiatrie de liaison permet également d'améliorer la prise en charge des patients dans les services somatiques en permettant une meilleure acceptabilité des soins. C'est ainsi qu'une étude menée à New York en 1992 par Howanitz montre que 70 % des patients vus pour refus de traitement, changent d'avis dans les 24 heures suivant la consultation de liaison(32).

Dans certains cas particuliers, la présence d'un service de psychiatrie de liaison permet de diminuer l'usage de psychotropes notamment dans les populations gériatriques(33).

En 1996, l'équipe du Dr GITLIN David, du service de psychiatrie de liaison de l'hôpital de Worcester dans le Massachusetts aux États-Unis a publié des recommandations afin d'améliorer l'apprentissage de la pratique de la psychiatrie de liaison(34).

Le développement du monde de la santé tend actuellement vers l'apparition de nouvelles notions et modèles de prise en charge pour les patients. Parmi celles-ci on retrouve la notion de pathologies dites « transversales » qui n'appartiennent à aucun domaine médical spécifique en particulier. Les approches évoluent vers des pathologies qui ne seraient plus traitées par une unique spécialité médicale mais par un corpus de professionnels exerçant en complémentarité dans le but de traiter conjointement tous les aspects d'une maladie.

L'exemple de l'obésité est un bon modèle. En effet, il s'agit d'une maladie endémique, secondaire à la disparition des problématiques de famine. Le développement des sociétés industrialisées amène à une réduction des dépenses caloriques de ses habitants, tout en mettant à disposition une quantité de nourriture en abondance. Cette pathologie, pratiquement anecdotique il y a quelques siècles, est devenue préoccupante pour les nations d'aujourd'hui. Les mécanismes physiopathologiques connus sont multifactoriel, c'est la raison pour laquelle les traitements proposés s'intéressent à chacune de ces causes, devenant alors toutes des leviers d'action thérapeutiques potentiels. (On peut citer les pistes métaboliques, endocrinologiques et psychologiques).

La progression dans l'approche d'un traitement désormais multidimensionnel et donc multi professionnel se fait par l'augmentation de la diversité des professionnels impliqués dans les prise en charge. Émergent ainsi de nouvelles qualifications, champs de compétences, aptitudes, voire professions pour répondre à ces nouvelles demandes.

On en retrouve donc parmi elles, certaines qui s'intéressent à la dimension psychique des maladies, comme par l'exemple l'apparition de psychologues dans des services hospitaliers prenant en charge des pathologies chroniques comme la neurologie ou la diabétologie. Cela représente une des toutes premières approches mises en place. Ainsi donc, bien avant une approche univoque et dédiée à l'aspect psychique, on retrouve les équipes de psychiatrie de liaison permettant d'ajuster le niveau de demande et de réponse à apporter.

Afin de pouvoir répondre aux demandes les plus complexes, la psychiatrie de liaison propose le développement de deux nouveaux modèles de travail collaboratifs :

-Le développement de consultations mixtes dites conjointes⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾⁽¹⁾ : elles permettent au patient de bénéficier au cours de la même consultation de l'intervention d'un spécialiste du milieu somatique ou d'un autre du milieu psychique, tout en tenant compte des interactions entre ces deux entités.

-Le développement d'unités dites « médicopsychiatriques »⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾⁽¹⁾ : permettant une prise en charge hospitalière complète pouvant traiter les pathologies psychiatriques et somatiques dans le même temps.

Ces deux nouvelles propositions ne sont qu'à leur émergence et nécessitent encore un travail d'acceptation par les professionnels de santé d'une part, et par les structures administratives hospitalières d'autre part.

De plus, leur réalisation ne sera effective que si des efforts sur la coordination des soins sont maintenus de façon continue.

Malgré ces deux difficultés, l'accroissement de ce type de structures pourrait permettre un formidable essor pour la psychiatrie de liaison et la psychiatrie en général.

La technicité de la médecine est en évolution constante, nécessitant une adaptation de la psychiatrie de liaison pour suivre ces évolutions. Il est important, dans cette accélération des connaissances et des pratiques scientifiques, de pouvoir donner du « sens » aux soins du patient, dans une démarche de type humaniste. De ce fait, une des difficultés à venir pour la médecine de demain est d'adapter la technicité médicale à l'être humain et non l'inverse.

3.2 Démarche menant à l'élaboration de cette étude.

La psychiatrie de liaison bien que domaine relativement récent, n'échappe pas à la recherche scientifique, qui a pour but l'amélioration des pratiques comme dans toute autre spécialité médicale.

Son évaluation est à la fois importante et difficile(1)(39). Importante car elle concerne un grand nombre de patients, amenant un intérêt épidémiologique évident. Difficile car elle implique des équipes médicales et paramédicales ayant des cultures, des connaissances, des compétences et des expériences très différentes. Cette évaluation est importante et difficile, en raison de l'étendue des domaines cliniques à étudier, de la diversité des modèles de pratique et de la pluridisciplinarité des acteurs, autant de caractéristiques qui influencent à la fois ses objectifs et ses conditions.

De très nombreuses études s'intéressent aux multiples champs d'applications que cette pratique permet. On peut néanmoins distinguer deux types principaux :

- Soit des études spécifiques (modèle spécialisé) sur une partie de la psychiatrie de liaison en lien avec une pathologie ou une discipline particulière.
- Soit des études ayant une vision plus globale de la psychiatrie de liaison (modèle généraliste) portant sur l'ensemble des services d'un hôpital, examinant ainsi les facteurs communs en jeu dans la réalisation de cette pratique(40).

Parmi celles-ci, on peut citer la recherche sur les indicateurs permettant d'évaluer l'efficacité de la psychiatrie de liaison(41)(42), ou bien la nécessité de pouvoir disposer de guides de recommandations de bonnes pratiques afin de standardiser les prises en charge améliorant ainsi l'exercice de la psychiatrie de liaison(43)(42).

Des questionnaires existent sur l'évaluation de la psychiatrie de liaison(44) ,mais paradoxalement, aucun sur les professionnels de santé à l'origine de la demande de consultation. Or, on sait qu'il existe des spécificités de la demande adressée au psychiatre selon le type de service médicochirurgical où il intervient(1)(23).

Et parmi les nombreux enjeux de la psychiatrie de liaison, on ne retrouve pas d'étude spécifique portant sur les attentes des services somatiques. Ce thème de recherche semble primordial, car la demande initiale en psychiatrie de liaison ne peut débuter sans l'appel d'un somaticien et, cet appel ne peut exister sans volonté de collaboration avec les équipes de psychiatrie de liaison.

La psychiatrie de liaison prend donc part dans une relation tripartite comprenant : le patient tout d'abord, puis le soignant demandeur de l'intervention et enfin le professionnel de psychiatre de liaison. C'est ainsi que différentes interactions se mettent en place : en premier lieu l'interaction entre le patient et son premier médecin plus ou moins étendue à son équipe soignante. Puis après sa demande d'intervention de psychiatrie de liaison, une nouvelle équipe entre elle-même en relation avec le patient, puis dans un deuxième temps avec la première équipe soignante. C'est cette interaction qui sera étudiée dans ce travail de thèse qui s'intéressera donc à la relation entre le somaticien et le psychiatre. Cette relation interprofessionnelle comporte de nombreux aspects comme : la manière et l'aptitude d'entrer en relation, l'estime mutuelle que chacun peut ressentir envers l'autre, la représentation de la profession de l'autre intégrant ses propres *a priori*.

La démarche intellectuelle de cette recherche se base du point de vue des professionnels de santé extérieurs à la psychiatrie en général. En effet le but de ce travail est de se positionner sur ce que peut ressentir le somaticien vis-à-vis du rôle de la psychiatrie de liaison. Elle s'intéressera précisément aux attentes de celui-ci au travers des différents aspects les plus pertinents.

Afin de pouvoir mieux cerner ces « attentes somaticiennes », une partie de ce travail se concentrera sur l'élaboration d'un auto-questionnaire permettant de rassembler ces différents aspects. En effet, à l'heure actuelle, il n'existe pas dans la littérature psychiatrique Française ou internationale de tel questionnaire standardisé ou même réalisé dans le domaine de la psychiatrie de liaison.

Une des difficultés réside ainsi dans la réalisation de cet outil, mais c'est ce qui donne tout l'intérêt de notre démarche. Il doit donc être à la fois modeste puisqu'il est le premier de son genre, mais aussi simple de compréhension et d'utilisation, tout en restant relativement complet pour couvrir l'ensemble des grands domaines de la psychiatrie de liaison. Sa réalisation en restera imparfaite compte tenu de l'absence de « gold standard » permettant d'en mesurer la validité. C'est pourquoi les données resteront essentiellement descriptives.

Néanmoins, cet auto-questionnaire a été réalisé afin que chaque professionnel interrogé puisse faire part de ses positions actuelles et attentes, en fonction de sa vision personnelle de ce travail de liaison psychiatrique.

3.3 Définition du champ de recherche.

Le champ d'exercice de la psychiatrie de liaison est important, il a donc été nécessaire de définir un axe de recherche pour cette étude.

Ainsi ce travail s'intéresse uniquement à la psychiatrie de liaison adulte dans un souci de clarté. Il n'aborde pas la pédopsychiatrie de liaison, source de publications propres. On peut toutefois rappeler que cette discipline partage de nombreux points communs avec l'ensemble de la psychiatrie de liaison.

En outre, la psychiatrie de liaison fait appel à des équipes soignantes comprenant des médecins, infirmiers et psychologues. La composition de ces services peut être très variable et dépend à la fois des moyens accordés mais aussi des caractéristiques liées aux terrains d'exercice. Le champ de recherche de cette thèse est donc encore une fois restreint à la partie dite médicale de la psychiatrie de liaison, même s'il existe une pratique de la psychiatrie de liaison au niveau infirmier et psychologique, source de publications (45).

3.4 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de percevoir les attentes principales des autres spécialités médicales vis-à-vis de la psychiatrie de liaison.

Un des objectifs secondaires est de mettre en évidence l'existence de spécificités en fonction des médecins à l'origine des demandes.

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE

4.1 Elaboration du questionnaire

Il a été nécessaire de créer un auto-questionnaire pour permettre la réalisation de cette étude.

Il a pour but de pouvoir rassembler les attentes des médecins somaticiens vis-à-vis de la psychiatrie de liaison. Toute la difficulté de l'élaboration de ce questionnaire réside dans son caractère concis, synthétique et compréhensible pour les médecins n'utilisant pas la sémantique psychiatrique.

Pour sa réalisation, différentes sources ont donc été nécessaires :

- Les publications nationales et internationales actuelles sur la psychiatrie de liaison comprenant : enjeux actuels, perspectives futures, axes de développements, méthodes de travail...
- Les avis de psychiatres d'expérience exerçant dans le domaine de la psychiatrie de liaison sur le Centre Hospitalier Universitaire de Nancy (Dr PICHENE, Dr MONTEAU, Dr DUFLOT).
- Les différentes thématiques de la recherche médicale clinique communes aux différentes spécialités : aspects diagnostiques, thérapeutiques, éthiques...

Ce questionnaire a donc fait l'objet de nombreuses versions différentes, remaniées suivant les avis de chaque professionnel sollicité, et ce, dans le but d'obtenir la version la plus universelle possible. Enfin, il a été testé auprès de quelques somaticiens avant de définir sa version finale afin qu'il ne subsiste aucune difficulté de compréhension dans la formulation de ses questions.

4.2 Outils utilisés

Afin de faciliter la diffusion du questionnaire, il a été envoyé par courriel, pour optimiser le nombre de réponses grâce à la réactivité permise par l'informatique.

Le logiciel informatique de sondage utilisé pour l'envoi et le recueil de données par le biais d'internet est Google Documents.

Le mode de réponse pour les questions principales a fait appel à une Echelle paire de Likert dite « à choix forcé » à quatre modalités, permettant d'empêcher les réponses situées dans la moyenne et d'en permettre l'exploitation statistique.

4.3 Spécificités du CHU de Nancy et population ciblée

4.3.1 Les Spécificités de la psychiatrie de liaison sur le CHU de Nancy

Afin de mieux définir notre travail, il paraît nécessaire de tenir compte des spécificités de la psychiatrie de liaison, notamment en ce qui concerne les services médicaux sollicités.

Comme décrit dans la section 3.1.1 du chapitre précédent (traitant des généralités sur l'état des lieux actuel de la psychiatrie de liaison), les services de psychiatrie de liaison ont une organisation très variable. Il existe deux types principaux d'organisation : des modèles « éclatés » qui reposent sur l'existence de divers spécialistes « attachés » à des services de médecine, et des modèles « centralisés » où un service, département ou unité de psychiatrie de liaison regroupe l'ensemble des moyens d'intervention psychiatriques et psychologiques d'un hôpital général.

A l'heure actuelle et pour diverses raisons, le Centre Hospitalier Universitaire de Nancy fait coexister ces deux types de modèles pour la pratique de la psychiatrie de liaison.

Le Centre Hospitalier Universitaire de Nancy a connu plusieurs changements structuraux ces dernières années et la psychiatrie de liaison en a été naturellement modifiée.

Historiquement le Centre Hospitalier Universitaire de Nancy regroupe plusieurs Hôpitaux dispersés géographiquement, même si la tendance de ces dernières années est au regroupement des structures sur les deux sites principaux que sont l'Hôpital central et les Hôpitaux de Brabois. Il persiste encore des disparités d'organisation selon les structures.

Les structures les plus anciennes qui bénéficient de la psychiatrie de liaison concernent les services de l'hôpital central, qui fonctionnent sur un modèle « centralisé » depuis plus d'une dizaine d'années. D'abord par la présence d'un praticien hospitalier et psychiatre jusqu'en 2011, puis par l'Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques (UAUP) réservant dès lors une partie de ses pratiques à l'activité de psychiatrie de liaison.

L'organisation de la psychiatrie de liaison sur le site dit de « Brabois » est plus jeune, liée initialement au service de Psychiatrie et Psychologie clinique domiciliée initialement sur le site de Dommartin-lès-Toul. Suite au déménagement de cet hôpital sur le site de Brabois en 2010, un service de liaison a été directement implanté dans le Bâtiment Philippe Canton des spécialités médicales permettant ainsi une meilleure disponibilité. La demande du site de Brabois est donc actuellement en pleine croissance car plus accessible.

Le Centre hospitalier Universitaire de Nancy comprend également un modèle éclaté, principalement pour deux sites distincts que sont : la Maternité Régionale regroupant les services de gynécologie et d'obstétrique ainsi que l'Institut de Cancérologie de Lorraine anciennement Centre Alexis Vautrin.

Les spécialistes dédiés ou attachés sont :

-pour la Maternité Régionale : deux psychiatres, une infirmière, une psychomotricienne.

- pour l'Institut de Cancérologie de Lorraine : une équipe appartenant aux soins de supports de cancérologie composée : d'un psychiatre et de trois psychologues.

4.3.2 Services et Population ciblée

Compte tenu de ces données locales, il a été volontairement décidé de ne pas inclure les services des hôpitaux de Brabois compte tenu de leur relative jeunesse dans la pratique de la psychiatrie de liaison.

En ce qui concerne le site de l'hôpital central, il a été décidé de solliciter les services les plus représentatifs en termes de demandes en psychiatrie de liaison. Pour ce faire, les données statistiques des demandes de consultation en psychiatrie de liaison par le service de l'Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques (UAUP) ont été recueillies pour les quatre dernières années de 2010 à 2013.

LIAISON - UAUP PAR SERVICE				
services	2010	2011	2012	2013
ATOL*		86	79	113
Chirurgie générale et urgences	67	194	324	374
Chirurgie orthopédique et traumatologique	81	112	152	203
Dermatologie	77	1		
Institut régional de réadaptation		6	2	
Maternité	20	1		3
Chirurgie maxillo faciale	1	45	35	35
Médecine H	14	61	137	43
Neurologie	36	130	246	260
Neurochirurgie	98	19	238	346
Ophtalmologie		1		
Oto-Rhino-Laryngologie		13	15	31
Réanimation chirurgicale	10	43	63	65
Réanimation médicale	29	73	96	91
Unité de post-urgences polyvalente	111		8	131
Unité de surveillance continue médicale		251	185	284

*ATOL : Chirurgie traumatologique et arthroscopique de l'appareil locomoteur

Grâce à ces données, les services ont ainsi été sélectionnés par leur grands nombre de demandes de consultation.

On donc été sollicités, pour leur fréquence de demandes de consultation sur la structure de l'Hôpital Central, les services suivants :

- Les Urgences regroupant le service d'accueil des urgences, l'unité de post-urgence polyvalente.
- La Réanimation médicale et l'unité de surveillance continue médicale.
- La Réanimation chirurgicale
- La Chirurgie orthopédique et traumatique
- La Chirurgie Générale et urgences
- La Neurologie
- La Neurochirurgie

Les structures de l'institut de Cancérologie de Lorraine et les services de gynécologie-obstétrique de la Maternité régionale de Nancy ont été sollicitées en raison de l'existence d'une structure dédiée pour les demandes de psychiatrie de liaison.

Après sélection des services, une autorisation de diffusion du questionnaire auprès de chaque professeur ou médecin responsable du service a été demandée.

L'envoi du questionnaire a été réalisé secondairement par diffusion interne aux secrétariats des chefs de service de chaque service, permettant un recueil des données durant le mois d'octobre 2014.

La population ciblée concerne chaque médecin hospitalier exerçant dans son service de spécialité, depuis les Internes, jusqu'aux Professeurs des Universités en passant par les Assistants-Chefs de clinique, les Praticiens Hospitaliers et les Chefs de services.

4.4 Détails du questionnaire (Annexe 1)

Dans cette partie seront détaillés, chaque question ainsi que les arguments à l'origine de leur apparition dans le questionnaire.

4.4.1 Questions portant sur l'expérience du praticien

-1) Dans quel service de spécialité exercez-vous ?

- Urgences

-Réanimation médicale

-Réanimation chirurgicale

-Chirurgie orthopédique et traumatique

-Chirurgie Générale

-Neurologie

-Neurochirurgie

-Gynécologie

-Obstétrique

-Cancérologie

2) Actuellement vous êtes :

-Interne

-Assistant-chef de clinique

-Praticien hospitalier

-Professeur des universités

3) Depuis combien d'années exercez-vous dans votre spécialité? (nombre entier en années)

4) Avez-vous déjà fait appel au service de psychiatrie de liaison ?

(Pouvant être : psychiatre, infirmière ou psychologue)

OUI

NON

-SI OUI au cours des deux dernières années :

1 seule fois

1 à 10 fois

plus de 10 fois

-Si NON est-ce :

-Par manque de temps

-Par manque de connaissance des structures

-Par cause de délai trop long

-Parce que la situation ne nécessitait pas l'avis d'un psychiatre

-Autre réponse ...

Ces premières questions visent à mieux définir la pratique du médecin interrogé, mais aussi son expérience avec les services de psychiatrie de liaison. La littérature en psychiatrie de liaison rapporte que la demande varie également selon l'équipe soignante : elle est influencée par des facteurs personnels et institutionnels et évolue en fonction des relations et des expériences partagées entre équipe de liaison et équipe du service(46).

4.4.2 Questions à échelle d'évaluation

CONSIGNE DONNÉE :

Au cours d'une consultation de psychiatrie de liaison,

Estimez pour chaque champ d'intervention le degré d'importance pour votre pratique :

Pas important Peu important Relativement important Très important

Toutes ces questions représentent l'essentiel du questionnaire et la valeur attribuée à chaque question par l'échelle d'évaluation permettra de définir les attentes des médecins des services somatiques vis à vis de la psychiatrie de liaison.

Voici ces questions et les informations s'y rapportant :

-5) Évaluation diagnostique d'un trouble psychiatrique.

Les troubles psychiatriques sont actuellement sous diagnostiqués par les équipes non psychiatriques dans les hôpitaux généraux (13). C'est ainsi qu'une demande peut concerner la recherche diagnostique d'un trouble suspecté chez un patient initialement hospitalisé pour un motif organique. S-M Consoli décrit cette situation comme une intervention à caractère diagnostique(47).

A l'heure actuelle, la précision diagnostique des troubles psychiatrique reste une problématique pour plusieurs raisons. En effet, la psychiatrie hospitalière référence les diagnostics des patients selon la Classification Internationale des Maladies dixième version (CIM 10). Cette classification utilisée dans les autres spécialités est très vaste, permettant des diagnostics pouvant être très détaillés ou globaux. La psychiatrie a également subi de nombreux changements de classifications et des évolutions sémantiques, ce qui engendre une certaine variabilité dans les termes employés, et de ce fait dans les diagnostics posés. Il n'est donc pas surprenant que cette variabilité soit encore plus grande pour les professionnels non initiés à la psychiatrie.

Selon une étude taïwanaise, menée par SU Jian-An en 2011 au Chang Gung Memorial Hospital dans la ville de Chiayi(48), seulement 41,5% des diagnostics psychiatriques sont reconnus par les médecins non psychiatres de l'établissement. Les diagnostics les plus aisément reconnus étant les dépendances aux substances ainsi que les états délirants.

De plus, sur les cinq années de l'étude on observe une évolution significative au sujet des taux de diagnostics décelés.

Une étude similaire en Arabie saoudite, en 2008(49) retrouvait un taux de 47,14% de conformité diagnostique entre les médecins non psychiatres et ceux appartenant à l'équipe de psychiatrie de liaison. On retrouve dans les diagnostics les plus aisément reconnus, les abus de substance et les troubles cognitifs.

Le dépistage d'un trouble psychiatrique suspecté est fréquemment à l'origine de la demande d'une consultation de psychiatrie de liaison et fait, à ce titre, partie du champ d'intervention(23). Le dépistage précoce des troubles de l'adaptation, des syndromes confusionnels et la prise en compte de la souffrance familiale en amont et en palliatif constituent les nouveaux enjeux de la liaison selon N.Pélicier(50).

La dépression, comme les troubles psycho-organiques, restent sous évalués et peu dépistés(50). Les troubles psychiatriques chroniques constituent un enjeu de santé publique. La présence régulière d'une équipe de psychiatrie de liaison favorise le dépistage précoce et permet une anticipation et une planification des interventions dans les services(51).

La plupart des auteurs insistent également sur le fait que la présence d'une équipe de liaison facilite la prise en charge des patients psychotiques dans les services lorsqu'ils sont admis pour raison somatique(1) ; ceci implique que ces troubles soient dépistés afin de permettre une meilleure prise en charge.

-6) Informations sur la pathologie psychiatrique rencontrée

Une intervention en psychiatrie de liaison se déroule classiquement en plusieurs temps. Le premier est celui de la prise en compte de la demande, soit directement par la personne sollicitant l'équipe de liaison, soit indirectement, par une tierce personne au moment de l'arrivée dans le service concerné ou même par le biais d'un formulaire type. Le second temps est celui de l'intervention elle-même c'est-à-dire : la consultation auprès du patient. Enfin, le dernier temps est celui du rapport de cette intervention, rendu soit uniquement par écrit, soit idéalement au cours d'une rencontre avec le demandeur.

C'est cette situation qui nous intéresse particulièrement car, c'est à cette occasion, que des réponses supplémentaires peuvent être données au demandeur et notamment sur la pathologie psychiatrique éventuellement rencontrée.

Elles permettent alors de justifier la démarche du psychiatre de liaison et d'améliorer les connaissances du non-psychiatre, afin de favoriser le dépistage ultérieur de situations nécessitant le recours aux services de psychiatrie de liaison.

-7) Évaluation du risque suicidaire

Le risque suicidaire est, sans aucun doute, (avec le risque hétéro-agressif), le risque majeur et urgent à évaluer et prendre en charge en psychiatrie. La pathologie suicidaire recouvre partiellement le champ de la dépression puisque 30 à 50% des suicidants présentent un état dépressif(52). Néanmoins, la plupart du temps, les personnes présentant ce risque ne se trouvent pas initialement en milieu hospitalier psychiatrique. C'est la raison pour laquelle, la psychiatrie de liaison s'y retrouve alors très souvent confrontée(53), et représente souvent le premier contact du patient avec la psychiatrie. L'importance de l'évaluation est ainsi confrontée au risque vital qui faut nécessairement prévenir.

Cette évaluation doit être rapide, fiable et aboutir sur une prise en charge adaptée(54). Elle s'appuie sur différents critères liés à son évaluation comme les facteurs de risques intrinsèques et extrinsèques, l'intentionnalité suicidaire ou la réalisation d'un scénario suicidaire et enfin le degré de dangerosité par l'existence de moyens létaux à la disposition du patient.

Malheureusement, certains suicides peuvent se dérouler au sein même des hôpitaux, ce qui impacte les équipes soignantes. L'aide aux soignants ayant vécu un tel traumatisme fait aussi partie intégrante du travail du psychiatre de liaison(55).

-8) Évaluation de la participation d'un syndrome dépressif dans un tableau clinique somatique

L'épisode dépressif caractérisé est une des pathologies majeures en psychiatrie. Il impose souvent une hospitalisation complète en milieu spécialisé dans ses formes les plus graves notamment en raison du risque suicidaire souvent associé, ou même lorsque l'état d'incurie ou de ralentissement psychomoteur associé ne permet pas d'assurer les fonctions biologiques vitales, comme la nutrition et l'hydratation.

Néanmoins, la distinction entre dépression d'une part et pathologie somatique d'autre part est rendue difficile par les nombreuses interactions existant entre ces deux aspects cliniques(56). Par exemple, il est décrit que les symptômes dépressifs sont associés à une augmentation des risques de morbidité/mortalité cardiaque, de mauvais contrôle glycémique dans les diabètes de type 1 ou 2, d'augmentation de la morbidité des accidents vasculaires cérébraux et de la progression du VIH(57).

Bobolakis en 1994, rapporte un diagnostic de dépression chez 38% des patients ne présentant pas de pathologie somatique(52).

Régulièrement, de nouveaux liens entre dépression et symptômes cliniques sont ainsi découverts.

Il est important de noter que la pathologie dépressive est un enjeu de santé mondiale, L'Organisation Mondiale de la Santé estime que d'ici 2020, les deux pathologies les plus pourvoyeuses d'incapacité seront les maladies coronariennes et la dépression(57). Elle reste à ce titre une priorité pour la psychiatrie de liaison(14).

Par ailleurs, l'état de ralentissement psychomoteur objectivable peut parfois être difficile à mesurer notamment en cas de polyopathologies intriquées comme c'est souvent le cas chez la personne âgée, où chez les patients souffrant de maladies neurodégénératives tel les syndromes parkinsoniens ou d'Alzheimer. Il est donc possible qu'un syndrome dépressif puisse mimer un tableau clinique somatique. Cela demande plus de temps pour affiner la symptomatologie clinique au somaticien.

De plus, les connaissances des différentes formes des états dépressifs sont très variables chez le praticien non psychiatre. Le but de l'intervention du psychiatre de liaison est d'être efficace dans le dépistage et la prise en charge de ce syndrome. Des réflexions ont déjà été menées sur l'efficacité de l'intervention initiale(58). Toutefois il n'est pas rare aussi de constater une situation clinique mixte,

associant un syndrome dépressif à une pathologie somatique. Le problème est donc d'évaluer la part de chaque pathologie afin de mieux les soigner, même s'il existe des interactions possibles entre elles.

-9) Évaluation du caractère psychiatrique d'un trouble comportemental

Le comportement est un des domaines d'évaluation clinique et d'étude auquel s'intéresse la psychiatrie, ce qui est assez peu le cas des autres spécialités. La variabilité admise dans les comportements des patients hospitalisés à l'hôpital général est relativement moins bien tolérée. La dichotomie est simple entre un comportement dit « normal » ou acceptable et un comportement dit « anormal » et non tolérable.

Dans ce type de situation, la psychiatrie de liaison est traditionnellement sollicitée pour : « des troubles du comportement ». La psychiatrie est adaptée à l'évaluation des comportements ainsi qu'à leurs traitements si nécessaires.

En effet, de nombreuses pathologies psychiatriques peuvent être à l'origine de comportements « inhabituels ». On retrouve fréquemment de possibles troubles de la personnalité (59). On peut citer les personnalités marquées par une impulsivité importante et appartenant au groupe du cluster B que sont les personnalités de type histrionique, borderline ou antisociale. Bien que le milieu hospitalier soit un milieu traditionnellement anxiogène pour les patients, les soignants arrivent habituellement assez facilement à gérer ces états anxieux réactionnels à une hospitalisation. Cependant, il existe une limite à l'aide qu'ils peuvent apporter, et une attitude bien plus marquée sur le plan émotionnel qui peut déborder les capacités de contenance des équipes. Le rôle de la psychiatrie de liaison est donc d'apporter une aide à ces équipes, en évaluant le trouble comportemental d'une part, puis en proposant la prise en charge la plus adaptée : qu'elle soit médicamenteuse, psychothérapeutique, ou qu'elle nécessite une hospitalisation.

Le syndrome catatonique est également un trouble comportemental pour lequel les équipes de psychiatrie de liaison sont contactés, tant le tableau clinique peut être déroutant pour des professionnels n'ayant jamais rencontré cette situation clinique. Pourtant, il est important de rappeler que, malgré la présence de plusieurs étiologies psychiatriques ou psychologiques, les causes à l'origine d'un syndrome catatonique peuvent être neurologiques, obstétricales ou métaboliques. Il est donc important d'en identifier la cause précise pour permettre un traitement adapté et exclure une origine somatique grave.

L'équipe de psychiatrie de liaison du centre hospitalier de Lille a publié en 2007 dans la revue anglophone *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* une étude de rapports de cas de catatonie(60). Cet article reprend ainsi diverses situations où l'équipe du Pr COTTENCIN a dû intervenir afin d'aider à orienter ces prises en charge. Sur une période de 5 mois, son équipe a rencontré 12 cas de catatonie pour un total de 656 demandes en psychiatrie de liaison. Dans ces diverses situations, et afin de différencier les causes somatiques des causes psychiatriques, des tests diagnostiques par Zolpidem ou Lorazepam ont été utilisés. La réaction à ces traitements valident la positivité de ces tests et mettent ainsi en évidence une cause psychiatrique.

-10) Évaluation du retentissement psychiatrique d'une maladie somatique

Il est très fréquent qu'une pathologie somatique entraîne l'apparition secondaire d'un trouble psychiatrique, sans que le patient n'ait d'antécédents de troubles psychiatriques. On parle dans ces situations de pathologies secondaires ou mêmes réactionnelles, supposant qu'en l'absence d'apparition de la pathologie somatique, la pathologie psychiatrique ne serait pas apparue. Malheureusement, il ne semble pas avoir d'exceptions quant aux maladies somatiques impliquées, celles-ci étant toutes potentiellement à risque de décompensation « psychiatrique ». Les équipes de psychiatrie de liaison peuvent alors intervenir dans ce type de situation comme par exemple l'apparition de symptômes psychiatriques au cours des syndromes post-ménopausiques(61).

On peut également observer des répercussions psychiques voire psychiatriques lors d'un traitement somatique.

Ainsi il ne s'agit plus de la pathologie elle-même mais d'une décompensation d'origine iatrogène, comme lors d'une corticothérapie, exemple traité en psychiatrie de liaison par *La Presse Médicale* en février 2011(62) ou encore dans le cas plus spécifique du traitement d'une maladie de Behçet(63).

-11) Évaluation de la part psychogène à l'origine de la symptomatologie somatique

La part psychogène d'une symptomatologie somatique est le domaine de la médecine dite « psychosomatique », elle est donc par définition un domaine où psychique et somatique sont étroitement liés.

Les différents aspects de la somatisation peuvent aller du syndrome somatique fonctionnel (fibromyalgie, intestin irritable ou troubles fonctionnels intestinaux, syndrome de fatigue chronique...) à la véritable somatisation : celle-ci résulte d'un mécanisme de défense psychologique, par lequel l'amplification de la détresse trouve son expression dans le corps. On a parlé de « bodyconsciousness », de « illnessworry ». Parfois, il s'agit seulement d'une tendance à attribuer des symptômes à des causes somatiques(10).

Il est assez classique que les services de psychiatrie de liaison soient sollicités dans les services de neurologie afin de déceler un trouble conversif(64).

L'alexithymie est un modèle cognitif caractérisé par une difficulté à verbaliser ses émotions, une limitation de la vie imaginaire, un recours à l'action pour éviter ou résoudre les conflits, une description détaillée des faits et des symptômes physiques. Ce concept a été introduit en 1972 et entre dans la catégorie des patients à vulnérabilité psychosomatique. Ainsi, la présence des caractéristiques alexithymiques est un facteur prédictif de surmortalité toutes causes confondues, et plus particulièrement non naturelles(65).

Une surreprésentation des troubles alexithymiques a été observée dans les populations pour lesquelles les services de psychiatrie de liaison sont sollicités(66).

Ce concept montre bien qu'il existe un lien entre conscience émotionnelle et somatisation. Il y a ainsi une part psychogène qui participe à la manifestation de troubles somatiques.

Il est intéressant de noter que dans les pays germaniques, il existe des unités de médecine psychosomatiques, rattachées à la médecine interne et s'appuyant sur des compétences spécifiques en psychosomatique et psychothérapie(67).

-12) Thérapeutique médicamenteuse préconisée (antipsychotique, anxiolytique, antidépresseur, sédatif...)

La psychiatrie est une spécialité médicale disposant de diverses thérapeutiques médicamenteuses parmi lesquelles on retrouve principalement : les antidépresseurs, les anxiolytiques, les hypnotiques ou les antipsychotiques.

Cette pratique peut être relativement complexe puisque, chaque classe dispose de nombreuses molécules et que des associations sont possibles pour potentialiser ou simplement compléter ses effets. Ainsi une sous-spécialité lui a été consacrée : la psychopharmacologie.

Il n'est alors pas rare que des demandes en psychiatrie de liaison puissent être axés sur cette demande précise, certains praticiens n'hésitant pas, à joindre les équipes par téléphone afin d'obtenir une réponse rapide.

Une étude récente de 2012 parue dans la revue European Psychiatry montre que les antipsychotiques sont les deuxièmes médicaments à être utilisés par les services de psychiatrie de liaison(68). De plus, l'utilisation de l'halopéridol, antipsychotique de première génération, reste prépondérante malgré la progression notable des antipsychotiques de seconde génération.

La prescription, par exemple des médicaments antidépresseurs est souvent est laissée au psychiatre de liaison après consultation. Il peut alors prescrire le traitement adapté selon les dernières recommandations et adapter la thérapeutique à l'état clinique du patient(69).

-13) Thérapeutique non médicamenteuse préconisée (nouvelle consultation de contrôle ou de réévaluation, suivi psychiatrique ou psychologique, indication de psychothérapie)

Les prises en charges non médicamenteuses se développent actuellement et représentent des perspectives d'évolution intéressantes pour toutes les pathologies médicales confondues. Il peut s'agir de règles hygiéno-diététiques, d'éducation thérapeutique ou même de techniques instrumentales voire d'appareillages.

S'il est aisé pour le corps psychiatrique de prescrire un traitement médicamenteux à un patient, il est par contre plus complexe de mettre en place un suivi psychothérapeutique. En effet le fait de le prescrire ne suffit pas, il doit expliquer au patient pour qu'il comprenne les objectifs de cette prise en charge, et ses bénéfices dans la résolution de sa problématique. Ce mode de traitement non focalisé sur l'unique toute puissance du médicament ne doit pas être négligé, encore moins dans le travail de psychiatrie de liaison où il doit représenter une possibilité parmi l'arsenal thérapeutique disponible.

-14) Apport d'un entretien psychiatrique permettant la compréhension psychologique du patient (ou psychologie médicale).

Le panel des réactions psychologiques des patients hospitalisés est extrêmement variable, et il peut, à ce titre, dérouter rapidement les soignants habitués pourtant à de nombreuses réactions. Cependant il n'est possible de les connaître toutes et dans ces situations où il existe toujours une part d'inconnu, les services de psychiatrie de liaison sont souvent sollicités.

Mais les représentations des praticiens vis-à-vis des malades et inversement, sont très fortes et viennent parfois parasiter la tentative de liaison(70).

Selon S.M CONSOLI(14) les psychiatres de liaison ont un rôle à jouer dans le domaine de la psychologie médicale qui n'appartient pas à la psychiatrie. En effet, les psychiatres de liaison sont souvent sollicités pour des patients difficiles à vivre pour certaines équipes médicales ou lorsque l'observance pose problème au point de compromettre l'efficacité thérapeutique.

-15) Conseils vis-à-vis de l'attitude psychologique à adopter face à un patient.

Bien que la psychologie et la psychiatrie soient liées et travaillent en étroite collaboration, la psychologie n'est pas la propriété exclusive des psychologues. Chaque soignant peut être amené à travailler sur son approche avec les patients et les notions de base de la psychologie sont alors fort utiles.

Le 7^{ème} meeting annuel de l'European Association of Consultation–Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP), consacré aux développements futurs de la psychiatrie de Consultation-Liaison et de psychosomatique, a conclu que les troubles psychiatriques les moins graves et certains problèmes psychosociaux peuvent être traités par des médecins généralistes, des spécialistes non psychiatres, des

infirmières ou des travailleurs sociaux. Toutefois, ils doivent être formés et supervisés par des psychiatres ou des spécialistes de la médecine psychosomatique(13).

-16) Alternative à l'hospitalisation en soins somatiques (soins psychiatriques hospitaliers ou ambulatoires)

Une intervention pragmatique permet l'orientation du patient vers une structure psychiatrique adaptée, hospitalière ou non, si des soins psychiatriques sont nécessaires.

Elle peut être envisagée en complémentarité des soins initiaux pour une pathologie organique ou de manière plus radicale comme une alternative à une hospitalisation somatique.

Dans certains cas, l'orientation peut également se faire au cours de la consultation, vers une structure de soins dédiés, comme lors de la découverte d'une problématique de dépendance éthylique. L'orientation pourra alors se faire vers une unité multidisciplinaire d'alcoologie, les réseaux de soins révélant alors toute leur importance dans la pratique de la psychiatrie de liaison(71)(72).

-17) Développement du lien de l'équipe de psychiatrie de liaison avec l'équipe soignante

Il a été décrit que la collaboration entre le psychiatre et le somaticien influence les soins délivrés au patient et est *de facto* une limite intrinsèque de la psychiatrie de liaison(73).

L'existence d'une collaboration entre les deux intervenants permet une clarification de sa prise en charge et de ce fait, un apaisement psychique, bénéfique au patient.

Cette compréhension mutuelle, dans le respect des pratiques de chacun est ainsi un enjeu pour la psychiatrie de liaison. Ce lien, malgré le peu de temps disponible de chaque intervenant, doit pouvoir émerger, s'enrichir et se renforcer. Le temps passé avec l'équipe soignante comme celui passé avec le patient est donc primordial. Il permet de définir les attentes de chacun et ainsi de mieux comprendre la demande, dans un premier temps.

Dans un second temps, après évaluation du patient, il permet de répondre à ses attentes de la manière la plus adaptée, tout en permettant le bon déroulement des soins pour le patient.

-18) Développement d'une prise en charge thérapeutique multidisciplinaire (alliance thérapeutique multidisciplinaire, cas des pathologies dites transversales : fibromyalgie, colopathies fonctionnelles, addictions...)

La nécessité d'une prise en charge par différents médecins spécialistes pour un même patient est admise lors du parcours de soins selon les différentes pathologies qu'il peut présenter. Toutefois, elle est beaucoup moins courante lorsqu'il s'agit de la même pathologie. Il existe pourtant différentes pathologies qualifiées de « transdisciplinaires », pour qui une prise en charge par un seul médecin reste insuffisante. On peut citer l'exemple de la fibromyalgie ou syndrome douloureux chronique, dont la difficulté de prise en charge nécessite l'intervention d'équipes de psychiatrie mobiles, et donc de liaison(74).

Les addictions représentent également un champ large et sont l'exemple même de la pathologie transdisciplinaire, où elles sont rencontrées théoriquement par tout professionnel de santé. Néanmoins, si le somaticien s'occupe des répercussions somatiques et donc focalise ses compétences sur les conséquences, c'est la psychiatrie et actuellement l'addictologie qui en traite la cause.

Celle-ci pourra être liée à une pathologie psychiatrique ou à un mécanisme purement addictif, il existe cependant une interaction réciproque : l'une pouvant être à l'origine de l'autre.

Les équipes de psychiatrie de liaison peuvent ainsi rencontrer les patients souffrant de dépendance aux différents moments de l'histoire de leur pathologie. Leur rôle consiste à dépister(75), orienter voire à traiter ces comportements de dépendance. La psychiatrie de liaison et même la psychiatrie au sens large du terme ne traitent pas la problématique dans sa globalité ; Elles ne représentent finalement qu'un maillon dans la chaîne des soins continus du patient souffrant de dépendance. Chaque intervention, d'un professionnel de santé représente une possibilité supplémentaire de détection et d'accès aux soins de ces patients.

Une autre pathologie actuelle et source d'enjeu de santé publique est l'obésité. Actuellement, l'obésité est définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m². Elle progresse en moyenne de 6% par an depuis presque 10 ans et si cela se poursuit, on estime qu'un Français sur cinq sera obèse en 2020(76). Quand l'IMC dépasse 40 kg/m², on parle d'obésité morbide, ce qui représente 0,2 à 0,3 % de la population, soit 250 000 personnes en France.

En l'absence de troubles de la personnalité ou de troubles psychiatriques bien définis, il existe des symptômes communément retrouvés comme : une perte de confiance en soi, une tendance au repli, une perte d'estime de soi.

Vis-à-vis d'une telle pathologie d'origine multifactorielle et aux conséquences variées, l'Organisation Mondiale de la Santé en 1998 recommande une prise en charge multidisciplinaire. Ces recommandations sont reprises dans le *Guide pratique pour le diagnostic, la prévention, le traitement des obésités en France*, paru en 1998 sous l'égide d'A. Basdevant. Le traitement des obésités morbides vise plusieurs objectifs : somatiques, nutritionnels, psychologiques et sociaux. Il s'agit d'une prise en charge globale, multidisciplinaire, inscrite dans le long terme.

La psychiatrie de liaison vise à mettre en place des pratiques de réseau et des collaborations multidisciplinaires afin de faire face à la complexité des prises en charge de ces patients(76).

Ces réseaux comprennent par exemple : des médecins nutritionnistes, chirurgiens, psychiatres, anesthésistes, radiologues, chirurgiens plasticiens, psychologues et diététiciennes dans le cas de l'approche d'une chirurgie de l'obésité, dite bariatrique.

Ce travail en réseau implique, dans une première phase, les différents intervenants de façon séparée ; Puis dans une seconde phase, ils se concentrent pour orienter la prise en charge vers les professionnels les plus adaptés, en fonction du besoin de chaque patient. Ce travail en réseau permet d'envisager l'obésité sous chacun de ses aspects, puis de façon globale pour optimiser la prise en charge du patient.

-19) Participation à une concertation pluridisciplinaire (situation éthique, avis supplémentaire...)

Le rôle du psychiatre peut parfois concerner des situations inattendues. Ainsi, une demande initiale a toujours la possibilité d'évoluer au fur et à mesure de l'entretien avec le patient d'une part, mais aussi avec le professionnel à l'origine de la demande d'autre part.

La psychiatrie se rapporte au psychisme humain et non à une vision purement biologique de celui-ci comme pour d'autres spécialités médicales qui en ont fait leur axe d'approche.

C'est une raison de l'évolution de la recherche médicale et scientifique dans ce sens. La psychiatrie au sens large et plus précisément la psychiatrie de liaison privilégie l'approche biopsychosociale du patient. Cette approche, bien plus large que la vision traditionnelle médicale biologique unidimensionnelle, revendique différents axes complémentaires pour définir une perspective globale du patient.

De ce fait, ces situations amènent ainsi de nombreuses autres questions auxquelles les équipes de psychiatrie de liaison se retrouvent parfois confrontées et pour lesquelles il n'existe pas de protocole bien défini. C'est ainsi que peuvent alors se poser des questions éthiques, sociales, institutionnelles, juridiques, religieuses, économiques, psychologiques voire humanistes. Souvent le médecin ou autre praticien de santé se heurte à certaines de ses limites du champ d'application de sa profession et se retrouve ainsi démuni, et non conforté par ses connaissances théoriques habituellement suffisantes.

Les enjeux éthiques peuvent ainsi être au cœur d'une situation hospitalière, par exemple dans les services de gynécologie-obstétrique où la question de l'utilisation de l'interruption médicale de grossesse est évoquée par les soignants ou par les familles(77). L'urgence étant de pouvoir répondre aux besoins tout en respectant les principes de l'éthique médicale.

Ces situations inhabituelles voire inédites s'inscrivent alors dans des démarches non plus multidisciplinaires, mais transdisciplinaires(78). Il est donc important de pouvoir laisser dans ces situations une place pour le patient, les soins, l'éthique médicale mais aussi pour les équipes soignantes et notamment la psychiatrie de liaison.

Par exemple, dans le trouble factice(79) où l'équilibre est difficile à trouver entre la communication, le mensonge du patient pour lequel il cherche adhésion, l'intégrité du médecin et, celle de la relation patient-soignant. Le rôle du psychiatre s'apparente ainsi à celui d'un « éthicien clinique », reposant alors sur des principes éthiques communs comme : la bienfaisance, l'autonomie, la justice, la vulnérabilité, la dignité, la responsabilité, qui deviennent alors outils référentiels de la prise de décision clinique.

Cependant, en matière d'éthique psychiatrique, nous ressentons le besoin de construire un modèle plus clinique : l'éthique relationnelle. Ses principales sources proviennent d'une éthique dialogique, herméneutique et pragmatique fondée sur une perspective de l'intersubjectivité de développement humain qui peut faire face à la rationalité pratique en psychiatrie clinique face à des situations complexes, mais concrètes(79). Ce modèle reconnaît les conditions interpersonnelles et intrapsychiques d'authenticité. C'est un processus de réciprocité mutuel qui permet la croissance psychique.

De plus, certaines situations hautement complexes et donc potentiellement sources de confusions peuvent nécessiter un avis psychiatrique pour diverses raisons. Quelles soient de l'ordre de recherche diagnostique ou d'intrications médicopsychiatriques, les équipes médicales peuvent être confrontées à des aspects inhabituels dans ces situations. Ainsi, on peut prendre pour exemple la difficulté d'un diagnostic différentiel neuropsychiatrique entre une encéphalite à anti-NMDAR et une schizophrénie(80). La difficulté de prise en charge repose dès lors, à la fois des capacités diagnostiques du somaticien mais aussi sur celles des psychiatres. La complexité de la situation ne permet aucune erreur des spécialistes pour optimiser la prise en charge.

La psychiatrie de liaison peut également être sollicitée en tant qu'expert avant une décision thérapeutique cruciale par les somaticiens, pour estimer la probabilité d'une adhésion satisfaisante au traitement une fois le projet thérapeutique mis en place. C'est par exemple le cas des candidats à une greffe d'organes cardiaque ou pulmonaire(14).

La cancérologie est une des spécialités médicales où le psychisme se trouve malmené à cause des problématiques d'incertitude et de finitude. Les bouleversements psychiques liés à la maladie létale et les investissements nécessaires pour faire face aux traitements, aux incertitudes et aux changements d'ordre social sont inévitables. Les psychiatres et psychologues de liaison sont donc fréquemment sollicités, qu'ils soient organisés en équipe de liaison ou en consultation de liaison(70). Ces prises en charges complexes s'inscrivent dans une approche pluridisciplinaire, d'autant plus qu'il s'agit d'une orientation non plus curative mais palliative(81). La psychiatrie de liaison collabore avec les oncologues, mais également avec des psycho-oncologues, bien qu'ils soient encore peu nombreux.

-20) Résolution d'un conflit entre le patient et l'équipe soignante

Un conflit entre le patient et le personnel hospitalier est une situation relativement anodine, mais qui peut rapidement poser problème s'il n'est pas réglé rapidement. Il peut conduire à une rupture totale de confiance et donc empêcher la délivrance des soins. En effet, une prise en charge ne peut être satisfaisante que si la relation thérapeutique se passe dans un climat apaisé.

Selon le L. RICON Professeur de Psychiatrie à la faculté de médecine de Buenos Aires, la psychiatrie de liaison a un rôle à jouer dans ce type de conflit : « l'image de la psychiatrie a évolué et nous sommes devenus des experts dans les relations entre les personnes et dans la résolution des conflits centrés autour d'un patient certes, mais qui n'étaient pas uniquement reliés à la pathologie du patient mais

surtout au réseau des relations entre la famille et les soignants et aux personnalités de toutes les personnes impliquées »(82).

Le Docteur TRIFFAUX J-M explique : « les nouvelles promesses technologiques reculant les frontières de la maladie et de la mort, continuent par ailleurs à accroître la complexité de la relation soignants-soignés et soignants-soignants. Dans une telle perspective, le spécialiste du psychisme risque d'être de plus en plus sollicité, voire considéré comme le « garde-fou » de l'équipe soignante. Son efficacité dépendra de sa capacité à rétablir, avec tact, des liens entre corps et esprit, ainsi qu'entre patients et équipe soignante »(83).

Toutefois, il est important de déceler certaines situations ne relevant pas de la psychiatrie de liaison, comme « les non-dits »(84), vis-à-vis des patients mais aussi au sein des équipes. Il est donc nécessaire de refuser ce genre de situation.

-21) Répondre à une demande de la famille du patient

Le patient n'est pas toujours seul à être confronté au milieu hospitalier, c'est aussi le cas de sa famille.

Ainsi, les appels au psychiatre émanent des soignants ou du patient lui-même. Parfois également de sa famille, par exemple en oncologie où l'entourage joue un rôle crucial dans l'épreuve d'une pathologie à la gravité extrême.

Pour le Professeur M-R MORO et le Docteur B GAL(85), il est évident que le psychiatre de liaison se doit d'être également au service de l'entourage proche, surtout lors d'un acte « si grave » qui mobilise forcément la famille. Cet axe de prise en charge correspondant aux enjeux psychiques d'un patient hospitalisé.

-22) Présence lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle au patient (diagnostic grave...)

L'annonce d'une mauvaise nouvelle au patient est un moment difficile pour les équipes soignantes. Même si ces situations sont de la responsabilité de tout médecin, un appel aux équipes de liaison peut aider lors de ces annonces importantes. La difficulté est alors de ne pas se substituer au médecin somaticien mais de pouvoir prendre en charge le patient en cas de réactions psychopathologiques à l'annonce(23).

En France, le plan cancer met en avant dans son dispositif, des possibilités de consultations pluridisciplinaires initiales lors d'un diagnostic. Le troisième plan cancer 2014-2019(86) comporte ainsi pour son objectif 7 (Assurer des prises en charges globales et personnalisées), les actions 7.6 (Assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades) et 7.7 (Améliorer l'accès à des soins de support de qualité) qui visent à la poursuite des soins de support et qui englobent les unités de psychiatrie de liaison.

-23) Annonce d'une mauvaise nouvelle à la famille (décès...)

Les relations avec la famille des patients sont très fréquentes en psychiatrie générale ; les interactions sont donc nombreuses lors de ces échanges souvent riches en informations mais aussi en émotions. Toutefois, lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle à la famille, les équipes soignantes peuvent solliciter l'aide des équipes de psychiatrie de liaison afin d'annoncer une nouvelle difficile à dire mais aussi à entendre. Les échanges peuvent donc être formalisés et médiatisés par un intervenant extérieur et permettre un apaisement relatif par rapport aux tensions internes générées par cette mauvaise nouvelle.

Pour finir pensez vous qu'il serait intéressant de développer :

Les deux dernières questions suivantes gardent le même mode de réponse mais sur des qualificatifs différents puisqu'il s'agit de domaines de développement pour la psychiatrie de liaison.

Les réponses possibles sont alors :

Pas intéressant Peu intéressant Relativement intéressant Très intéressant

-24) Développement de consultations pluridisciplinaires (Binôme comprenant un somaticien et un professionnel de psychiatrie)

De nombreuses pathologies comprennent des intrications médicopsychiatriques. Selon Lipowski, 60 à 80 % des patients vus en liaison présentent une comorbidité psychiatrique et somatique(87).

Une des solutions est le développement de consultations pluridisciplinaires ou conjointes notamment dans les pathologies chroniques, comme le cancer, l'insuffisance rénale chronique, l'insuffisance respiratoire chronique, le suivi des transplantés...(10).

Si l'on prend une consultation courante de la mémoire, près de la moitié des patients expriment des plaintes anxieuses ou dépressives retentissant sur les processus d'attention et de concentration. Les troubles mnésiques sont liés à des contextes psychonévrotiques mais également à des fonctionnements opératoires ou alexithymiques. En effet, outre l'oubli des rêves, des émotions, un certain nombre d'associations et de représentations de « modulation » disparaissent au profit de représentations « crues » ou factuelles. Des faits, progressivement coupés de leur contexte affectif, deviennent presque impossibles à retenir(12).

L'impact des maladies chroniques est un enjeu important pour la qualité de vie des patients : le parkinsonien qui a peur qu'on le regarde ou qu'on l'observe trembler, l'acromégale qui lit, dans le regard de l'autre, l'étonnement devant son visage, le diabétique dont le rythme des injections passe de 2 à 3 par jour, le sujet atteint d'une névralgie du trijumeau qui, lors d'un repas au restaurant, voit apparaître des douleurs. Tous vont exprimer des vécus et des émotions par rapport à leur maladie.

Deux modèles de consultations pluridisciplinaires principaux existent : le modèle séquentiel et le modèle combiné(36). Le terme de consultation séquentielle définit une consultation où les différents spécialistes interviennent les uns après les autres. Une consultation combinée se traduit par une consultation conjointe où plusieurs médecins spécialistes rencontrent en même temps le même patient.

Les aspects séquentiels ou combinés d'une consultation multidisciplinaire n'amènent pas au même type de fonctionnement ni au même résultat psychique. La consultation combinée paraît avoir une valeur de dépistage, de formation pédagogique et didactique supérieure à la consultation séquentielle. Elle nécessite cependant une collaboration de qualité. La consultation séquentielle reprend le travail psychiatrique effectué dans le cadre de la psychiatrie de liaison sur un mode classique. Ces deux types de consultation jouent un rôle important dans la reconnaissance de la psychiatrie dans les centres hospitaliers et dans la perception de la physiopathologie des grandes infections, plus subtile et plus complète qu'auparavant.

-25) Création d'unités Médico-psychiatrique (accueillant des patients nécessitant une double prise en charge somatique et psychiatrique en milieu hospitalier).

La réflexion amenant à la création de ce type d'unités spécialisées repose sur un nombre non négligeable de patients, qui présentent à la fois des pathologies somatiques sévères et psychiatriques sévères et qui devraient être soignés en service de psychiatrie, tout en bénéficiant d'un environnement médical solide(23). Ces unités représentent l'une des trois manières de soigner ces patients.

La première possibilité serait l'hospitalisation dans des services de psychiatrie en hôpital général, de patients présentant des troubles somatiques graves, que ces services soient sectorisés ou non. Ces patients seraient admis alors au titre des « hors secteur » : cela nécessite, dans un cas comme dans l'autre, qu'un tel service rendu soit justement valorisé.

La deuxième possibilité serait la création, dans chaque territoire de soins d'une unité intersectorielle de psychiatrie, qui serait située dans un hôpital général.

Enfin, la troisième possibilité serait de créer de véritables unités médicopsychiatriques, pensées d'emblée en fonction de cette double compétence, et qui pourraient soit être « généralistes » (prenant en charge toutes les pathologies somatiques et toutes les pathologies psychiatriques), soit hyperspécialisées, en fonction d'une spécialité médicale (postchirurgie, postréanimation...) ou psychiatrique (psychoses décompensées, troubles addictifs...)(23).

Les raisons de la création de ce type d'unité sont donc multiples :

-Tout d'abord, quels que soient l'étiologie et les mécanismes (parfois difficiles à identifier), les troubles psychiatriques peuvent entraver la prise en charge de la pathologie organique notamment en compromettant, pour des raisons diverses, la poursuite d'un traitement majeur à visée somatique (corticoïdes, anticoagulants, thérapeutique antirejet...) et en majorer la morbidité et la mortalité(37).

-Le coût de la prise en charge de ces patients (durée d'hospitalisation, investigations diagnostiques, arrêts de travail...) est alors considérablement augmenté, que ce soit par une nouvelle décompensation de la pathologie organique ou par les conséquences directes de la pathologie psychiatrique.

-Enfin, même si généralement, l'avis ponctuel d'un consultant en psychiatrie de liaison peut apporter la compétence qui manque dans une structure d'hospitalisation traditionnelle, cette organisation pragmatique peut être prise en défaut quand la double compétence somatique et psychiatrique est requise face à la situation critique d'un patient dont l'évaluation et le traitement doivent être ajustés quotidiennement. La difficulté est alors de se confronter à l'absence de structure hospitalière apte à prodiguer simultanément des soins médicaux organiques éventuellement complexes et des soins psychiatriques continus.

Ces éléments de raisonnement ont amené à envisager ce nouveau type d'unité hospitalière.

Elles n'existent malheureusement pas pour le moment en France. On les trouve dans d'autres pays comme en Suisse, où les unités médicopsychiatriques des hôpitaux généraux réunissent des équipes médicales et infirmières issues de la médecine interne et de la psychiatrie(38).

Tout médecin a connu ou sera confronté un jour ou l'autre aux limites de la distinction « médecine somatique »/ « médecine psychiatrique », à une situation critique où l'intrication maladie somatique-troubles psychiatriques met en jeu le pronostic vital ou encore à un patient « oscillant » entre les services de médecine interne et de psychiatrie. Les unités médicopsychiatriques devraient permettre de développer des compétences spécifiques pour ces patients nécessitant une double prise en charge, tout en gardant à chacun, interniste et psychiatre, sa propre spécificité(37).

4.4.3 Question libre

-26) Avez-vous actuellement d'autres attentes à propos de la psychiatrie de liaison ?

Une question libre a été mise en place à la fin du questionnaire afin de permettre au professionnel interrogé de pouvoir compléter ses réponses par des aspects qui n'auraient été abordés lors des questions précédentes. Elle est donc restée à la libre appréciation de chaque personne interrogée.

CHAPITRE 5 : RESULTATS

5.1 Résultats principaux

5.1.1 Questions portant sur l'expérience du praticien

Dix services différents ont été sollicités, avec la répartition suivante :

Organigramme médical des services							
Service	Interne	Assistant	Praticien	Professeur	total	Répondeurs	%
Urgences	12	9	26		47	20	42.5
Réanimation médicale	8	1	3	2	14	10	71.4
Réanimation chirurgicale	3	1	3		7	2	28.5
COT*	4	2	1	2	9	4	44.4
Chirurgie Générale	6	4	3	1	14	4	28.5
Neurologie	9	1	10	3	23	7	30.4
Neurochirurgie	6	3	3	5	17	2	11.7
Gynécologie	21	4	5	1	31	10	32
Obstétrique	19	3	6	1	29	13	45
Cancérologie	29	4	10	7	50	16	30
TOTAL					241	88	36.5

*COT : Chirurgie orthopédique et traumatique

Le nombre d'envoi total a été de 241, le nombre de réponses de 88, soit un taux de retour au questionnaire global de **36.5 %**.

Le nombre de retour est très variable selon les spécialités, passant de 11.7% pour le service de Neurochirurgie à 71% pour le service de Réanimation médicale.

Tableau D.1 Descriptif des répondants

	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>mediane</u>	<u>moyenne</u>	<u>ET*</u>
q1# Service					
Cancérologie	16	18,2			
Chirurgie Générale	4	4,5			
Chirurgie orthopédique et traumatique	4	4,5			
Gynécologie	10	11,4			
Neurochirurgie	2	2,3			
Neurologie	7	8,0			
Obstétrique	13	14,8			
Réanimation chirurgicale	2	2,3			
Réanimation médicale	10	11,4			
Urgences	20	22,7			
q2# Statut					
Assistant-chef de clinique	17	19,3			
Interne	36	40,9			
Praticien hospitalier	28	31,8			
Professeur des universités	7	8,0			
q3# Annees exercice	88		4,0	8,8	10,0

* écart-type

La répartition par statut médical place les Internes en premiers répondants (40.9%), puis les Praticiens hospitaliers (31.8%), les Assistants-chef de clinique (19.3%) et les Professeur des universités (8%).

La moyenne d'années d'exercice des médecins répondants était de 8.8 années, pour une médiane de 4, avec un écart type de 10.

Question 4 et sous questions associées.

	N	%
q4# Avez-vous déjà fait appel au service de Psychiatrie de liaison :		
NON	18	20,5
OUI	70	79,5

q4# Si oui au cours des deux dernières années :

Manquant	18	
1 seule fois	12	17,1
1 à 10 fois	30	42,9
plus de 10 fois	28	40,0

q4# Si non est-ce :

-Par manque de temps	0	0
-Par manque de connaissance des structures	6	33,3
-Par cause de délai trop long	0	0
-Parce que la situation ne nécessitait pas l'avis d'un psychiatre	5	27,8
-Autre réponse... (réponse libre)*	7	38,9

*Cinq des sept réponses libres expliquent n'avoir pas eu recours à la psychiatrie de liaison car ces services disposent de psychiatres dans leur service ; Il s'agit en fait de l'existence de modèles intégrés de la psychiatrie de liaison et donc non dénommés comme « psychiatre de liaison ».

Le taux de 79.5% de répondants ayant déjà fait appel à la psychiatrie de liaison est un taux élevé et attendu car les services sollicités ont été sélectionnés sur ce facteur. De plus, ce taux est légèrement minoré par les cinq répondants n'ayant pu répondre correctement à la réponse à cause de la confusion engendrée par le terme de psychiatrie de liaison.

Parmi les répondants ayant déjà sollicité les services de liaison, 83% l'ont fait au moins une fois au cours des deux dernières années, et parmi eux 40% plus de dix fois.

Les raisons de la non sollicitation des services de psychiatrie de liaison sont partagées entre le manque de connaissance des structures disponibles (qui se retrouvent également dans les réponses libres) et l'absence de recours à ce type de service car jugé non nécessaire.

5.1.2 Questions à échelle d'évaluation

Tableau D.2 Descriptif des réponses aux questions

	N	%
q5# Evaluation diagnostique d'un trouble psychiatrique :		
Pas important	0	0
Peu important	7	8,0
Relativement important	41	46,6
Très important	40	45,5
q6# Informations sur la pathologie psychiatrique rencontrée :		
Pas important	1	1,1
Peu important	15	17,0
Relativement important	51	58,0
Très important	21	23,9
q7# Evaluation du risque suicidaire :		
Pas important	1	1,1
Peu important	2	2,3
Relativement important	18	20,5
Très important	67	76,1
q8# Evaluation de la participation d'un syndrome dépressif dans un tableau clinique somatique :		
Pas important	2	2,3
Peu important	9	10,2
Relativement important	59	67,0
Très important	18	20,5

Tableau D.2 Descriptif des réponses aux questions

	N	%
q9# Evaluation du caractère psychiatrique d'un trouble comportemental :		
Pas important	2	2,3
Peu important	5	5,7
Relativement important	45	51,1
Très important	36	40,9
q10# Evaluation du retentissement psychiatrique d'une maladie somatique :		
Pas important	4	4,5
Peu important	13	14,8
Relativement important	53	60,2
Très important	18	20,5
q11# Evaluation de la part psychogène à l'origine de la symptomatologie somatique :		
Pas important	2	2,3
Peu important	13	14,8
Relativement important	58	65,9
Très important	15	17,0
q12# Thérapeutique médicamenteuse préconisée :		
Pas important	0	0
Peu important	7	8,0
Relativement important	40	45,5
Très important	41	46,6
q13# Thérapeutique non médicamenteuse préconisée :		
Pas important	1	1,1
Peu important	14	15,9
Relativement important	48	54,5
Très important	25	28,4
q14# Apport d'un entretien psychiatrique permettant la compréhension psychologique du patient :		
Pas important	4	4,5
Peu important	16	18,2
Relativement important	47	53,4
Très important	21	23,9
q15# Conseil vis-à-vis de l'attitude psychologique à adopter face à un patient :		
Pas important	5	5,7
Peu important	11	12,5
Relativement important	54	61,4
Très important	18	20,5

Tableau D.2 Descriptif des réponses aux questions

	N	%
q16# Alternative à l'hospitalisation en soins somatiques :		
Pas important	4	4,5
Peu important	16	18,2
Relativement important	45	51,1
Très important	23	26,1
q17# Développement du lien de l'équipe de psychiatrie de liaison avec l'équipe soignante :		
Pas important	4	4,5
Peu important	8	9,1
Relativement important	38	43,2
Très important	38	43,2
q18# Développement d'une prise en charge thérapeutique multidisciplinaire :		
Pas important	2	2,3
Peu important	13	14,8
Relativement important	41	46,6
Très important	32	36,4
q19# Participation à une concertation pluridisciplinaire :		
Pas important	4	4,5
Peu important	24	27,3
Relativement important	36	40,9
Très important	24	27,3
q20# Résolution d'un conflit entre le patient et l'équipe soignante :		
Pas important	2	2,3
Peu important	27	30,7
Relativement important	39	44,3
Très important	20	22,7
q21# Répondre à une demande de la famille du patient :		
Pas important	1	1,1
Peu important	16	18,2
Relativement important	46	52,3
Très important	25	28,4
q22# Présence lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle au patient :		
Pas important	14	15,9
Peu important	39	44,3
Relativement important	28	31,8
Très important	7	8,0

Tableau D.2 Descriptif des réponses aux questions

	N	%
q23# Annonce d'une mauvaise nouvelle à la famille :		
Pas important	14	15,9
Peu important	41	46,6
Relativement important	29	33,0
Très important	4	4,5
q24# Développement de consultations pluridisciplinaires :		
Pas intéressant	6	6,8
Peu intéressant	27	30,7
Relativement intéressant	43	48,9
Très intéressant	12	13,6
q25# Développement d'unités Médicopsychiatriques :		
Pas intéressant	2	2,3
Peu intéressant	7	8,0
Relativement intéressant	47	53,4
Très intéressant	32	36,4

5.1.3 Questions à échelle d'évaluation après regroupement à trois modalités.

Pour simplifier l'interprétation des réponses : les réponses : « pas » et « peu important » ont été regroupées.

Tableau D.3 Descriptif des réponses aux questions après regroupement

	N	%
q5# Evaluation diagnostique d'un trouble psychiatrique :		
Pas ou peu important	7	8,0
Relativement important	41	46,6
Très important	40	45,5
q6# Informations sur la pathologie psychiatrique rencontrée :		
Pas ou peu important	16	18,2
Relativement important	51	58,0
Très important	21	23,9
q7# Evaluation du risque suicidaire :		
Pas ou peu important	3	3,4
Relativement important	18	20,5
Très important	67	76,1
q8# Evaluation de la participation d'un syndrome dépressif dans un tableau clinique somatique :		
Pas ou peu important	11	12,5
Relativement important	59	67,0
Très important	18	20,5
q9# Evaluation du caractère psychiatrique d'un trouble comportemental :		
Pas ou peu important	7	8,0
Relativement important	45	51,1
Très important	36	40,9
q10# Evaluation du retentissement psychiatrique d'une maladie somatique :		
Pas ou peu important	17	19,3
Relativement important	53	60,2
Très important	18	20,5
q11# Evaluation de la part psychogène à l'origine de la symptomatologie somatique :		
Pas ou peu important	15	17,0
Relativement important	58	65,9
Très important	15	17,0
q12# Thérapeutique médicamenteuse préconisée :		
Pas ou peu important	7	8,0
Relativement important	40	45,5
Très important	41	46,6
q13# Thérapeutique non médicamenteuse préconisée :		
Pas ou peu important	15	17,0
Relativement important	48	54,5
Très important	25	28,4

Tableau D.3 Descriptif des réponses aux questions après regroupement

	N	%
q14# Apport d'un entretien psychiatrique permettant la compréhension psychologique du patient :		
Pas ou peu important	20	22,7
Relativement important	47	53,4
Très important	21	23,9
q15# Conseil vis-à-vis de l'attitude psychologique à adopter face à un patient :		
Pas ou peu important	16	18,2
Relativement important	54	61,4
Très important	18	20,5
q16# Alternative à l'hospitalisation en soins somatiques :		
Pas ou peu important	20	22,7
Relativement important	45	51,1
Très important	23	26,1
q17# Développement du lien de l'équipe de psychiatrie de liaison avec l'équipe soignante :		
Pas ou peu important	12	13,6
Relativement important	38	43,2
Très important	38	43,2
q18# Développement d'une prise en charge thérapeutique multidisciplinaire :		
Pas ou peu important	15	17,0
Relativement important	41	46,6
Très important	32	36,4
q19# Participation à une concertation pluridisciplinaire :		
Pas ou peu important	28	31,8
Relativement important	36	40,9
Très important	24	27,3
q20# Résolution d'un conflit entre le patient et l'équipe soignante :		
Pas ou peu important	29	33,0
Relativement important	39	44,3
Très important	20	22,7
q21# Répondre à une demande de la famille du patient :		
Pas ou peu important	17	19,3
Relativement important	46	52,3
Très important	25	28,4
q22# Présence lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle au patient :		
Pas ou peu important	53	60,2
Relativement important	28	31,8
Très important	7	8,0

Tableau D.3 Descriptif des réponses aux questions après regroupement

	N	%
q23# Annonce d'une mauvaise nouvelle à la famille :		
Pas ou peu important	55	62,5
Relativement important	29	33,0
Très important	4	4,5
q24# Développement de consultations pluridisciplinaires :		
Pas ou peu intéressant	33	37,5
Relativement intéressant	43	48,9
Très intéressant	12	13,6
q25# Développement d'unités Médicopsychiatriques :		
Pas ou peu intéressant	9	10,2
Relativement intéressant	47	53,4
Très intéressant	32	36,4

Données TR. Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 06NOV2014

Le champ d'intervention de la psychiatrie de liaison le plus important, dans ce questionnaire, est celui de « l'évaluation du risque suicidaire » (question 7) avec **96.6%** de réponses le considérant comme important, dont **76.1%** de réponses : « très important ».

En deuxième position, on retrouve trois champs d'intervention ne totalisant que 8% de réponses : « pas ou peu importantes ».

Il s'agit de :

- « la thérapeutique médicamenteuse préconisée » (question 12) avec **46.6%** de réponses : « très important »,
- « l'évaluation diagnostique d'un trouble psychiatrique » (question 5) avec **45.5%** de réponses : « très important »
- « l'évaluation du caractère psychiatrique d'un trouble comportemental » (question 9) avec **40.9%** de réponses : « très important ».

Le troisième champ d'intervention est celui de :

« L'évaluation de la participation d'un syndrome dépressif dans un tableau clinique somatique » (question 8) avec seulement 20.5% de réponses : « très important » mais 67% de réponses : « relativement important ».

Les champs d'interventions pour lesquels les réponses sont les plus divergentes sont ceux :

- de la question 19 : « Participation à une concertation pluridisciplinaire » : « Pas ou peu important » 31.8%, « Relativement important » 40.9%, « Très important » 27.3%
- et de la question 20 : « Résolution d'un conflit entre le patient et l'équipe soignante » : « Pas ou peu important » 33%, « Relativement important » 44.3%, « Très important » 22.7%.

La majorité des questions recueille une majorité de réponses : « relativement important » ou « très important » validant ainsi l'intérêt des somaticiens pour les différents champs d'intervention.

Toutefois, deux champs n'obtiennent pas cette majorité, ils concernent :

- la question 22 : « Présence lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle au patient » avec **60.2 %** de réponses : « peu ou pas important »
- et la question 23 : « Annonce d'une mauvaise nouvelle à la famille » avec **62.5%** de réponses : « peu ou pas important »

Enfin, les deux dernières questions s'adressant plus spécialement aux deux champs de développements futurs de la psychiatrie de liaison recueillent une majorité d'avis favorables ; Néanmoins « le développement des unités Médicopsychiatriques » (question 25) paraît plus intéressant à analyser : 53.4% de réponses : « relativement intéressant » et 36.4% de réponses : « Très intéressant ».

« Le développement de consultations pluridisciplinaires » (question 24) obtient 48.9% de réponses : « relativement intéressant » et 13.6% de réponses : « Très intéressant ».

5.2 Résultats selon les caractéristiques des médecins.

5.2.1 Résultats selon la spécialité des médecins.

Le Test du Chi-2 n'a pas pu démontrer de différences statistiques, les effectifs étant trop faibles pour les différents groupes.

5.2.2 Résultats selon le statut médical (Annexe 2)

Une différence statistique est mise en évidence pour la question 5, à savoir une attente plus faible pour le groupe de médecins « Internes » pour le champ d'intervention : « Evaluation d'un diagnostic psychiatrique ». Il s'agit du seul groupe ayant répondu « pas ou peu important » pour environ 20% de leur réponses. On relève même une augmentation croissante des réponses : « Très important » selon l'élévation du statut médical soit : **35,5%** pour le groupe Assistant-chef de clinique, **53.6%** pour le groupe Praticien Hospitalier et **71,4%** pour le groupe Professeur des Universités.

5.2.3 Résultats selon la réponse à la question 4 (Annexe 3)

La question 4 constitue deux groupes : l'un pour les médecins ayant déjà fait appel à un service de psychiatrie de liaison, l'autre pour ceux ne l'ayant jamais fait.

On observe une différence significative pour la question 17 : « Développement du lien de l'équipe de psychiatrie de liaison avec l'équipe soignante ». Le groupe n'ayant jamais fait appel à un service de psychiatrie de liaison répond majoritairement (**55.6 %**) : « Relativement important », alors que le groupe ayant déjà fait appel à un service de psychiatrie de liaison répond majoritairement (**50%**) : « Très important ».

5.3 Question 26 : Avez-vous actuellement d'autres attentes à propos de la psychiatrie de liaison

Cette réponse se présentait sans caractère obligatoire, ainsi, 21 médecins ont souhaité s'exprimer parmi les 88 ayant répondu au questionnaire.

Les réponses sont assez variées. Néanmoins, on retrouve trois groupes de réponses recueillant chacune quatre réponses :

-Un premier groupe exprimant simplement sa satisfaction du service délivré par l'équipe de psychiatrie de liaison avec laquelle ils sont en relation.

-Un deuxième groupe de réponses exprimant une attente envers le développement d'un meilleur lien avec l'équipe de psychiatrie de liaison, notamment par une meilleure disponibilité, facilité de relation, confiance et réactivité, allant jusqu'à même proposer un passage régulier pour l'une des réponses.

-Le dernier groupe de réponses exprime la difficulté, de trouver un endroit approprié pour des patients présentant une double pathologie somatique et psychiatrique après l'intervention des équipes de psychiatrie de liaison. Les solutions proposées ne répondant pas à leurs attentes.

CHAPITRE 6 : DISCUSSION

Comme cela a été décrit précédemment, le domaine de la psychiatrie de liaison est vaste et ses enjeux importants. Toutefois, le travail de cette thèse s'est intéressé aux attentes des somaticiens à l'échelon local du Centre Hospitalier Universitaire de Nancy.

Une des difficultés de cette étude descriptive a été de cibler précisément les attentes des médecins somaticiens vis-à-vis de la psychiatrie de liaison.

La thématique des questions a rassemblé les différents champs d'intervention en psychiatrie de liaison mais malgré les efforts de globalisation, tous les domaines n'ont pas tous été explorés. En effet, la psychiatrie de liaison est une pratique en perpétuelle évolution contrainte de s'adapter aux changements institutionnels, médicaux, techniques, éthiques et sociétaux.

Les questions ont été formulées afin d'éviter une critique des services de psychiatrie de liaison avec lesquels les services interrogés travaillent. Cela a donc justifié l'utilisation de questions fermées à quatre modalités de réponses.

Il ne s'agit donc que d'un mode particulier de recueil de données utilisé sciemment afin d'éviter un biais de réponse trop important, le questionnaire ne se réclamant pas comme une enquête de satisfaction envers la psychiatrie de liaison.

Le choix des services sollicités est justifié par l'intensité de leurs demandes envers la psychiatrie de liaison. Cependant, ces résultats restent essentiellement descriptifs. Ils ne peuvent malheureusement prétendre à une extrapolation plus importante à l'échelon local ou plus.

En outre, il n'est pas à négliger que chaque service hospitalier peut présenter un profil de patient spécifique. Des circonstances similaires amenant ainsi ces patients dans le même service. Par exemple, on retrouve ainsi préférentiellement les patients ayant fait une tentative de suicide dans les services d'urgence au vu de la surveillance vitale de leurs paramètres (Unité d'Accueil des Urgences, Unité de Surveillance Continue Médicale ou Réanimation Médicale). Cette spécificité de la symptomatologie somatique amène donc à une spécificité psychiatrique. La vision de la psychiatrie des médecins de ces services s'en retrouve naturellement influencée, l'image du patient souffrant de troubles psychiatriques se constituant selon la répétition de leurs demandes d'interventions de la psychiatrie de liaison. Ceci amène donc un certain nombre d'indications préférentielles selon le service à l'origine de la demande.

On peut toutefois envisager d'autres moyens de recueillir des données similaires ; Ce travail ne se veut pas exhaustif mais peut permettre d'établir d'autres pistes réflexions, voire d'études portant sur le développement de la psychiatrie de liaison.

Cette étude comporte certains biais :

6.1 Les Biais

Cette étude descriptive, comme toute étude, comporte certains biais qu'il convient de préciser.

6.1.1 Biais de sélection

C'est le biais le plus courant ; il représente une distorsion de l'estimation de l'effet due à la manière de sélectionner la population à étudier.

Il concerne plusieurs données dans cette étude : les caractéristiques qualitatives et quantitatives de l'échantillon des répondeurs, la période de diffusion du questionnaire.

L'utilisation d'un auto-questionnaire implique un nombre de réponses en retour très variables selon le type de population concernée.

Dans ce travail, la population concernée est exclusivement médicale quelque soit le statut du médecin pratiquant dans les services présélectionnés. Le premier biais concerne donc la sélection des services somatiques spécifiques ; cette sélection a permis d'obtenir une population ayant eu recours aux services de psychiatrie de liaison, dans le but d'accroître le nombre de réponses en lien avec un retour d'expériences « pratiques » et d'éviter un maximum les réponses motivées uniquement par des réflexions « théoriques ». C'est la raison pour laquelle les résultats sont limités aux services sollicitant régulièrement les services de psychiatrie de liaison et ne sont donc pas extrapolables à l'ensemble du

Centre Hospitalier Universitaire de Nancy. Toutefois, un travail plus conséquent sur l'ensemble des services du Centre Hospitalier Universitaire de Nancy apporterait une meilleure représentativité des résultats.

Le taux de réponse de 36.5% est relativement important ce qui limite les biais de sélection pour les résultats généraux. Les effectifs étudiés étant trop faibles comme décrit dans le chapitre, les résultats spécifiques ne permettent que peu d'interprétations.

De plus il n'existe pas de service médical « type », puisque chaque service dispose de sa propre répartition en catégories de médecins.

La période de diffusion du questionnaire influence également la sélection de la population étudiée ; les résultats étant interprétables à un instant donné. L'évolution des pratiques au cours des années à venir peut entraîner des résultats différents.

La période de diffusion du mois d'octobre a été choisie afin de limiter très modestement la modification des populations médicales ; les nombreux changements médicaux universitaires se déroulant en majorité au mois de novembre de chaque année.

6.1.2 Biais propre à l'auto-questionnaire

L'utilisation d'un auto-questionnaire entraîne des biais qui lui sont directement liés. Tout d'abord cet auto-questionnaire a été créé spécialement pour cette étude. Lors de son élaboration, de nombreuses modifications ont été faites puisque l'interprétation du lecteur était variable, le sujet en lui-même étant matière à interprétation. Le questionnaire a donc été réalisé de la manière la plus universelle possible afin de faciliter la compréhension de ses questions.

Toutefois, malgré ces précautions, il reste un biais d'interprétation ou de compréhension des questions.

6.1.3 Biais de confusion

Le biais de confusion est type particulier de biais, où l'effet du facteur étudié est mélangé avec les autres effets d'autres facteurs qui n'ont pas de rapport direct avec le problème traité dans l'étude. Dans le cadre cette étude il reste difficile à définir, pouvant se confondre avec le biais d'interprétation.

6.2 Interprétations des résultats

On note que tous les services sollicités ont participé, mais dans des proportions très variables, ce qui n'a pas permis de comparer les différentes spécialités dans l'exploitation des résultats.

La médiane de 4 années d'exercice, pour une moyenne de 8.8 années confirme que ce sont les Internes qui ont le plus participé puis les Assistants-Chef de clinique, les Praticiens Hospitaliers et enfin les Professeur des Universités.

Presque 80% des médecins interrogés ont déjà sollicité une équipe de psychiatrie de liaison dans leur pratique, ce qui est un résultat attendu étant donné la population de médecins ciblée pour l'étude.

Parmi les répondants ayant déjà sollicité les services de liaison, 40% l'ont fait plus de dix fois au cours des deux dernières années, ce qui intègre la psychiatrie de liaison dans la pratique de ces professionnels de santé. A contrario, elle paraît plus anecdotique pour les 60% restants. On peut ainsi conclure à des disparités entre des médecins somaticiens plus enclins que d'autres à privilégier une approche psychiatrique dans leurs pratiques.

Parmi les raisons pour lesquelles les médecins hospitaliers n'ont jamais sollicité les services de psychiatrie de liaison, un tiers l'explique par le manque d'informations sur les structures disponibles.

Il est à noter qu'un autre tiers ne définissait pas une structure de psychiatrie de liaison particulière puisqu'elle était « intégrée » au service somatique.

On comprend ainsi, que par ces deux types de réponses, qu'il reste un travail important à fournir dans l'information et la formation des équipes médicales vis-à-vis des structures et des possibilités des services de psychiatrie de liaison.

L'enjeu pour l'essor de la psychiatrie de liaison au sein des autres spécialités, est donc de pouvoir disposer d'un caractère pédagogique, voire même « publicitaire » afin d'augmenter plus justement son champ d'intervention.

Le champ d'intervention le plus important pour les somaticiens, au travers de cette étude, est l'évaluation du risque suicidaire. Il paraît logique et légitime qu'il incombe au psychiatre de définir ce risque.

Les attentes sont d'autant plus fortes pour les somaticiens ayant sollicité son intervention. Le risque de décès par suicide peut ainsi être qualifié comme hors compétence par le somaticien, préférant alors déléguer la prise en charge en cas de risque avéré. Son écho raisonne de manière très profonde pour le médecin somaticien, « Quelle est donc cette maladie invisible qui peut faire que le patient se délivre lui-même la mort alors que pour l'essentiel des pathologies somatiques le patient souhaite que l'on puisse prolonger sa vie ? ».

Il est intéressant de noter que l'incidence de suicide est très largement supérieure dans les hôpitaux psychiatriques que dans les hôpitaux généraux(88).

La prévention du suicide à l'hôpital peut s'appuyer sur cinq types de mesures : la sécurisation de l'environnement hospitalier, l'optimisation de la prise en charge des patients à risque suicidaire, la formation des équipes soignantes, l'implication de l'entourage dans les soins et la mise en œuvre de procédures « postévénementielles » faisant suite à la survenue d'un suicide ou d'une tentative de suicide. Il existe de nombreuses formations pour la gestion du risque suicidaire, or, elles ne s'adressent le plus souvent qu'à un public exerçant dans le domaine de la psychiatrie. Il serait donc intéressant de l'élargir au domaine de la santé afin de prévenir ce risque, même hors des structures dites « psychiatriques ».

L'évaluation et la prévention du risque suicidaire reste donc un défi pour la psychiatrie de liaison.

Les autres champs d'intervention de la psychiatrie de liaison répondant, après le risque suicidaire, aux attentes des somaticiens sont alors les diagnostics psychiatriques, les troubles comportementaux et l'emploi des thérapeutiques médicamenteuses.

Lorsque l'on s'intéresse à l'évolution des diagnostics en psychiatrie, on se rend compte qu'il existe de nombreuses évolutions au sein même de deux principales classifications : DSM V(89) et CIM 10 (90). Il existe toujours pour les initiés des discussions et débats nosographiques propres à la psychiatrie.

On comprend qu'un médecin non sensibilisé à ces notions subtiles ne peut aisément comprendre toutes les variations diagnostiques propres à la psychiatrie. Néanmoins, le diagnostic repose aussi essentiellement sur la clinique, domaine important de la psychiatrie. Le caractère obscur du diagnostic psychiatrique participe sans doute aux demandes d'évaluation diagnostique en psychiatrie de liaison.

Les troubles comportementaux sont également sources de questionnement pour les somaticiens. Les bizarreries, l'étrangeté, les comportements « hors norme » posent de nombreuses questions dans l'imaginaire médical. Dans un monde médical de plus en plus scientifique ; l'incongru reste le domaine d'exercice du psychiatre.

Une autre sollicitation plus formelle est celle de la psychopharmacologie ou le bon emploi des « psychotropes ». Ce domaine est un des plus scientifiques pour la psychiatrie et fait appel aux notions pharmacologiques. Elles restent, à l'heure actuelle, indispensables dans l'exercice du domaine médical psychiatrique ou somatique. Un des ouvrages de référence en la matière étant le livre du Professeur STAHL : Psychopharmacologie essentielle: Le guide du prescripteur (91).

Comme les réponses divergentes l'ont mise en évidence, les avis des somaticiens sont très partagés sur les possibilités d'intervention de la psychiatrie de liaison dans les concertations pluridisciplinaires et dans les situations de conflits entre un patient et l'équipe soignante.

Les concertations pluridisciplinaires permettent de prendre une décision collégiale dans le but de cerner tous les aspects possibles d'une pathologie. On peut donc voir dans les avis peu favorables à la venue de psychiatres dans la décision, un manque de considération pour la dimension psychique du patient et son influence dans les soins hospitaliers. Toutefois, la variabilité des réponses montre la diversité des sensibilités des médecins envers la psychiatrie.

Les situations de conflits soignant-soignés sont également source de désaccords envers la solution à apporter. Le conflit pour résoudre le conflit montre qu'une partie des médecins n'est pas opposée à ce qu'un professionnel du dialogue puisse intervenir alors que d'autres pensent que la responsabilité de résoudre la situation ne revient qu'aux soignants impliqués.

Il apparaît aussi, par cette étude, que certains champs d'investigation ne répondent pas aux attentes des médecins demandeurs. La présence d'une équipe de psychiatre de liaison n'est globalement pas souhaitée lors de l'annonce de mauvaises nouvelles au patient ou même à sa famille. Elle reste, sûrement, à juste titre, le ressort du médecin en charge sans support psychologique d'une manière très générale. Ce qui ne veut dire que dans de rares cas particuliers, la psychiatrie de liaison puisse avoir un rôle à jouer mais uniquement pour les situations exceptionnelles.

Comme décrit précédemment, le futur de la psychiatrie de liaison tend actuellement vers le développement de deux types d'exercice particuliers que sont le développement d'unités Médicopsychiatriques ainsi que celui de consultations pluridisciplinaires.

Les résultats ont montré que les collègues somaticiens ont de plus fortes attentes envers les unités Médicopsychiatriques ; les consultations pluridisciplinaires étant moins plébiscitées. Ainsi donc, le développement de pareilles unités bénéficierait d'un soutien potentiel en dehors de celui des soignants psychiatriques et permettrait ainsi de renforcer la collaboration entre les milieux somatiques et psychiatriques. Un tel modèle de prise en charge pour les patients amènerait à repenser le fonctionnement hospitalier, par la présence d'une collaboration de psychiatres et médecins internistes au sein de la même structure, les infirmiers devant être sensibilisés aux symptômes psychiques et physiques présentés par les patients. Les frontières autrefois relativement marquées seraient plus ténues.

Lors des résultats comparatifs, une différence a été remarquée selon le statut du médecin pour l'intérêt du diagnostique posé par le psychiatre de liaison ; Cette attente se renforçant avec l'expérience du praticien. Quelle peut-elle être la raison de cette évolution : la valeur d'un diagnostique psychiatrique augmente-telle avec l'expérience du praticien ? Pourquoi les plus jeunes médecins seraient moins focalisés sur l'aspect diagnostique que leurs aînés ? Le rapport vis-à-vis du diagnostique semble ainsi différent selon les années de pratiques.

Une deuxième différence se constitue selon le fait que le médecin ait ou non sollicité une équipe de psychiatrie de liaison. Le groupe ayant déjà fait appel à ces équipes est en attente d'un lien collaboratif plus fort avec les équipes de psychiatrie de liaison, que celui qui n'a pas eu l'expérience de ces situations. On peut supposer que le fait d'avoir été en demande, renforce l'attente de collaboration. Ou même que, les interventions des équipes de psychiatrie de liaison sont tout simplement plus efficaces, quand les échanges entre équipes de liaison et équipes soignantes hospitalières bénéficient d'une meilleure compréhension et respect mutuels. L'expérimentation de ce contact interprofessionnel valoriserait ainsi l'impact de l'aspect relationnel dans l'efficacité d'une intervention de psychiatrie de liaison qui prendrait alors, un sens tout autre. Un aspect, à fortiori accessoire pour le non-initié, serait majeur pour l'expérimentateur faisant alors sens pour ce que représente le mot « Liaison ».

La toute dernière question du questionnaire laisse à la libre interprétation de chaque médecin son attente vis-à-vis des services de psychiatrie de liaison. Les réponses répétées ont pu être regroupées en trois ensembles. Certains n'ont pas hésité à exprimer leur satisfaction des services et relations qu'ils peuvent entretenir avec leurs équipes psychiatriques dédiées, ce qui est valorisant pour leur travail accompli, actuel et futur auquel il faudrait pouvoir rendre crédit.

D'autres ont encore comme, peu avant, demandé un meilleur lien avec les équipes comprenant les notions de disponibilité, réactivité, facilité de relation et confiance. La notion de confiance implique qu'il existe encore malheureusement une certaine méfiance pour certains professionnels médicaux ; la confiance, étant une notion réciproque, montre qu'il reste encore des réticences, voire résistances des deux partis impliqués. Une amélioration des relations est donc possible et attendue ; elle impute aux différents protagonistes de pouvoir exister.

Les dernières attentes prennent plus particulièrement la forme de constatations de situations complexes rencontrées, pour lesquelles les réponses apportées paraissaient insuffisantes. Elles mettent en avant la difficulté de prise en charge de patients présentant des pathologies dépassant le cadre d'une symptomatologie psychiatrique unique. Il s'agit de situations délicates où la polypathologie somato-psychiatrique rend complexe la délivrance de soins au vu des possibilités actuelles. Elles font ainsi écho à la notion de création des unités médicopsychiatriques ou autre structure mixtes actuellement non disponibles.

CHAPITRE 7 : CONCLUSION

Finalement, l'étude des attentes des somaticiens envers la psychiatrie de liaison ne représente qu'une des nombreuses approches permettant de s'intéresser aux enjeux de la psychiatrie de liaison.

La psychiatrie de liaison fait interagir trois protagonistes : le psychiatre, le somaticien et le patient. L'apport de ce type d'investigation permet de s'intéresser aux initiateurs de la démarche de la liaison psychiatrique.

L'objectif de ce modeste travail a été de mettre en évidence les attentes principales des spécialités médicales vis-à-vis de la psychiatrie de liaison, l'objectif secondaire étant de percevoir des spécificités selon les médecins demandeurs.

Avec l'aide de psychiatres expérimentés dans ce domaine et l'apport des publications actuelles, un auto-questionnaire a été créé dans le but de recueillir ces données dans les services médicaux ayant été à l'origine de nombreuses demandes en psychiatrie de liaison.

Au total les résultats recueillis ont pu mettre en évidence que la plus forte attente, dans la population de médecins interrogés, concernait :

-l'évaluation du risque suicidaire parmi le panel des champs d'interventions actuels de la psychiatrie de liaison proposés par le questionnaire.

Puis :

-la thérapeutique médicamenteuse préconisée

-l'évaluation diagnostique psychiatrique

-l'évaluation du caractère psychiatrique d'un trouble comportemental.

A cause d'un nombre de réponses trop faible peu de spécificités selon les médecins interrogés ont pu être mises en évidence. Cependant, il semble que le statut médical influence l'importance du

diagnostique psychiatrique et que l'expérimentation de la sollicitation d'un service de psychiatrie de liaison renforce l'attente d'un lien plus fort avec les équipes soignantes.

En ce qui concerne l'avenir de la psychiatrie de liaison, le développement des unités Médicopsychiatriques semble également fortement intéresser les médecins interrogés.

L'aspect collaboratif de la psychiatrie de liaison participe à la difficulté de son exercice, valorise sa richesse et constitue, de lui-même, un enjeu.

Il est bien entendu nécessaire de pouvoir poursuivre, par d'autres travaux à venir, le développement des relations entre la psychiatrie et le milieu hospitalier traditionnel afin de favoriser l'efficacité de chaque pratique dont patient sera le bénéficiaire final.

Toutefois, la Psychiatrie de Liaison reste une pratique relativement jeune vis-à-vis de la psychiatrie et du domaine médical. De nombreux types d'approches existent donc selon les pays, mais aussi les structures auxquelles elle se confronte. L'évolution des pratiques tend vers l'utilisation de modèles de plus en plus uniformisés dans le but de déstigmatiser la psychiatrie de liaison, mais aussi de permettre l'acceptation des équipes de psychiatrie dans un lieu où elles étaient auparavant exclues.

« La psychiatrie de liaison est un art difficile. Il faut rassurer les équipes, montrer l'efficacité de nos pratiques et l'utilité de notre point de vue ; il faut séduire un peu, suggérer sans critiquer, collaborer, conseiller sans décider. La psychiatrie de liaison est une psychiatrie confrontée aux autres, à l'image qu'ont d'elle médecins et malades »(92).

CHAPITRE 8 : BIBLIOGRAPHIE

1. DAOUD LE BOITE V ; GUILLIBERT E. Intérêt de l'évaluation en psychiatrie de liaison. *Nervure*. 2000;(6):41 -4.
2. R.Zumbrunnen. *Psychiatrie de liaison*. MASSON. 1991. 230 p.
3. HAYEZ J-Y. *Le psychiatre à l'hôpital d'enfant, somatisations et pédopsychiatrie de liaison*. PUF. Paris; 1991.
4. MARIE-CARDINE M. Allocution d'introduction au XLIème colloque de la Société de Psychologie Médicale et de Psychiatrie de Liaison. *Rev Fr Psychiatr Psychol Médicale*. 1999;28(5):9-10.
5. JEAMMET P, REYNAUD M, CONSOLI S. *Psychologie Médicale*. Paris: Masson; 1980.
6. Bécache A. 13 - Malades psychosomatiques. In: de S la direction, Bergeret J, éditeurs. *Psychologie Pathologique (11e édition)* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2012 [cité 28 sept 2014]. p. 215-21. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294714832000136>
7. Chocard A-S, Malka J, Tourbez G, Duverger P, Gohier B, Garré J-B. Psychiatrie de liaison: Quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. oct 2005;163(8):691-6.
8. 1er CONGRES INTER REGIONAL DE PSYCHIATRIE DE LIAISON. 2009 sept 25; CHU RENNES.
9. TALBOTT JA. La psychiatrie de liaison aux U.S.A. *Psychiatr Fr*. 1994;(3):31-44.
10. BRETENOUX I ; GUILLIBERT E. Quel avenir pour la psychiatrie de liaison. *Rev Fr Psychiatr Psychol Médicale*. 2000;(34):31-4.
11. MARIE CARDINE Michel; TERRA JL. La société de Psychologie Médicale et de psychiatrie de liaison de langue Française. *Rev Fr Psychiatr Psychol Médicale*. 2007;(103):7-9.
12. SCHMITT L ; AUBY P ; BENSOUSSAN M. Psychiatrie de liaison : spécificité, cohérence, enjeux. *Psychol Médicale*. 1994;(9):927-9.
13. Söllner W, Diefenbacher A, Creed F. Future developments in consultation-liaison psychiatry and psychosomatics. *J Psychosom Res*. janv 2005;58(1):111-2.
14. Consoli SM. La psychiatrie de liaison. Quelle actualité, quelles perspectives ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. avr 2010;168(3):198-204.
15. George M, Gupta R, Elanchenny N. P-391 - Audit of mid essex old age liaison psychiatry consultation service. *Eur Psychiatry*. 2012;27, Supplement 1:1.
16. SIKSOU M. Georges Libman Engel(1913-1999).Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. *J Psychol*. 2008;(260):52-5.
17. Douzenis A, Lykouras L, Christodoulou GN. Consultation liaison psychiatry in Greece. *J Psychosom Res*. avr 2008;64(4):457-8.
18. NICOLAS Lilian. *Psychiatrie de liaison : évolution des concepts et des pratiques*. [Nancy]: Médecine de lorraine; 2001.
19. Lloyd GG, Mayou RA. Liaison psychiatry or psychological medecine ? *Br J Psychiatry*. 2003;(183):5-7.
20. Caduff F, Georgescu D. Swiss Society of Consultation-Liaison Psychiatry. Current status of consultation-liaison psychiatry in Switzerland. *J Psychosom Res*. 2004;(56):562.

21. Kornfeld DS. Consultation-liaison psychiatry : contributions to medical practice. *Am J Psychiatry*. 2002;(159).
22. McKegney FP, O'Dowd MA, Schwartz CE, Marks RMtz. A fallacy of subspecialization in psychiatry. Consultation-liaison is a supraspecialty. *Psychosomatics*. 1991;(32):5-343.
23. Spadone C. Psychiatrie de liaison : quelle psychiatrie pour quelles liaisons ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. avr 2010;168(3):205-9.
24. SIROIS François. L'intervention brève en psychiatrie de consultation-liaison. *Sante Ment Que*. 2009;(68-2):237-54.
25. Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, et al. Consultation-liaison psychiatric service delivery: Results from a European study. *Gen Hosp Psychiatry*. mai 2001;23(3):124-32.
26. Jiang R-H, Zhou M, Dang W-M, Liu C-Z. Characteristics of consultation-liaison psychiatry in a psychiatric hospital in Beijing. *Chin Ment Health J*. sept 2009;23(9):613-5.
27. Ferrari S, Forghieri M, Pingani L, Rigatelli M. YPSP01-03 - « No country for old men »: consultation-liaison psychiatry activities in a geriatric population. *Eur Psychiatry*. 2010;25, Supplement 1:1704.
28. Mainprize E, Rodin G. Geriatric referrals to a psychiatric consultation-liaison service. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. févr 1987;32(1):5-9.
29. Bauer AM, Fielke K, Brayley J, Araya M, Alem A, Frankel BL, et al. Tackling the Global Mental Health Challenge: A Psychosomatic Medicine/Consultation-Liaison Psychiatry Perspective. *Psychosomatics*. mai 2010;51(3):185-93.
30. Hales RE. The benefits of a psychiatric consultation-liaison service in a general hospital. *Gen Hosp Psychiatry*. juill 1985;7(3):214-8.
31. Wood R, Wand APF. The effectiveness of consultation-liaison psychiatry in the general hospital setting: A systematic review. *J Psychosom Res*. mars 2014;76(3):175-92.
32. HOWANITZ EM, FREEDMAN J.B. Reasons for refusal of medical treatment by patients seen by a consultation-liaison service. *Hosp Community Psychiatry*. 1992;43:279.
33. Ballard C, Powell I, James I, Reichelt K, Myint P, Potkins D, et al. Can psychiatric liaison reduce neuroleptic use and reduce health service utilization for dementia patients residing in care facilities. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002;17(2):140-5.
34. Gitlin DF, Schindler BA, Stern TA, Epstein SA, Lamdan RM, McCarty TA, et al. Recommended guidelines for consultation-liaison psychiatric training in psychiatry residency programs: A report from the Academy of Psychosomatic Medicine Task Force on psychiatric resident training in consultation-liaison psychiatry. *Psychosom J Consult Liaison Psychiatry*. janv 1996;37(1):3-11.
35. Cottencin O, Lambert M, Queyrel V, Launay D, Morell-Dubois S, Hachulla E, et al. Consultation/liaison psychiatry practice: combined medical and psychiatric consultations. *J Psychosom Res*. août 2007;63(2):219-20.
36. Birmes P, Sarramon C, Schmitt L, Colonna C, Puel M, Lazorthes Y. Quelles consultations pluridisciplinaires : séquentielles ou combinées ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. avr 2001;159(3):241-7.
37. Marra D, Allilaire J-F, Piette J-C. Unité médicopsychiatrique, un concept à développer. *Rev Médecine Interne*. mai 2003;24(5):279-81.

38. Archinard M. Prise en charge à l'hôpital général : de la psychiatrie de liaison aux unités médicopsychiatriques. *Rev Médecine Interne*. 1998;19, Supplement 3:347-9.
39. Von Korff M, Katon W, Lin EH, Wagner EH. Evaluation of psychiatric consultation-liaison in primary care settings. *Gen Hosp Psychiatry*. mars 1987;9(2):118-25.
40. Katon W, Gonzales J. A review of randomized trials of psychiatric consultation-liaison studies in primary care. *Psychosomatics*. juin 1994;35(3):268-78.
41. Goldberg RJ, Burock J, Harrington CJ. Quality Indicators in Consultation–Liaison Psychiatry. *Psychosomatics*. sept 2009;50(5):550.
42. Archinard M, Dumont P, de Tonnac N. Guidelines and Evaluation: Improving the Quality of Consultation-Liaison Psychiatry. *Psychosomatics*. sept 2005;46(5):425-30.
43. Diefenbacher A, Georgescu D, Gaebel W. S40-03 Guidelines in consultation-liaison-psychiatry: A critical comment (TRAC-NR. 1824 5-17-2008). *Eur Psychiatry*. 2009;24, Supplement 1:S216.
44. Hart S. A questionnaire for the examination of psychiatric liaison-consultation programs. *Gen Hosp Psychiatry*. juill 1979;1(2):129-33.
45. Robinson L. Psychiatric consultation liaison nursing and psychiatric consultation liaison doctoring: similarities and differences. *Arch Psychiatr Nurs*. avr 1987;1(2):73-80.
46. De Andres M; Weyeneth M. Psychiatrie de liaison : un modèle triangulaire. *Rev Médicale Suisse Romande*. 1990;2(110):80-173.
47. Consoli SM. Psychiatrie à l'hôpital général. Elsevier Masson; 1998. p. 37-958 - A - 10 : 11 p.
48. Su J, Tsai C, Hung T, Chou S. Change in accuracy of recognizing psychiatric disorders by non-psychiatric physicians: Five-year data from a psychiatric consultation–liaison service. *Psychiatry Clin Neurosci*. déc 2011;65(7):618-23.
49. Maqbul Aljarad A, Dakhil Al Osaimi F, Al Huthail YR. Accuracy of Psychiatric Diagnoses in Consultation Liaison Psychiatry. *J Taibah Univ Med Sci*. 2008;3(2):123-8.
50. Pélicier N. À propos de la psychiatrie de liaison en cancérologie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. mars 2007;165(2):136-40.
51. DAOUD-LE BOITE V. Un an de psychiatrie de liaison : l'expérience du 15ème secteur de secteur de Seine-Saint-Denis au CHI de Montfermeil. Paris V; 1988.
52. BOBOLAKIS I. Psychiatrie de liaison, à propos de 519 demandes de consultation à l'hôpital de Montfermeil. *Perspect Psychiatr*. 1995 33è/34è année 1994;(45):245-50.
53. Böhme K. [Models of interdisciplinary cooperation in the treatment of suicidal patients in the general hospital: psychiatric consultation-liaison service--the multiprofessional team]. *Verhandlungen Dtsch Ges Für Inn Med*. 1985;91:328-33.
54. Sauvaget A, Guitteny M, Bulteau S, Cornet-Lemoine N, Bossis M-L, Giffaud S, et al. Consultation-liaison psychiatry interventions for the assessment of inpatients with suicidal behaviour: A prospective study in general hospital. *J Psychosom Res*. juin 2013;74(6):557-8.

55. COTTENCIN O ; VAIVA G . DUCROCQ F. Modalités de gestion de l'impact du suicide sur les équipes soignantes en psychiatrie de liaison. Rev Fr Psychiatr Psychol Médicale. 2004;(76):41-4.
56. Caughman BD, Dickens J. Diagnostic dilemmas in psychiatric consultation/liaison: the problem of depression. South Med J. juill 1993;86(7):757-9, 766.
57. Strain JJ, Blumenfeld M. Challenges for Consultation–Liaison Psychiatry in the 21st Century. Psychosomatics. mars 2008;49(2):93-6.
58. Cape J, Whittington C, Bower P. What is the role of consultation–liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis. Gen Hosp Psychiatry. mai 2010;32(3):246-54.
59. Diefenbacher A, Golombek U, Strain JJ. PW01-01 Personality disorders in consultation-liaison psychiatry - an empirical investigation. Eur Psychiatry. 2009;24, Supplement 1:S338.
60. Cottencin O, Warembourg F, de Chouly de Lenclave MB, Lucas B, Vaiva G, Goudemand M, et al. Catatonia and consultation-liaison psychiatry study of 12 cases. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 15 août 2007;31(6):1170-6.
61. Mattei G, Simoni E, Bursi S, Rossi R, Coppi F, Gorlato G, et al. EPA-1226 – Consultation-liaison psychiatry and the « women wellness project »: analysis of the association between cardiovascular risk factors and psychiatric symptoms in postmenopausal women. Eur Psychiatry. 2014;29, Supplement 1:1.
62. Cottencin O, Legru H, Vaiva G, Thomas P, Consoli SM. Corticosteroid-induced psychiatric episodes in consultation liaison psychiatry. Personality and temperament assessments. Presse Médicale. févr 2011;40(2):203-9.
63. Santos Jr A, Mella LFB, Turato ER, Botega NJ. P01-308 - The role of the consultation liaison psychiatry exemplified in a patient with an uncommon manifestation of behçet's syndrome. Eur Psychiatry. 2010;25, Supplement 1:521.
64. Schofield A, Duane MM. Neurologic referrals to a psychiatric consultation-liaison service. A study of 199 patients. Gen Hosp Psychiatry. juill 1987;9(4):280-6.
65. Kauhanen J, Kaplan GA, Cohen RD, Julkunen J, Salonen JT. Alexithymia and risk of death in middle-aged men. J Psychosom Res. 1996;41(6):9-541.
66. Saarijärvi S, Salminen JK, Tamminen T, Aärelä E. Alexithymia in psychiatric consultation-liaison patients. Gen Hosp Psychiatry. sept 1993;15(5):330-3.
67. Rothenhäusler H-B, Stepan A, Baranyi A. [Areas of work of a biopsychosocial oriented psychiatric consultation-liaison service: Results from a prospective 2-year survey.]. Neuropsychiatr Klin Diagn Ther Rehabil Organ Ges Österreichischer Nervenärzte Psychiatrer. 25 juin 2013;
68. Ginés JM, Martín M, Alvaro P, García B, Arcega JM, Nascimento MT, et al. 2347 – Consultation-liaison psychiatry and antipsychotics. Eur Psychiatry. 2013;28, Supplement 1:1.
69. Diefenbacher A. P01-242 Prescription patterns of antidepressants in consultation-liaison psychiatry - a 10 year-observational study (1988-1997). Eur Psychiatry. 2009;24, Supplement 1:S630.
70. PELICIER N. A propos de la psychiatrie de liaison en cancérologie. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2007;(2):136-40.

71. BERNEY A ; YERSIN B ; STIEFEL F. Unité multidisciplinaire d'alcoologie et psychiatrie de liaison : utilité du travail en réseau. Rev Fr Psychiatr Psychol Médicale. 1999;(28):20-1.
72. Massey SH, Norris L, Lausin M, Nwaneri C, Lieberman DZ. Identifying harmful drinking using a single screening question in a psychiatric consultation-liaison population. Psychosomatics. août 2011;52(4):362-6.
73. VACHERON TRYSTRAM M-N ; MERCUEL A ; PLAS J. Les limites de la psychiatrie de liaison. Nervure. 2003;(4):14-7.
74. Ferrari S. EPA-0320 – The language of pain: how to understand, diagnose and manage chronic pain in the consultation-liaison psychiatry setting. Eur Psychiatry. 2014;29, Supplement 1:1.
75. Diehl A, Nakovics H, Croissant B, Reinhard I, Kiefer F, Mann K. Consultation–Liaison Psychiatry in General Hospitals: Improvement in Physicians' Detection Rates of Alcohol Use Disorders. Psychosomatics. nov 2009;50(6):599-604.
76. Gohier B, Ritz P, Becouarn G, Richard S, Ricalens E, Garré J-B. Psychiatrie de liaison et obésité : l'expérience d'un travail en réseau: Consultation-Liaison psychiatry and obesity: the experiment of a network. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. oct 2005;163(8):701-6.
77. ROTHENBURGER S ; SIBERTIN BLANC D. L'urgence : une dynamique dans la pratique de la psychiatrie de liaison. Expérience en maternité. Perspect Psy. 2005;(2):102-6.
78. SIBERTIN BLANC D ; ROTHENBURGER S ; KABUTH B. La psychiatrie de liaison : une pratique de la transdisciplinarité, une éthique de la rencontre. Perspect Psy. 2005;(2):96-101.
79. Barbosa A. P02-45 - Factitious disorder: a relational ethics perspective in consultation liaison-psychiatry. Eur Psychiatry. 2010;25, Supplement 1:665.
80. Van de Riet EHCW, Schieveld JNM. First-onset psychosis, anti-NMDAR encephalitis, schizophrenia and Consultation–Liaison psychiatry. Gen Hosp Psychiatry. juill 2013;35(4):442-3.
81. Ogawa A, Nouno J, Shirai Y, Shibayama O, Kondo K, Yokoo M, et al. Availability of psychiatric consultation-liaison services as an integral component of palliative care programs at Japanese cancer hospitals. Jpn J Clin Oncol. janv 2012;42(1):42-52.
82. RICON Lia. Consultation de psychiatrie? Psychiatrie de liaison ? 50 ans de pratique. Psychiatr Fr. 2009;(1):32-7.
83. TRIFFAUX J-M. Psychiatrie de liaison : regards sur une pratique de la psychologie médicale en hôpital général. Rev Fr Psychiatr Psychol Médicale. 1997;(5):92-5.
84. GAILLARD JANIN N. Les non-dits, un piège en psychiatrie de Liaison. Rev Fr Psychiatr Psychol Médicale. 2003;(70):53-5.
85. GAL B ; MORO M-R. Intérêt et limites de la psychiatrie de liaison. Santé Ment. 2005;(98):38-43.
86. e-cancer - Plan cancer 2014-19 priorités/objectifs - Plan cancer 2014-2019 - Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 15 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/le-plan-cancer/plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
87. LIPOWSKI Z.J. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. II. Clinical aspects. Chosom Med. 1967;29:201-24.

88. Martelli C, Awad H, Hardy P. Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention. L'Encéphale. juin 2010;36, Supplement 2:D83-91.
89. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5. Édition : 5th edition. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing; 2013. 1 p.
90. OMS, Collectif. CIM-10/ICD-10 : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève; Paris: Editions Masson; 1992. 307 p.
91. Stephen M.Stahl. Psychopharmacologie essentielle: Le guide du prescripteur. Flammarion; 2002. 501 p.
92. DUPONT G ; GRANIER P ; LE FUR B. Psychiatrie de liaison : réflexions sur notre pratique. Ann Psychiatr. 1996;(3):154-7.

CHAPITRE 9 : ANNEXES

ANNEXE 1 QUESTIONNAIRE

8/11/2014

Questionnaire portant sur la psychiatrie de liaison - Google Forms

Questionnaire portant sur la psychiatrie de liaison

Expérience du praticien :

*Obligatoire

1. **1) Dans quel service de spécialité exercez-vous ? ***

une seule réponse

Une seule réponse possible.

- Urgences
- Réanimation médicale
- Réanimation chirurgicale
- Chirurgie orthopédique et traumatique
- Chirurgie Générale
- Neurologie
- Neurochirurgie
- Gynécologie
- Obstétrique
- Cancérologie

2. **2) Actuellement vous êtes : ***

Une seule réponse possible.

- Interne
- Assistant-chef de clinique
- Praticien hospitalier
- Professeur des universités

3. **3) Depuis combien d'années exercez-vous dans votre spécialité? ***

nombre entier en années

.....

4. **4) Avez-vous déjà fait appel au service de psychiatrie de liaison ? ***

(Pouvant être : psychiatre, infirmière ou psychologue)

Une seule réponse possible.

- OUI *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 6.*
- NON *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 7.*

5.

6. **SI OUI au cours des deux dernières années :** **Une seule réponse possible.*

- 1 seule fois *Passez à la question 9.*
- 1 à 10 fois *Passez à la question 9.*
- plus de 10 fois *Passez à la question 9.*

7. **Si NON est-ce :** **Une seule réponse possible.*

- Par manque de temps *Passez à la question 9.*
- Par manque de connaissance des structures *Passez à la question 9.*
- Par cause de délai trop long *Passez à la question 9.*
- Parce que la situation ne nécessitait pas l'avis d'un psychiatre *Passez à la question 9.*
- Autre réponse ... *Passez à la question 8.*

8. **Autre réponse ***

Réponse libre

**Au cours d'une consultation de psychiatrie de liaison,
Estimez pour chaque champ d'intervention le degré
d'importance pour votre pratique :**

9. **5) Evaluation diagnostique d'un trouble psychiatrique ****Une seule réponse possible.*

- Pas important
- Peu important
- Relativement important
- Très important

10. 6) Informations sur la pathologie psychiatrique rencontrée *

Une seule réponse possible.

- Pas important
- Peu important
- Relativement important
- Très important

11. 7) Evaluation du risque suicidaire *

Une seule réponse possible.

- Pas important
- Peu important
- Relativement important
- Très important

12. 8) Evaluation de la participation d'un syndrome dépressif dans un tableau clinique somatique *

Une seule réponse possible.

- Pas important
- Peu important
- Relativement important
- Très important

13. 9) Evaluation du caractère psychiatrique d'un trouble comportemental *

Une seule réponse possible.

- Pas important
- Peu important
- Relativement important
- Très important

14. 10) Evaluation du retentissement psychiatrique d'une maladie somatique *

Une seule réponse possible.

- Pas important
- Peu important
- Relativement important
- Très important

15. 11) Evaluation de la part psychogène à l'origine de la symptomatologie somatique

*

Une seule réponse possible.

- Pas important
- Peu important
- Relativement important
- Très important

16. 12) Thérapeutique médicamenteuse préconisée **(antipsychotique, anxiolytique, antidépresseur, sédatif...)**Une seule réponse possible.*

- Pas important
- Peu important
- Relativement important
- Très important

17. 13) Thérapeutique non médicamenteuse préconisée **(nouvelle consultation de contrôle ou de réévaluation, suivi psychiatrique ou psychologique, indication de psychothérapie)**Une seule réponse possible.*

- Pas important
- Peu important
- Relativement important
- Très important

18. 14) Apport d'un entretien psychiatrique permettant la compréhension psychologique du patient **dite psychologie médicale**Une seule réponse possible.*

- Pas important
- Peu important
- Relativement important
- Très important

19. 15) Conseils vis-à-vis de l'attitude psychologique à adopter face à un patient **Une seule réponse possible.*

- Pas important
- Peu important
- Relativement important
- Très important

20. 16) Alternative à l'hospitalisation en soins somatiques *

(soins psychiatriques hospitaliers ou ambulatoires)

Une seule réponse possible.

- Pas important
- Peu important
- Relativement important
- Très important

21. 17) Développement du lien de l'équipe de psychiatrie de liaison avec l'équipe soignante *

Une seule réponse possible.

- Pas important
- Peu important
- Relativement important
- Très important

22. 18) Développement d'une prise en charge thérapeutique multidisciplinaire *

(alliance thérapeutique multidisciplinaire, cas des pathologies dites transversales : fibromyalgie, colopathies fonctionnelles, addictions...)

Une seule réponse possible.

- Pas important
- Peu important
- Relativement important
- Très important

23. 19) Participation à une concertation pluridisciplinaire *

(situation éthique, avis supplémentaire...)

Une seule réponse possible.

- Pas important
- Peu important
- Relativement important
- Très important

24. 20) Résolution d'un conflit entre le patient et l'équipe soignante *

Une seule réponse possible.

- Pas important
- Peu important
- Relativement important
- Très important

25. 21) Répondre à une demande de la famille du patient *

Une seule réponse possible.

- Pas important
- Peu important
- Relativement important
- Très important

26. 22) Présence lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle au patient (diagnostic grave...) *

Une seule réponse possible.

- Pas important
- Peu important
- Relativement important
- Très important

27. 23) Annonce d'une mauvaise nouvelle à la famille (décès...) *

Une seule réponse possible.

- Pas important
- Peu important
- Relativement important
- Très important

Pour finir pensez vous qu'il serait intéressant de développer :**28. 24) Des consultations pluridisciplinaires ***

(Binôme comprenant un somaticien avec un professionnel de psychiatrie)

Une seule réponse possible.

- Pas intéressant
- Peu intéressant
- Relativement intéressant
- Très intéressant

29. 25) Des unités Médicopsychiatriques *

(accueillant des patients ayant une nécessité d'une double prise en charge somatique et psychiatrique en milieu hospitalier).

Une seule réponse possible.

- Pas intéressant
- Peu intéressant
- Relativement intéressant
- Très intéressant

Pour finir

30. 26) Avez-vous actuellement d'autres attentes à propos de la psychiatrie de liaison:

Réponse non obligatoire

Fourni par



ANNEXE 2 : COMPARAISON PAR STATUT

Tableau G.2 Comparaison selon le statut des répondeurs

	1 N=17 (19,3%)			2 N=36 (40,9%)			3 N=28 (31,8%)			4 N=7 (8,0%)			p**
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	
q1 Service													<0,0001
Cancérologie	2	11,8		3	8,3		10	35,7		1	14,3		
Chirurgie Générale	2	11,8		1	2,8		1	3,6		0	0,0		
Chirurgie orthopédique et traumatique	1	5,9		2	5,6		0	0,0		1	14,3		
Gynécologie	2	11,8		8	22,2		0	0,0		0	0,0		
Neurochirurgie	0	0,0		0	0,0		0	0,0		2	28,6		
Neurologie	2	11,8		1	2,8		4	14,3		0	0,0		
Obstétrique	2	11,8		10	27,8		1	3,6		0	0,0		
Réanimation chirurgicale	0	0,0		0	0,0		2	7,1		0	0,0		
Réanimation médicale	1	5,9		4	11,1		2	7,1		3	42,9		
Urgences	5	29,4		7	19,4		8	28,6		0	0,0		
q3 Annees exercice	17	3,8	2,9	36	2,6	1,4	28	16,9	10,9	7	21,1	8,4	<0,0001
q4 Fait appel spl													0,3857
NON	3	17,6		7	19,4		8	28,6		0	0,0		
OUI	14	82,4		29	80,6		20	71,4		7	100,0		
q4 si ouidern ann													0,0441
1 seule fois	0	0,0		8	27,6		2	10,0		2	28,6		
1 à 10 fois	8	57,1		14	48,3		5	25,0		3	42,9		
plus de 10 fois	6	42,9		7	24,1		13	65,0		2	28,6		
q5 Eval diag psy													0,0279
Pas ou peu important	0	0,0		7	19,4		0	0,0		0	0,0		
Relativement important	11	64,7		15	41,7		13	46,4		2	28,6		
Très important	6	35,3		14	38,9		15	53,6		5	71,4		
q6 Info path psy													0,2896
Pas ou peu important	2	11,8		9	25,0		3	10,7		2	28,6		
Relativement important	13	76,5		18	50,0		18	64,3		2	28,6		
Très important	2	11,8		9	25,0		7	25,0		3	42,9		
q7 Eval suicid													0,4696
Pas ou peu important	1	5,9		2	5,6		0	0,0		0	0,0		
Relativement important	3	17,6		10	27,8		3	10,7		2	28,6		
Très important	13	76,5		24	66,7		25	89,3		5	71,4		
q8 Eval syndr dep													0,6053
Pas ou peu important	1	5,9		5	13,9		4	14,3		1	14,3		
Relativement important	15	88,2		23	63,9		17	60,7		4	57,1		
Très important	1	5,9		8	22,2		7	25,0		2	28,6		
q9 Eval caract psy comport													
Pas ou peu important	0	0,0		4	11,1		2	7,1		1	14,3		
Relativement important	12	70,6		22	61,1		10	35,7		1	14,3		

Tableau G.2 Comparaison selon le statut des répondeurs

	1			2			3			4			p**
	N=17 (19,3%)			N=36 (40,9%)			N=28 (31,8%)			N=7 (8,0%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	
important													
Très important	5	29,4		10	27,8		16	57,1		5	71,4		
q10 Eval reten psy													0,2533
Pas ou peu important	5	29,4		8	22,2		3	10,7		1	14,3		
Relativement important	11	64,7		17	47,2		20	71,4		5	71,4		
Très important	1	5,9		11	30,6		5	17,9		1	14,3		
q11 Eval part psycho													0,3931
Pas ou peu important	3	17,6		6	16,7		6	21,4		0	0,0		
Relativement important	11	64,7		21	58,3		19	67,9		7	100,0		
Très important	3	17,6		9	25,0		3	10,7		0	0,0		
q12 Therap med													0,1827
Pas ou peu important	1	5,9		2	5,6		4	14,3		0	0,0		
Relativement important	11	64,7		17	47,2		11	39,3		1	14,3		
Très important	5	29,4		17	47,2		13	46,4		6	85,7		
q13 Thera non med													0,8809
Pas ou peu important	2	11,8		8	22,2		4	14,3		1	14,3		
Relativement important	10	58,8		20	55,6		15	53,6		3	42,9		
Très important	5	29,4		8	22,2		9	32,1		3	42,9		
q14 Apport entretpsy													0,6729
Pas ou peu important	3	17,6		10	27,8		5	17,9		2	28,6		
Relativement important	10	58,8		20	55,6		15	53,6		2	28,6		
Très important	4	23,5		6	16,7		8	28,6		3	42,9		
q15 Cons attitpsycho													0,2642
Pas ou peu important	3	17,6		10	27,8		2	7,1		1	14,3		
Relativement important	12	70,6		20	55,6		19	67,9		3	42,9		
Très important	2	11,8		6	16,7		7	25,0		3	42,9		
q16 Alternat hospit soma													
Pas ou peu important	5	29,4		11	30,6		4	14,3		0	0,0		
Relativement important	7	41,2		17	47,2		15	53,6		6	85,7		
Très important	5	29,4		8	22,2		9	32,1		1	14,3		
q17 Devt lien psy liaison													
Pas ou peu important	0	0,0		7	19,4		3	10,7		2	28,6		
Relativement important	10	58,8		18	50,0		9	32,1		1	14,3		
Très important	7	41,2		11	30,6		16	57,1		4	57,1		
q18 Dvt pec therap													0,5968
Pas ou peu important	1	5,9		5	13,9		7	25,0		2	28,6		
Relativement important	10	58,8		18	50,0		10	35,7		3	42,9		
Très important	6	35,3		13	36,1		11	39,3		2	28,6		
q19 Concert pluri													0,9034
Pas ou peu	5	29,4		14	38,9		7	25,0		2	28,6		

Tableau G.2 Comparaison selon le statut des répondeurs

	1 N=17 (19,3%)			2 N=36 (40,9%)			3 N=28 (31,8%)			4 N=7 (8,0%)			p**
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	
important													
Relativement important	6	35,3		14	38,9		13	46,4		3	42,9		
Très important	6	35,3		8	22,2		8	28,6		2	28,6		
q20 Reso conflit													0,4641
Pas ou peu important	7	41,2		13	36,1		6	21,4		3	42,9		
Relativement important	9	52,9		14	38,9		14	50,0		2	28,6		
Très important	1	5,9		9	25,0		8	28,6		2	28,6		
q21 Demande fam													0,9620
Pas ou peu important	2	11,8		8	22,2		6	21,4		1	14,3		
Relativement important	10	58,8		19	52,8		13	46,4		4	57,1		
Très important	5	29,4		9	25,0		9	32,1		2	28,6		
q22 Annonce pat													0,7266
Pas ou peu important	8	47,1		23	63,9		17	60,7		5	71,4		
Relativement important	8	47,1		9	25,0		9	32,1		2	28,6		
Très important	1	5,9		4	11,1		2	7,1		0	0,0		
q23 Annonce fam													0,6606
Pas ou peu important	10	58,8		21	58,3		19	67,9		5	71,4		
Relativement important	6	35,3		13	36,1		9	32,1		1	14,3		
Très important	1	5,9		2	5,6		0	0,0		1	14,3		
q24 Consult pluri													0,2492
Pas ou peu intéressant	9	52,9		16	44,4		5	17,9		3	42,9		
Relativement intéressant	7	41,2		16	44,4		17	60,7		3	42,9		
Très intéressant	1	5,9		4	11,1		6	21,4		1	14,3		
q25 Unites MP													0,2500
Pas ou peu intéressant	0	0,0		5	13,9		3	10,7		1	14,3		
Relativement intéressant	13	76,5		17	47,2		12	42,9		5	71,4		
Très intéressant	4	23,5		14	38,9		13	46,4		1	14,3		

* écart-type

** Test du Chi-2 pour variables qualitatives, test issu d'une analyse de variance pour les variables quantitatives

Données TR. Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 06NOV2014

Correspondance des statuts :

Assistant-chef de clinique" then statut=1;

Interne" then statut=2;

Praticien hospitalier" then statut=3;

Professeur des universités" then statut=4;

ANNEXE 3 : COMPARAISON SELON LA QUESTION 4

Tableau G.3 Comparaison selon la réponse à q4

	Non N=18 (20,5%)			Oui N=70 (79,5%)			p**
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	
q1 Service							0,0151
Cancérologie	8	44,4		8	11,4		
Chirurgie Générale	0	0,0		4	5,7		
Chirurgie orthopédique et traumatique	0	0,0		4	5,7		
Gynécologie	3	16,7		7	10,0		
Neurochirurgie	0	0,0		2	2,9		
Neurologie	1	5,6		6	8,6		
Obstétrique	5	27,8		8	11,4		
Réanimation chirurgicale	0	0,0		2	2,9		
Réanimation médicale	0	0,0		10	14,3		
Urgences	1	5,6		19	27,1		
q3 Annees exercice	18	10,5	11,4	70	8,4	9,6	0,4309
q5 Eval diag psy							0,3119
Pas ou peu important	0	0,0		7	10,0		
Relativement important	8	44,4		33	47,1		
Très important	10	55,6		30	42,9		
q6 Info path psy							0,0934
Pas ou peu important	3	16,7		13	18,6		
Relativement important	14	77,8		37	52,9		
Très important	1	5,6		20	28,6		
q7 Eval suicid							0,2378
Pas ou peu important	0	0,0		3	4,3		
Relativement important	6	33,3		12	17,1		
Très important	12	66,7		55	78,6		
q8 Eval syndr dep							0,6883
Pas ou peu important	2	11,1		9	12,9		
Relativement important	11	61,1		48	68,6		
Très important	5	27,8		13	18,6		
q9 Eval caract psy comport							.
Pas ou peu important	2	11,1		5	7,1		
Relativement important	10	55,6		35	50,0		
Très important	6	33,3		30	42,9		
q10 Eval reten psy							0,8779
Pas ou peu important	4	22,2		13	18,6		
Relativement important	11	61,1		42	60,0		
Très important	3	16,7		15	21,4		
q11 Eval part psycho							0,1936
Pas ou peu important	5	27,8		10	14,3		
Relativement important	12	66,7		46	65,7		
Très important	1	5,6		14	20,0		
q12 Therap med							0,7138
Pas ou peu important	2	11,1		5	7,1		
Relativement important	9	50,0		31	44,3		
Très important	7	38,9		34	48,6		
q13 Thera non med							0,1870
Pas ou peu important	1	5,6		14	20,0		
Relativement important	13	72,2		35	50,0		
Très important	4	22,2		21	30,0		
q14 Apport entrepsy							0,3183
Pas ou peu important	4	22,2		16	22,9		
Relativement important	12	66,7		35	50,0		
Très important	2	11,1		19	27,1		

Tableau G.3 Comparaison selon la réponse à q4

	Non N=18 (20,5%)		Oui N=70 (79,5%)		p**
	N	%/moy	N	%/moy	
q15 Cons attitpsycho					0,8344
Pas ou peu important	4	22,2	12	17,1	
Relativement important	10	55,6	44	62,9	
Très important	4	22,2	14	20,0	
q16 Alternat hospita soma					0,2660
Pas ou peu important	5	27,8	15	21,4	
Relativement important	11	61,1	34	48,6	
Très important	2	11,1	21	30,0	
q17 Devt lien psy liaison					0,0202
Pas ou peu important	5	27,8	7	10,0	
Relativement important	10	55,6	28	40,0	
Très important	3	16,7	35	50,0	
q18 Dvt pec therap					0,3696
Pas ou peu important	4	22,2	11	15,7	
Relativement important	10	55,6	31	44,3	
Très important	4	22,2	28	40,0	
q19 Concert pluri					0,2254
Pas ou peu important	7	38,9	21	30,0	
Relativement important	9	50,0	27	38,6	
Très important	2	11,1	22	31,4	
q20 Reso conflit					0,8389
Pas ou peu important	5	27,8	24	34,3	
Relativement important	9	50,0	30	42,9	
Très important	4	22,2	16	22,9	
q21 Demande fam					0,3696
Pas ou peu important	2	11,1	15	21,4	
Relativement important	12	66,7	34	48,6	
Très important	4	22,2	21	30,0	
q22 Annonce pat					0,8262
Pas ou peu important	10	55,6	43	61,4	
Relativement important	6	33,3	22	31,4	
Très important	2	11,1	5	7,1	
q23 Annonce fam					0,9710
Pas ou peu important	11	61,1	44	62,9	
Relativement important	6	33,3	23	32,9	
Très important	1	5,6	3	4,3	
q24 Consult pluri					0,5214
Pas ou peu intéressant	7	38,9	26	37,1	
Relativement intéressant	10	55,6	33	47,1	
Très intéressant	1	5,6	11	15,7	
q25 Unites MP					0,1303
Pas ou peu intéressant	3	16,7	6	8,6	
Relativement intéressant	12	66,7	35	50,0	
Très intéressant	3	16,7	29	41,4	

* écart-type

** Test du Chi-2 pour variables qualitatives, test issu d'un test de Student pour les variables quantitatives

Données TR. Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 06NOV2014

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

La psychiatrie de liaison est une pratique sous tendue par de nombreux enjeux. Elle est un domaine d'exercice délicat où les relations s'exercent avec le patient, mais aussi avec le professionnel de santé à l'origine de la demande initiale.

La démarche de cette thèse de doctorat est de s'intéresser aux enjeux en psychiatrie de liaison au moyen d'une étude portant sur les attentes des médecins somaticiens au Centre Hospitalier Universitaire de Nancy.

La réflexion à l'origine de cette étude sera peu à peu détaillée pour finalement amener à la réalisation d'un auto-questionnaire qui sera diffusé par voie électronique aux différents médecins des services sollicitant régulièrement les équipes de psychiatrie de liaison.

L'objectif principal de cette étude étant de percevoir les attentes principales des spécialités médicales envers la psychiatrie de liaison. L'objectif secondaire étant de repérer des spécificités selon les médecins demandeurs.

Les résultats seront alors analysés et commentés.

TITRE EN ANGLAIS

The stakes of the consultation-liaison psychiatry: study at the CHU in Nancy on the expectations of somatic services.

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE - PSYCHIATRIE – ANNÉE 2015

MOTS CLEFS : psychiatrie de liaison, enjeux, attentes, somatique

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
