

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

FES



Année 2014

Thèse N° 034/14

EXPERIENCE DE LA PSYCHIATRIE DE LIAISON AU SEIN DE CHU HASSAN II DE FES ETUDE TRANSVERSALE SUR 4 ANS

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 28/03/2014

PAR

Mlle. ATIK SARA

Née le 18 Janvier 1988 à Taounate

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Troubles psychiatriques- Pathologies somatiques - Prise en charge

JURY

| | |
|-------------------------------------|------------|
| M. NEJJARI CHAKIB..... | PRESIDENT |
| Professeur d'Epidémiologie clinique | |
| M. AALOUANE RACHID..... | RAPPORTEUR |
| Professeur agrégé de Psychiatrie | |
| M. MAZAZ KHALID..... | JUGES |
| Professeur de Chirurgie Générale | |
| M. MERNISSI FATIMA ZAHRA..... | |
| Professeur de Dermatologie | |
| M. RAMMOUZ ISMAIL..... | |
| Professeur agrégé de Psychiatrie | |

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|--------|--|
| ADT | : Antidépresseur tricyclique |
| AINS | : Anti-inflammatoires non stéroïdiens |
| ARA II | : Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II |
| ATCD | : Antécédents |
| AVC | : Accident vasculaire cérébral |
| AVK | : Antagoniste de la vitamine K |
| CHU | : Centre hospitalier universitaire |
| ECBU | : Examen cytbactériologique des urines |
| EDM | : Episode dépressif majeur |
| EEG | : Electro-encéphalographie |
| IEC | : Inhibiteurs de l'enzyme de conversion |
| IPP | : Inhibiteurs de la pompe à protons |
| ISRS | : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine |
| NL | : Neuroleptiques |
| TP | : Taux de prothrombine |
| TS | : Tentative de suicide |

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N°1 : Les effets psychiatriques des AINS et des antibiotiques

Tableau N°2 : Les effets psychiatriques des médicaments de l'appareil digestif et cardiovasculaire

Tableau N°3 : Interactions médicamenteuses des ADT

Tableau N°4 : Interactions médicamenteuses des IMAO classiques

Tableau N°5 : Interactions médicamenteuses avec le lithium

Tableau N°6 : Interactions médicamenteuses avec la carbamazépine

Tableau N°7 : Les motifs de demandes d'avis psychiatriques

Tableau N°8 : Répartition des diagnostics en fonction des services

Tableau N°9 : les diagnostics psychiatriques en fonction des motifs de demande d'avis psychiatrique

Tableau N°10 : Tableau comparatif (résultats de notre étude selon les années)

Tableau N°11 : Comparaison du taux de consultation avec d'autres études

Tableau N°12 : Comparaison de la répartition des patients selon le sexe entre les différentes séries.

Tableau N°13 : Comparaison de la répartition des demandes selon les services médicaux et chirurgicaux avec d'autres études

Tableau N°14 : Comparaison des résultats d notre étude avec ceux de la littérature

LISTE DES FIGURES

- Figure n°1 : Répartition des patients selon l'âge
- Figure n°2 : Répartition des patients selon le sexe
- Figure n°3 : Répartition des patients selon le niveau d'instruction
- Figure n°4 : Répartition des patients selon la profession
- Figure n°5 : Antécédents médicaux-chirurgicaux des patients

- Figure n°6 : Antécédents psychiatriques des patients(1)
- Figure n°7 : Antécédents psychiatriques des patients(2)
- Figure n°8 : Antécédents d'usage de substances
- Figure n°9 : Services médicaux-chirurgicaux demandeurs d'avis psychiatriques(1)
- Figure n°10 : Services médicaux-chirurgicaux demandeurs d'avis psychiatriques(2)
- Figure n°11 : Motifs d'avis psychiatriques
- Figure n°12 : Troubles psychiatriques(DSMIV)
- Figure n°13 : Répartition des diagnostics psychiatriques selon le sexe
- Figure n°14 : Répartition des troubles psychiatriques selon les services médicaux et chirurgicaux

- Figure n°15 : Attitude des patients vis-à-vis l'avis psychiatrique
- Figure n°16 : Prise en charge psychiatrique
- Figure n°17 : Evolution
- Figure n°18 : Nombre de patients vus dans le cadre de la psychiatrie de liaison
- Figure n°19 : Motifs de demande d'avis psychiatriques
- Figure n°20 : Services demandeurs
- Figure n°21 : Diagnostics psychiatriques DSM IV

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| Introduction | 1 |
| Section I: Revue de la littérature | |
| I. Concept | 3 |
| II. Historique..... | 4 |
| III. Pratique de l'activité de psychiatrie de liaison..... | 7 |
| A. Place de la psychiatrie de liaison dans la psychiatrie..... | 7 |
| B. Equipe de la psychiatrie de liaison | 8 |
| C. Pourquoi et pour qui intervenir ?..... | 12 |
| 1. Répondre à la demande de l'équipe soignante. | 12 |
| 2. Répondre à la demande du patient. | 13 |
| 3. Répondre à la demande de L'entourage..... | 14 |
| D. Types d'intervention en psychiatrie de liaison | 14 |
| 1. Intervention à caractère diagnostique..... | 14 |
| 2. Intervention à caractère thérapeutique. | 15 |
| 3. Intervention à caractère pragmatique. | 15 |
| 4. Intervention à caractère multidisciplinaire. | 16 |
| 5. Intervention à caractère pédagogique..... | 16 |
| 6. Intervention à caractère scientifique. | 16 |
| E. Modalités d'intervention de la psychiatrie de liaison | 17 |
| 1. Au près du patient | 17 |
| 2. Au près de la famille | 18 |
| IV. Domaines et champs d'intérêt de la psychiatrie de liaison | 19 |
| A. Troubles psychiatriques liés aux pathologies somatiques..... | 19 |
| 1. Troubles psychiatriques compliquant une affection somatique | 19 |
| 1.1. Les maladies dermatologiques..... | 21 |
| 1.2. Les maladies cardio-vasculaires..... | 22 |
| 1.3. Les maladies cancéreuses | 22 |
| 1.4. Les maladies chroniques douloureuses | 22 |
| 2. Pathologies somatiques à expression psychiatrique..... | 22 |
| 2.1. Les affections neurologiques | 23 |
| 2.2. Les affections endocriniennes | 26 |
| 2.3. Les affections infectieuses | 28 |
| 2.4. Les affections métaboliques..... | 29 |
| 2.5. Les maladies de système | 30 |
| B. Troubles psychiatriques iatrogènes aux médicaments non psychotropes... | 31 |
| 1. Médicaments à effets psychiatriques importants ou graves..... | 31 |
| 1.1. Les corticoïdes | 31 |
| 1.2. Les antituberculeux | 33 |
| 1.3. L'interféron Alpha | 34 |
| 1.4. La chimiothérapie anticancéreuse | 35 |

| | |
|--|----|
| 2. Médicaments à effets psychiatriques peu fréquents ou peu importants mais qui sont de prescription courante | 36 |
| C. Psycho-oncologie | 39 |
| 1. Concept et objectifs | 39 |
| 2. Troubles psychopathologiques chez les patients cancéreux | 39 |
| 2.1. Trouble dépressif | 40 |
| 2.2. Trouble anxieux | 40 |
| 2.3. Trouble de l'adaptation | 41 |
| 2.4. Confusion mentale | 41 |
| 3. Les spécificités du travail en psycho-oncologie | 41 |
| D. Pédopsychiatrie de liaison | 43 |
| 1. Concept | 43 |
| 2. La demande pédiatrique | 44 |
| 3. La consultation | 46 |
| 4. La réponse | 46 |
| 5. La consultation de liaison en urgence | 47 |
| 6. La consultation de liaison auprès d'adolescents | 48 |
| 7. La consultation de liaison auprès des parents | 49 |
| V. Psychopharmacologie en psychiatrie de liaison | 50 |
| 1. Principe de base | 50 |
| 2. Modalités de prescription des psychotropes en psychiatrie de liaison | 51 |
| 2.1. Consentement du patient et du médecin traitant | 52 |
| 2.2. Evaluation | 52 |
| 2.3. Interactions médicamenteuses | 55 |
| 2.4. Surveillance cardiaque | 61 |
| 2.5. Evaluation de la fonction rénale et hépatique | 61 |
| 2.6. Psychotropes et chirurgie | 62 |
| 3. Règles de prescription en psychiatrie de liaison | 63 |
| 4. Attitudes thérapeutiques à éviter en psychiatrie de liaison | 64 |
| VI. Difficultés de la pratique de la psychiatrie de liaison | 65 |
| Section II : Etude pratique | |
| I. Objectifs de l'étude | 67 |
| II. Matériel et Méthodes | 67 |
| 1. Type d'étude | 67 |
| 2. Population d'étude | 67 |
| 3. Organisation pratique de l'étude | 68 |
| 4. L'information et le consentement | 70 |
| 5. L'évaluation psychiatrique | 70 |
| 6. Mode de recueil des données et paramètres étudiés | 71 |
| 7. Analyse statistique | 71 |

| | |
|---|-----|
| III. Résultats | 72 |
| 1. Données socio démographiques. | 72 |
| 2. Antécédents des patients..... | 74 |
| 3. Services demandeurs | 77 |
| 4. Motifs de demandes d'avis psychiatriques..... | 78 |
| 5. Diagnostics psychiatriques | 80 |
| 6. Attitude des patients vis avis l'avis psychiatrique | 86 |
| 7. Prise en charge psychiatrique..... | 87 |
| 8. Evolution | 88 |
| 9. Comparaison des résultats de l'étude entre 2010; 2011; 2012 et 2013 | 89 |
| IV. Discussion..... | 94 |
| 1. Argumentaire de l'étude | 94 |
| 2. Discussion des résultats constatés avec ceux de la littérature..... | 95 |
| 3. Tableau comparatif des résultats de notre étude avec ceux de littérature | 101 |
| 4. Difficultés confrontées..... | 103 |
| 5. Apport et perspectives de l'étude | 103 |
| Conclusion | 105 |
| Résumé | 106 |
| Références | 111 |
| Annexes | 124 |

INTRODUCTION

La psychiatrie de liaison est une discipline médicale, qui désigne la collaboration du psychiatre dans l'environnement somatique(1). Elle s'exerce à l'hôpital général, hors de « territoire » habituel de la psychiatrie tout en recouvrant une grande diversité de pratiques.

La psychiatrie de liaison concerne les patients hospitalisés à temps plein dans les services médico-chirurgicaux, et les patients admis aux hôpitaux de jour de spécialités et aux urgences d'un hôpital général (2). Elle répond à une double demande, l'une émanant du patient et l'autre des soignants ou de l'institution.

La pratique de cette discipline peut être effectuée par un psychiatre de liaison qui doit avoir à la fois, une compétence polyvalente dans l'ensemble du champ de la psychiatrie et une connaissance plus approfondie des intrications somatopsychologiques.

Les interventions de l'équipe de liaison se font en direction du patient, de son entourage, mais aussi des soignants. L'équipe de liaison doit promouvoir la création d'une alliance entre le patient, son entourage et l'équipe soignante, autour du projet de soins (3).

La psychiatrie de liaison s'est développée au cours des dernières décennies et se trouve aujourd'hui bien acceptée, tant par les somaticiens que par les psychiatres, même si sa mise en œuvre reste parfois difficile.

La prise en charge des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés à l'hôpital général permettra l'amélioration de leur qualité de vie, la diminution de la durée du séjour, du nombre des examens complémentaires ainsi que la réduction des coûts des soins hospitaliers (4). Néanmoins, la psychiatrie de liaison est confrontée à de nombreuses contraintes, liées pour l'essentiel à sa position extérieure par rapport aux lieux où il intervient.

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

Dans le but d'évaluer les différents aspects de cette activité .On a mené une étude transversale sur 48 mois au sein du centre hospitalier universitaire Hassan II - Fès, durant une période allant de janvier 2010 au Décembre 2013.

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

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

SECTION I

REVUE DE LA LITTERATURE

I. Concept

La psychiatrie de liaison est définie, par Zumbrunnen(5), comme « la partie de la psychiatrie qui s'occupe de troubles psychiatriques se manifestant chez les patients des autres disciplines médicales ».

Cette définition n'est cependant pas complète, comme le soulignait Zumbrunnen lui-même en rappelant que la psychiatrie « de liaison » vise autant les patients (et/ou leur famille) que les équipes soignantes et que « dans la majorité des cas, il s'agit plus de difficultés psychologiques secondaires à une affection physique que de véritables troubles psychiatriques ». Cette définition s'est enrichie et validée sur la base d'un travail plus large concernant tout ce qui va relier la maladie somatique, ses traitements, à l'expression émotionnelle ou psychopathologique des patients (6).

En 2004, Desombres proposait une définition plus pratique de la psychiatrie de liaison et la définissait comme « l'ensemble des prestations, cliniques, thérapeutiques, préventives, pédagogiques, et de recherche, prodigués par l'équipe psychiatrique dans les différents services d'un hôpital général » (7).

La dénomination anglo-saxonne de « Consultation-liaison psychiatry » indique une bipolarité dans la pratique de la psychiatrie de liaison, selon que l'intervention du psychiatre s'adresse davantage au patient (pôle consultation) ou aux soignants (pôle liaison) (8).

Pour Guillibert (9), la psychiatrie de liaison constitue un acte global par lequel l'homme est saisi dans sa souffrance mentale, en relation avec ses difficultés physiques. Etroitement liés, la consultation et la liaison ont pour but une prise en charge globale du patient, selon le modèle « bio-psycho-social ».

La psychiatrie de liaison prend en compte de manière systématique les aspects psychologiques et sociaux, et les intègre aux données somatiques (10).

En effet, elle intègre la théorie psychosomatique, qui fait du couple « psyché-soma » une unité fonctionnelle, puis articule son savoir à celui des autres, dans la perspective du service du patient. Elle vise ainsi à une psychologie médicale bien comprise (8) en prenant en compte à la fois le « vécu de la maladie par le patient et les répercussions de cette maladie sur son psychisme », et la relation médecin-malade.

La psychiatrie de liaison a enfin une dimension d'enseignement et de recherche, comme le soulignait Lipowski(11): « La psychiatrie de consultation peut être définie comme ce domaine de la psychiatrie clinique qui comprend toutes les activités de diagnostic, thérapeutique, enseignement et recherche des psychiatres dans les services non-psychiatriques d'un hôpital général.». On peut noter que cette définition assimile la psychiatrie de liaison à la pratique de la psychiatrie dans l'hôpital général, ce qui sera critiqué par la suite. Pour de nombreux auteurs, la psychiatrie de liaison ne représente qu'un des aspects de la psychiatrie à l'hôpital général. Mais cet engagement n'a pas toujours été une évidence.

II. Historique

L'émergence de la psychiatrie de liaison a été possible grâce à la rencontre de deux phénomènes :

- Les hôpitaux généraux continuent de recevoir et de devoir traiter des patients souffrant de troubles psychiques liés ou surajoutés à une affection physique.
- Au début du XXe siècle, la psychiatrie étend son champ d'intérêt à d'autres domaines que l'«aliénation mentale» (névroses, troubles dits «psychosomatiques »...) (5).

La psychiatrie de liaison est apparue aux Etats-Unis avec la création en 1902 à l'Albany Hospital, de la première unité de psychiatrie à l'hôpital général. Sa principale fonction était d'assurer des consultations dans les services médico-chirurgicaux. En 1929 paraît l'article de référence d'Henry, « Some Modern Aspects of Psychiatry in General Hospital Practice »(12). Il s'agit du premier article décrivant la pratique de la consultation psychiatrique dans un hôpital général. George W. Henry énonce dans cet article les avantages et difficultés d'établir des relations professionnelles régulières entre le psychiatre consultant et les collègues médecins et chirurgiens(8). Cet écrit marque le début de la psychiatrie de liaison telle qu'elle est pratiquée actuellement.

En 1934 La Fondation Rockefeller finance la création de cinq unités psychiatriques dans des hôpitaux généraux. L'une d'entre elles, située à Denver, est confiée à E.-G. Billings, qui introduit le terme de « psychiatrie de liaison » dans la littérature en 1939 (12).

Entre 1945 et 1960, de nombreuses unités de psychiatrie de liaison voient le jour dans les hôpitaux généraux américains. En 1945, Kaufman et ses collaborateurs allouent d'importants moyens pour l'organisation au Mount Sinai Hospital de New York, d'un service de psychiatrie visant à nouer des liens étroits avec les services de médecine et de chirurgie. Mais c'est véritablement Lipowski, un des plus grands théoriciens du cadre conceptuel de la psychiatrie de liaison, qui expose, en 1967, les fondements théoriques de la psychiatrie de liaison par un article tripartite (Lipowski, 1967a; 1967b; 1968; traduction française en 1969) (11). Ce polonais d'origine est à l'origine, en 1959, du premier service de psychiatrie de liaison canadien, au Royal Victoria Hospital de Montréal(12).

Aux Etats-Unis, la psychiatrie de liaison, ou de « consultation liaison » selon le terme anglophone (« Consultation-Liaison Psychiatry »), ne cesse depuis de se développer. Le premier Manuel publié aux Etats -Unis concernant la psychiatrie de

liaison est édité en 1968 (Schwab JJ, Handbook of Psychiatric Consultation, New-York, Appleton-Century-Crofts, 1968). Un guide de référence est publié en 1969 (Mannino FV, Shore MF: Consultation Research in Mental Health and Related Fields, Chevy Chase, Md, National Institute of Mental Health). Les revues spécialisées se multiplient: General Hospital Psychiatry; International Journal of Psychiatry in Medicine; Journal of Psychosomatic Research; Psychiatric Medicine; Psychosomatics.

Dans les pays d'Europe francophone, la psychiatrie de liaison se développe dans les années 1960. Les premières unités de psychiatrie de liaison apparaissent en Suisse : à Lausanne en 1960 sous l'impulsion de Schneider. B puis à Genève avec Garrone(12).

En France, la psychiatrie initie son retour vers l'hôpital général dans les années 70: d'abord avec Grivois, en 1975 à l'Hôtel Dieu de Paris, via les Urgences Psychiatriques, puis avec des consultations dans les services de soins somatiques: Ferreri et Alby à Paris en 1975, Guyotat à Lyon en 1983. Le premier service de Psychiatrie de liaison naît à Paris en 1975 à l'Hôpital Broussais. A ses débuts, Consoli y assure alors seules les consultations pour l'ensemble de l'établissement. A Paris, d'autres expériences suivent rapidement : Yves Péllicier à Laennec (1976) ; Jean-Marc Alby et Maurice Ferreri à Saint-Antoine (1975) ; mais également ailleurs en Europe : Fava et Pavan, Italie, 1980(12).

En France également, sa littérature se développe: Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie médicale, Revue de Médecine Psychosomatique, articles dans l'EMC concernant la psychiatrie de liaison. Le premier manuel de psychiatrie de liaison disponible en langue française, écrit par Zumbrennen (5), est édité en 1992.

Au niveau européen, le développement de la psychiatrie de liaison est très variable d'une région à l'autre. Dans l'ensemble, il y a eu un développement sensible de cette activité au cours des dix dernières années, tant sur le plan de la pratique clinique au sein des réseaux de soins, que sur le plan d'une reconnaissance plus

formelle de cette sous-spécialité. Des échanges intenses sur le plan des idées, des concepts de formation et des développements scientifiques ont lieu régulièrement au sein de l'Association Européenne de Psychiatrie de Liaison (European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics: EACLPP). Cette association propose des conférences annuelles au niveau européen depuis une dizaine d'années, et a publié récemment des recommandations pour la formation en psychiatrie de consultation et liaison (13).

Actuellement, un stage dans un service de psychiatrie CL est obligatoire dans le cursus de formation en psychiatrie dans cinq pays (Danemark, Pologne, Portugal, Pays-Bas et Espagne), et est recommandé dans trois pays additionnels (Norvège, Suisse et Angleterre). Une majorité de pays reste donc sans formation spécifique obligatoire. Néanmoins, des sociétés nationales de psychiatrie de consultation et liaison sont présentes dans une majorité de pays européens, dans le but de proposer des formations ponctuelles dans ce domaine (14).

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

III. Pratique de l'activité de psychiatrie de liaison

A. Place de la psychiatrie de liaison dans la psychiatrie

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

Pour Zumbrunnen (5), la psychiatrie de liaison mérite d'être considérée comme une sous-spécialité psychiatrique, ses arguments en faveur sont la reconnaissance académique qui ouvrirait des voies nouvelles dans le domaine de la recherche, et la possibilité d'une meilleure défense des intérêts des psychiatres de liaison vis-à-vis

de leurs collègues psychiatres et somaticiens ainsi que vis-à-vis d'instances non médicales (psychologues, sociologues, administrateurs).

Actuellement, la psychiatrie de liaison est reconnue par l'American Board of Psychiatry and Neurology (15) sous la dénomination de médecine psychosomatique (psychosomatic medicine). Elle constitue la septième sous-spécialité psychiatrique reconnue aux États-Unis avec l'addictologie, la pédopsychiatrie, la neurophysiologie clinique, la psychiatrie légale, la géro-psi-chiatrie et la médecine de la douleur.

Au Royaume-Uni, le General Medical Council considère la psychiatrie de liaison comme une sous-spécialité au sein de la psychiatrie générale (16).

La Société Suisse de Psychiatrie de Consultation-Liaison (Swiss Society of Consultation-Liaison Psychiatry) souhaite que la psychiatrie de liaison puisse être reconnue, en Suisse, comme une sous-spécialité psychiatrique officielle (17).

Néanmoins d'autres auteurs (18;19) s'opposent à cette sur-spécialisation en considérant que la psychiatrie de liaison est une pratique plutôt qu'une discipline.

B. Equipe de la psychiatrie de liaison

L'activité de psychiatrie de liaison s'effectue par une équipe composée de psychiatres, des internes en psychiatrie, de psychologues cliniciens et d'infirmiers psychiatriques. Cela permettrait à chacun des membres de l'équipe de liaison d'avoir une place bien définie et d'intervenir en complémentarité. Une telle équipe pourrait être coordonnée par le psychiatre de liaison (20).

1. Le psychiatre de liaison

Le psychiatre de liaison se situe dans une position intermédiaire à l'interface de la médecine et de la psychiatrie ; il est en contact permanent avec la médecine somatique et les médecins praticiens. Son activité clinique est marquée par la prise en compte systématique des aspects psychologiques et sociaux, et par son souci de les intégrer aux données somatiques (5).

Pour que le psychiatre de liaison puisse exercer son activité de façon correcte, il doit être pourvu de plusieurs qualités parmi lesquelles :

a. Qualités sur le plan théorique

Le psychiatre de liaison doit avoir de solides compétences en psychiatrie, avec une bonne connaissance :

- De la nosographie psychiatrique, de façon à pouvoir poser des diagnostics clairs, précis et multiaxiaux ;
- Des psychotropes (maniement, interactions, effets secondaires indésirables...) ;
- De la psychiatrie médico-légale (situations de maltraitance...) ;
- Des tests psychologiques (savoir quand les demander et comment les interpréter) ;
- Des comorbidités médico-psychiatriques et des facteurs stressants inhérents au milieu hospitalier ;
- Des enjeux éthiques de certaines situations.

Il doit également savoir à quel moment transférer un patient en milieu spécialisé psychiatrique et organiser le relais de la prise en charge. Il doit aussi posséder des bonnes connaissances en médecine somatique pour être capable de participer à une discussion avec des somaticiens, de se repérer dans les intrications médico-psychiatriques des pathologies rencontrées, et de mieux appréhender les contraintes auxquelles les équipes soignantes de l'hôpital général sont soumises.

b. Qualités sur le plan pratique

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

Il doit également avoir de bonnes capacités relationnelles et un véritable désir de s'intégrer au sein de l'hôpital dans le but de créer une alliance collaboratrice entre l'équipe somaticienne et l'équipe de liaison pour avoir une prise en charge globale et conjointe des patients.

c. Qualités pédagogiques

Le psychiatre de liaison doit avoir un attrait marqué pour la pédagogie et de bonnes aptitudes dans ce domaine. En effet, comme le souligne R. Zumbrennen (5), chaque consultation constitue un « mini-enseignement », et devrait être en soi une source d'enseignement pour celui qui la demande. Par ailleurs, le psychiatre de liaison peut être sollicité pour divers enseignements théoriques, sous forme de cours, des staffs des services, de séminaires ou de colloques. Ces actions à caractère pédagogique s'adressent aux internes en psychiatrie, mais aussi aux équipes soignantes paramédicales et aux médecins somaticiens.

d. Qualités sur le plan de la recherche

Le psychiatre de liaison doit également avoir un intérêt pour la recherche. La réalisation de travaux impliquant la collaboration de psychiatres et de somaticiens autour de domaines d'intérêts communs constitue une expérience particulièrement stimulante et enrichissante (21).

2. L'interne en psychiatrie de liaison

La psychiatrie de liaison constitue un lieu de formation indispensable pour les internes en psychiatrie, quel que soit le mode d'exercice vers lequel ils s'orienteront par la suite (22). Il semble important que les internes réalisent leur stage de liaison en fin de cursus, afin d'en bénéficier pleinement. Par ailleurs, il est indispensable qu'ils soient bien intégrés dans l'équipe de liaison et suffisamment encadrés durant leur stage, du fait des responsabilités et des nécessités de prise des décisions rapides inhérentes à la pratique de liaison.

3. L'infirmier psychiatrique de liaison

La présence d'infirmiers de psychiatrie, au sein d'une équipe de psychiatrie de liaison, est également très enrichissante. Ils interviennent en complémentarité des autres membres de l'équipe de psychiatrie de liaison, en apportant la connaissance de la spécificité des soins infirmiers (21).

L'infirmier de liaison travaille souvent en relation étroite avec le psychiatre. Il participe à plusieurs niveaux de l'intervention (23) :

- Evaluation d'une situation clinique (évaluation téléphonique des demandes), soit seul avant d'en référer à un psychiatre, soit en binôme avec un psychiatre.
- Orientation et soutien du patient.
- Echanges privilégiés avec les membres des équipes soignantes des services de soins somatiques.

4. Le psychologue de liaison

Le psychologue clinicien, représente un élément essentiel de l'équipe de liaison. Il apporte, en effet, un éclairage intéressant qui, associé aux stratégies de la médecine, permet d'envisager une prise en charge globale du patient (9).

Il intervient, au niveau de l'évaluation des traits de personnalité (qui met en jeu les approches psychométriques et cliniques), au niveau de la prise en charge psychothérapique; que ce soit dans une psychothérapie de soutien ou dans le cadre d'une thérapie structurée. En outre, son rôle est primordial dans l'annonce du diagnostic et dans l'alliance thérapeutique (9).

C. Pourquoi et pour qui intervenir ?

La psychiatrie de liaison est axée sur plusieurs centres d'intérêts étroitement intriqués, elle repose sur deux activités fondamentales : une activité de consultation et une activité de liaison. Les américains utilisent le terme de « Consultation-Liaison Psychiatrie »(24). Cette appellation illustre mieux la bipolarité fondamentale de cette pratique.

- L'activité de consultation : prestation axée sur le patient et qui consiste à donner au confrère demandeur non psychiatre un avis de spécialiste concernant un patient donné (25).
- L'activité de liaison : prestation axée sur l'équipe soignante et qui consiste à former et à sensibiliser les soignants aux aspects psychologiques de leurs activités (25).

La psychiatrie de liaison doit répondre à plusieurs demandes :

1. Répondre à la demande de l'équipe soignante

Le psychiatre de liaison assure les consultations psychiatriques, à la demande du médecin somaticien qui est dans l'attente de solutions rapides et efficaces aux problèmes et aux difficultés rencontrés. Il vient donc à la rencontre du patient hospitalisé en service de médecine ou de chirurgie.

Si un avis diagnostique et/ou thérapeutique est ainsi donné à l'issue de cette consultation, l'entretien s'adresse avant tout au patient rencontré. A l'issue de cet entretien, le psychiatre de liaison va pouvoir donner un avis spécialisé au médecin demandeur : avis diagnostique, thérapeutique, avis de sortie, d'orientation, ou de suivi(12).

Au-delà d'un simple avis, le psychiatre de liaison va pouvoir aider l'équipe à comprendre ce que vit le patient afin de mieux le soigner (26). C'est ce travail qui constitue l'activité, au sens strict, de liaison.

2. Répondre à la demande du patient

On attend du psychiatre de liaison à l'hôpital qu'il rend un service au patient qui souffre de trouble psychiatrique.

Le patient n'exprime pas nécessairement de demande explicite de soin, sa souffrance est suffisamment manifeste, s'il ne la dite pas, pour que l'équipe médicale la formule à sa place.

Pour Consoli, le psychiatre de liaison a pour rôle, auprès du patient, de l'aider à penser, et de l'aider à faire face, à prendre du recul et élaboration sur sa souffrance psychique(27). Il s'inspire pour cela de deux modèles.

- ü D'un côté le modèle psycho dynamique, inspiré du courant psychanalytique, attribue à la « pensée opératoire » (pensée factuelle, pragmatique, manquant d'épaisseur imaginaire et d'expressivité émotionnelle) un rôle étiologique majeur dans la désorganisation somatique(6). Cette approche permet « d'aider le patient à mettre en sens l'expérience de la maladie, et, au travers de cette dernière, le déroulement d'une vie marquée par des épreuves répétitives ».
- ü De l'autre le modèle psychophysiologique, celui du stress, rend responsable les difficultés d'adaptation de l'individu aux événements ou contraintes de vie difficiles, dans la survenue de la maladie physique. Ce dernier modèle, « plutôt redevable au pragmatisme des approches comportementales et cognitives, s'efforce de rendre tolérable l'expérience de la maladie, et de renforcer chez le patient les capacités d'ajustement au stress lui permettant de mieux composer avec, voire de mieux contrôler la situation vécue ».

Pour l'auteur, « les deux objectifs ne sont pas forcément atteignables en même temps et peuvent s'entraver, car leurs logiques s'opposent : mais ils peuvent également se renforcer à tour de rôle, si le thérapeute sait les introduire au bon moment ».

3. Répondre à la demande de l'entourage

La mission de liaison, au sens large, n'est cependant pas assurée uniquement envers l'équipe hospitalière qui a pris en charge le patient durant son séjour, elle se fait également avec la famille. Celle-ci est souvent choquée, apeurée ou en colère(28).

Le contact avec l'entourage du patient peut avoir une triple fonction(26) : Il permet d'une part de le soutenir moralement, à la fois en lui apportant des informations sur le plan somatique. Cette rencontre contribue, d'autre part, à l'évaluation diagnostique, par l'interrogatoire des membres présents. Enfin, la rencontre avec la famille, dans le cadre d'un entretien familial avec le patient, est un temps essentiel de la démarche thérapeutique, surtout lorsqu' il existe un conflit relationnel, que celui-ci soit responsable ou non de l'hospitalisation du patient.

D. Types d'intervention en psychiatrie de liaison

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

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

Les interventions proposées à l'hôpital général au titre de la psychiatrie de liaison sont extrêmement diversifiées, avec notamment, comme le souligne Consoli SM (8) :

1. Interventions à caractère diagnostique

- Établissement ou confirmation d'un diagnostic psychiatrique chez un patient souffrant d'une affection organique.
- Contribution au diagnostic différentiel entre, d'une part, troubles somatiques liés à une affection organique et d'autre part, troubles somatoformes sans organicité

sous-jacente (conversion hystérique, hypocondrie), manifestations somatiques de troubles mentaux spécifiques (Attaques de panique, dépression), lésions somatiques auto induites (maladies factices ou « pathomimies »), ou encore troubles somatiques allégués (simulation, mythomanie, syndrome de Münchhausen).

- Recours aux examens complémentaires nécessaires pour les diagnostics différentiels avec une affection organique.

2. Interventions à caractère thérapeutique

- Prescription d'un traitement psychotrope ou conseils sur la justification du maintien, la posologie souhaitable, la modification d'un traitement déjà en cours.
- Discussion d'une indication de psychothérapie ou d'autres techniques thérapeutiques spécifiques (relaxation, thérapies cognitivo-comportementales, etc.).
- Médiation entre l'équipe médico-chirurgicale et les structures psychiatriques engagées dans la prise en charge d'un patient présentant un « passé psychiatrique » (service de secteur psychiatrique, psychiatre privé), et la reprise de contact avec la structure psychiatrique en cas de rupture du lien thérapeutique.
- Animation ou participation à des groupes de parole de patients.

3. Interventions à caractère pragmatique

- Orientation d'un patient vers une structure de soins psychiatriques du même hôpital ou extérieurs à l'hôpital.
- Avis sur la légitimité d'une mesure de protection des biens (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle) chez un patient hospitalisé pour des motifs somatiques, mais dont les facultés mentales semblent altérées.
- Bilan psychologique d'une tentative de suicide.
- Organisation de l'admission en médecine et suivi, tout au long de son hospitalisation, d'un patient présentant un état dépressif ou justifiant un sevrage d'une dépendance à l'alcool, aux benzodiazépines ou à l'héroïne, voire un sevrage d'un traitement substitutif des opiacés.

4. Interventions à caractère multidisciplinaire

- Consultations conjointes associant un psychiatre et un somaticien.
- Préparation à une intervention chirurgicale majeure (greffe d'organe).
- Participation au staff médical au cours duquel le cas d'un patient difficile est discuté.

5. Interventions à caractère pédagogique

- Relation de conseil et soutien psychologique d'un ou plusieurs membres de l'entourage affectés par l'état de santé ou le pronostic d'un patient (cancérologie, soins palliatifs, mais aussi conjoints de dialysés, conjoints de coronariens ayant présenté un infarctus du myocarde, etc.). Aide au travail de deuil.
- Conseils donnés à l'équipe soignante pour surmonter certaines difficultés relationnelles avec un patient et pour l'établissement d'une stratégie thérapeutique adaptée à la personnalité, au contexte psychosocial, et au besoin de chaque patient sans rencontrer individuellement le patient en question.
- Animation ou participation à des groupes de parole de soignants, au cours desquels les problèmes des patients les plus difficiles, le vécu des soignants, les objectifs de soins du service, sont discutés.
- Contribution à la réflexion d'un service sur des actions éducatives et/ou de préventions destinées aux patients.

6. Interventions à caractère scientifique

- Participation à une séance de bibliographie d'un service de médecine ou de chirurgie.
- Participation à des travaux de recherche.
- Elaboration d'une publication ou d'une communication scientifique signée en commun avec des somaticiens de l'hôpital.

Ces interventions de psychiatrie de liaison vont ainsi du rôle le plus classique dévolu au psychiatre consultant, à des rôles plus complexes impliquant une collaboration scientifique ou une mission d'enseignement et de formation des professionnels de santé (8). Elles nécessitent donc de la part du psychiatre de liaison des qualités particulières, ainsi qu'une pleine connaissance des multiples implications et conséquences de son action.

E. Modalités d'intervention en psychiatrie de liaison

1. Après du patient

Plusieurs interventions sont impératives :

1.1 L'examen psychiatrique

L'examen psychiatrique est basé sur l'entretien clinique, c'est à dire la mise en place d'une relation subjective visant à recueillir des données objectives d'observation, à apprécier le degré d'urgence, et à initier une prise en charge.

Il est difficile à réaliser car le praticien doit transcrire les données d'un entretien en une analyse sémiologique précise aboutissant à une décision thérapeutique.

Les plaintes du sujet doivent être cernées pour permettre d'évaluer leur retentissement sur la vie sociale, professionnelle et familiale. Leurs caractères souvent lassant et répétitif ne doit pas aboutir à un rejet de la part du praticien ni à une prescription chimiothérapique hâtive (29).

L'analyse sémiologique tient compte de la présentation (tenue, attitude générale, comportement verbal), de l'activité psychique de base (conscience, fonctions intellectuelles, perceptions, affectivité, comportement Psychomoteur).

Il peut être complété par des tests psychologiques d'efficiences et/ou de personnalité ainsi que par des échelles d'évaluation quantitatives de symptômes (entretiens semi-structurés). Un examen somatique complet sera fait à la recherche de facteurs étiologiques ou de comorbidités somatiques liées à l'affection organique du patient (30).

1.2 Prise en charge thérapeutique

La prise en charge thérapeutique dans le cadre de la psychiatrie de liaison peut être :

§ médicamenteuse à base de psychotropes.

§ psychologique :

Ø Psychothérapie de soutien :

Le soutien est un support du processus thérapeutique, à l'initiative du thérapeute, pour que le patient puisse par lui-même faire un pas de plus. On peut ainsi distinguer deux modalités qui sont parfois confondues et aussi entremêlées: Soutenir le processus psychothérapique et utiliser plus spécifiquement ce que l'on appelle des techniques de soutien. Les techniques ayant pour but général de soutenir le processus psychothérapeutique à l'œuvre ne sont pas forcément répertoriées dans les techniques dites de soutien, mais se réfèrent à la méthodologie et à la théorie du psychothérapeute (29).

Ø préparation à un traitement médical ou chirurgical lourd :

Corticothérapie, chimiothérapie, dialyse, radiothérapie, amputation, intervention carcinologique, greffe d'organes.

2. Après de la famille

La psychiatrie de liaison étant en relation étroite avec l'environnement socioculturel de l'individu, donne son écoute à la famille du patient pour une meilleure gestion de son traitement et de son suivi médical et social (12).

2.1 Soutien psychologique

§ Ecoute bienveillante à la souffrance des proches, neutre, mais orientée et inquisitrice.

§ Annonce d'un diagnostic grave.

2.2 Information à caractère pédagogique

§ Psychothérapie relationnelle avec valorisation et encouragement des initiatives qui renforcent l'observance thérapeutique.

§ Une activité clinique d'accompagnement et de soutien tout le long du suivi du patient.

IV. Domaines et champs d'intérêt de la psychiatrie de liaison

A. Troubles psychiatriques liés aux pathologies somatiques

Les troubles psychiatriques d'origine somatiques constituent un groupe très hétérogène avec des tableaux psychiatriques polymorphes, symptomatiques de nombreuses affections médicales.

Dans la pratique, il apparaît que plusieurs pathologies organiques peuvent jouer un rôle causal ou aggravant dans la survenue de troubles psychiatriques.

Ces troubles « psychiatriques » peuvent soit révéler une affection organique méconnue ou survenir au cours d'une affection déjà installée. Dans tous les cas, un trouble mental organique risque de poser un problème diagnostique et de prise en charge (31).

1. Troubles psychiatriques compliquant une affection somatique

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

Selon certaines études, les pathologies organiques dont le retentissement fonctionnel est jugé plus sévère par les praticiens (cancers, infection par le VIH, affections neurologiques, insuffisance rénale, greffes d'organes, affections ostéo-articulaires, diabète insulino-dépendant, insuffisance coronarienne...), sont plus souvent considérées comme responsables de la survenue d'un épisode dépressif

majeur « EDM » et auraient également tendance à être plus suivies en psychiatrie que les autres pathologies(32). L'absence ou le retard de diagnostic d'un EDM dans les spécialités médicales s'expliquent par la focalisation de la relation médecin-malade sur les symptômes somatiques, qui entrave le décentrage nécessaire pour assurer le diagnostic et le traitement approprié de l'EDM.

Les études post mortem retrouvent une affection organique chez 16 à 70% des personnes décédées par suicide. Ces taux augmentent avec l'âge: 13% avant 40 ans, 50% entre 40 et 60 ans, et 70% après 60 ans. 23% des suicidés de plus de 65 ans ont été hospitalisés pour une affection organique dans l'année précédant leur décès. L'acte suicidaire peut s'expliquer chez les patients atteints d'une affection somatique par la présence d'une comorbidité psychiatrique, en particulier dépressive, mais aussi par l'impact psychologique de maladies le plus souvent chroniques, graves et douloureuses (32).

Une étude réalisée en 1994 à partir d'une revue de la littérature individualisant neuf groupes de maladies pour lesquelles existe une surmortalité suicidaire: l'épilepsie, la maladie VIH/SIDA, les cancers (tête et cou en particulier), la maladie de Huntington, la sclérose en plaques, l'ulcère gastroduodénal, les maladies rénales (au stade de l'hémodialyse et de la transplantation), les atteintes de la moelle épinière et le lupus érythémateux disséminé. Une surmortalité suicidaire non significative est observée pour huit autres groupes de maladie ou traitements: les amputations, la chirurgie cardiaque, les traitements hormonaux de substitution, les maladies hépatiques liées à l'alcool, la neurofibromatose, la maladie de Parkinson, la sclérose systémique et les maladies de l'intestin (Crohn, iléostomie et colite ulcéreuse) (32).

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

1.1 Les maladies dermatologiques

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

Selon une étude (33), la prévalence de la symptomatologie dépressive dans une consultation dermatologique hospitalière a été évaluée à 23,6 % à l'aide d'une échelle d'auto-évaluation de la dépression. La dépression est de loin l'affection psychiatrique la plus fréquemment rencontrée dans le psoriasis, il est donc important de la dépister et de la traiter, il existe un cercle vicieux psoriasis-altération de la qualité de vie- dépression (34). Le vitiligo, par son caractère affichant, peut altérer la qualité de vie des malades et entraîner un retentissement psychologique important. La qualité de vie est significativement altérée chez les malades et de façon plus importante chez les femmes et en cas d'atteinte dépassant 10 % de la surface corporelle (35).

Une autre étude a évalué le degré d'anxiété, d'irritabilité, de dépression et d'atteinte de l'estime de soi chez des patients souffrant d'un mélanome malin et chez des sujets souffrant d'affections cutanées diverses dont une acné du visage, comparés à un groupe témoin sans atteinte cutanée. Cette étude a montré que les sujets souffrant d'une acné du visage ont présenté les plus mauvais scores, ce qui montre que le risque des complications psychologiques augmente lorsque la lésion siège sur les parties visibles du corps (36).

1.2 Les maladies cardio-vasculaires

Les manifestations psychiatriques sont retrouvées chez 20 à 45% des patients souffrant de pathologies cardiovasculaires(37). Les troubles anxieux sont fréquents, particulièrement en cas d'arythmies ou de coronaropathies, les symptômes sont dominés par la crainte de la crise cardiaque, de l'invalidité et de la mort subite. Les troubles dépressifs sont également fréquents.

En l'absence de rémission, la dépression peut compromettre l'observance thérapeutique et la réinsertion du patient. Elle représente, en outre, pour le patient un facteur de surmortalité cardiaque à moyen terme. Lorsque la défaillance cardiaque est marquée, des tableaux confusionnels et/ou délirants peuvent s'observer (38).

1.3 Les maladies cancéreuses

La dépression est associée avec un mauvais pronostic. Les facteurs en cause sont l'annonce du diagnostic, les traitements (lourds et mutilants), le vécu douloureux du déclin physique (39).

Les patients atteints de cancer développent une attitude de « comportement de maladie » (sickness behavior), en relation avec les conséquences du traitement et de la tumeur (qui diminue l'appétit, augmente la fatigue, etc.). La détresse émotionnelle est importante et a été associée avec une diminution de la survie (40).

1.4 Les maladies chroniques douloureuses

Ces pathologies peuvent prédisposer à la survenue d'une dépression, avec un risque de passage à l'acte suicidaire. Dans ce cadre La sévérité et la durée de la douleur chronique sont proportionnelles à la sévérité de la dépression (41).

2. Pathologies organiques à expression psychiatrique

Certaines affections somatiques sont particulièrement trompeuses quand les manifestations psychiatriques représentent la forme de début ou dominant le

tableau clinique à la phase d'état. Le piège classique est représenté par l'existence d'antécédents psychiatriques connus.

Le diagnostic des affections somatiques à masque psychiatrique repose sur les données de l'examen clinique et paraclinique: enquête anamnesticque, en particulier à la recherche de modifications récentes ou inhabituelles du comportement et du caractère, menée auprès du patient et surtout de son entourage; examen clinique: neurologique, cardio-vasculaire, respiratoire, hépatique, etc... Le bilan paraclinique est orienté en fonction des données de l'examen clinique : ionogramme sanguin, glycémie, calcémie, urée, recherche de toxiques, gaz du sang, ponction lombaire, examen du fond d'œil, électroencéphalogramme, scanner cérébral (42).

2.1 Affections neurologiques

a. Les AVC

L'affection psychiatrique la plus souvent retrouvée dans les accidents vasculaires cérébraux est la dépression puisqu'elle survient chez plus de la moitié des patients après un AVC(43). La dépression est souvent majeure et caractérisée par un apragmatisme, une aboulie, une adynamie, une placidité émotionnelle, une perte des capacités d'initiative et de l'élan psychique, une lenteur idéatoire et idéomotrice, un désinvestissement, une indifférence affective et une distractibilité. Selon Robinson et al (44), la dépression est plutôt liée à des lésions localisées à gauche. Lors des atteintes corticales droites, la dépression serait alors moins intense. Les troubles thymiques de type maniaque seraient secondaires à des lésions orbitaires et sont rare en post-AVC. Les troubles de l'humeur bipolaires lors de l'AVC, décrits par Starkstein et al (45), sont rares car ils nécessiteraient la conjonction de plusieurs facteurs : lésion hémisphérique droite sous-corticale, une atrophie sous-corticale préexistante et une vulnérabilité familiale aux troubles de l'humeur.

b. L'épilepsie

Le terme de « psychose épileptique » désigne dans la littérature trois entités : les psychoses ictales et péri-ictales, les psychoses post-ictales et les psychoses inter-ictales. Pour ce qui est des psychoses ictales et péri-ictales, il s'agit d'authentiques états confusionnels entrant dans le cadre de la crise. Les psychoses post-ictales, représentent une confusion post-critique avec intervalle de lucidité (24 h à une semaine), puis l'installation d'un délire aigu très sensible aux neuroleptiques avec un EEG critique qui est normal (46). Les psychoses inter-ictales donnent des tableaux de schizophrénie chez des patients épileptiques connus depuis plus de 10 ans et souvent avec un quotient intellectuel bas.

c. La sclérose en plaque

Les troubles psychiques varient selon le stade d'évolution de la maladie(42) :

- ü A la phase initiale, le tableau clinique fait de symptômes neurologiques de survenue brusque, changeants et rapidement régressifs peut faire évoquer à tort le diagnostic d'hystérie.
- ü A la phase active, les troubles thymiques essentiellement dépressifs dominant la maladie.
- ü A la phase tardive, une détérioration intellectuelle est possible.

d. Les pathologies dégénératives sous-corticales

ü La maladie de Parkinson

Les troubles psychiques observés au début de la maladie se limitent essentiellement à l'anxiété et à la dépression. Peu spécifique, l'anxiété se manifeste par épisodes avec des attaques de panique, mais aussi, d'une façon plus permanente, associée souvent à la dépression. La fréquence moyenne de la dépression a été estimée à 50 % dans une méta-analyse réalisée par Mayeux et al (47). Une fois la maladie installée, les hallucinations sont retrouvées avec une prévalence entre 25 et 40 % (48). Elles sont surtout visuelles et plus rarement

auditives et restent critiquées le plus souvent par le patient. Des épisodes confusionnels, se manifestant de façon plus brutale, sont parfois associés à des phénomènes hallucinatoires complexes, non critiqués, et entraînent des troubles sévères du comportement.

ü La chorée de Huntington

Les troubles psychiatriques sont inauguraux le plus souvent, vers 35 ou 40 ans. Ils se manifestent par des perturbations du caractère, des conduites antisociales, des tentatives de suicide, des troubles de l'humeur, dépressifs ou maniaques, voire des états délirants hallucinatoires (42).

e. Les tumeurs cérébrales

Les troubles psychiatriques sont fréquemment rencontrés au cours des tumeurs cérébrales. Ils peuvent être isolés et précéder l'apparition de signes neurologiques, ils diffèrent selon la localisation de la lésion. Le bilan neuroradiologique s'impose au moindre doute(42).

Les tumeurs de localisation frontale restent longtemps silencieuses sur le plan clinique avant de se révéler par des troubles du registre comportemental. Elles peuvent prendre trois types de présentation cliniques :

- Le syndrome orbito-frontal caractérisé par des modifications de la personnalité avec irritabilité, labilité émotionnelle importante, troubles du jugement et des conduites sociales.
- Le syndrome préfrontal dorsolatéral se présente à l'inverse sous forme d'une apathie avec indifférence, ralentissement psychomoteur, aboulie avec des persévérations.
- Le syndrome cingulaire antérieur caractérisé par une akinésie et un mutisme.

La localisation pariétale se manifeste par une indifférence et anosognosie, alors que la localisation occipitale se manifeste essentiellement par des hallucinations (49).

f. Les séquelles psychiques des traumatismes crâniens

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

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

ü Les états déficitaires post-traumatiques : Ils peuvent survenir au décours d'un traumatisme sévère avec coma prolongé. Les troubles associent une bradypsychie, des persévérations, une apathie, une indifférence, des troubles de l'attention et de la mémoire, des troubles du caractère à type d'irritabilité (42).

2.2 Les affections endocriniennes

Les troubles psychiatriques font partie intégrante des manifestations endocriniennes initiales et peuvent même, bien que rarement, constituer la seule expression de l'affection à son début(42).

a. Le diabète

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

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

b. L'hyperthyroïdie

Les troubles psychiatriques sont fréquents et se présentent sous la forme d'un état d'agitation anxieuse, avec irritabilité et insomnie. L'humeur est souvent triste. Les poussées aiguës d'hyperthyroïdie peuvent donner des accès d'obnubilation ou des épisodes d'excitation psycho-motrice, qui peuvent en imposer pour un épisode aigu d'un trouble bipolaire.

c. L'hypothyroïdie

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

d. L'hypercorticisme - syndrome de Cushing

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

e. L'insuffisance surrénale - maladie d'Addison

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

f. L'hyperparathyroïdie

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

g. L'hypoparathyroïdie

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

2.3 Les affections infectieuses

Les maladies infectieuses à l'origine de troubles psychiatriques connaissent une recrudescence depuis l'épidémie d'infection par le VIH(42).

a. La méningo-encéphalite syphilitique tertiaire

Ou paralysie générale, comporte des troubles du comportement et des conduites sociales (vols absurdes, exhibitionnisme), des idées délirantes mégalo - maniaques, souvent à thème sexuel, dont la labilité signe l'origine organique.

b. L'encéphalite herpétique

Est une urgence médicale qui peut se manifester au premier plan par des troubles du comportement d'allure psychiatrique : fugue, errance, tentative de suicide. L'instabilité des symptômes oriente vers une cause organique.

c. Le Sida

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

Ø Le phénomène de séropositivité

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

Ø Le SIDA déclaré

Les étiologies organiques peuvent au début s'exprimer par un tableau psychiatrique aigu parfois bruyant :

- Bouffée délirante aiguë avec trouble du comportement, agitation et agressivité.
- La localisation cérébrale d'une infection opportuniste: toxoplasmose, cryptococcose, aspergillose,...
- L'encéphalite à CMV (Cytomégalovirus).
- Un lymphome cérébral.
- L'encéphalite HIV: La Leucoencéphalite multifocale et progressive (LMP) due au J.C. Papovavirus concerne 1 à 2% des malades dont l'évolution est rapidement mortelle. Elle concerne toujours des patients très immunodéprimés.

2.4 Les affections métaboliques

a. La porphyrie aiguë

Les symptômes surviennent par crises, lors des poussées déclenchées par une prise médicamenteuse (barbituriques, sulfamides, oestroprogestatifs, anti-inflammatoires), un épisode infectieux, une anesthésie. elle est caractérisée par la triade clinique : signes psychiatriques, syndrome abdominal aigu et syndrome neurologique périphérique.

b. La maladie de Wilson

Les troubles psychiatriques sont souvent précoces : troubles du caractère, modifications de l'humeur, régression intellectuelle posant des problèmes diagnostiques au début avant que ne s'installent les autres éléments du tableau clinique.

c. Les avitaminoses

La maladie de Biermer (carence en vitamines B12) avec son syndrome neuro-psycho-anémique.

d. Les encéphalopathies « respiratoires, pancréatiques, hépatiques »

L'atteinte somatique responsable de ces encéphalopathies est en règle suffisamment sévère. Le problème diagnostique ne se pose guère avec une affection psychiatrique pure.

2.5 Les maladies de système

Les maladies de système sont susceptibles de se compliquer de troubles psychiatriques, notamment le lupus érythémateux disséminé. Entre 40% et 80% des lupiques présentent des symptômes dépressifs, qui sont généralement liés à une atteinte organique cérébrale (occlusions vasculaires et présence d'auto anticorps anti neuronaux). Il est cependant nécessaire d'exclure une atteinte infectieuse du système nerveux central, des troubles métaboliques et l'effet de certains traitements, dont les corticoïdes, avant de rattacher les troubles psychiatriques à la maladie de système. La thérapeutique de ces troubles repose sur le traitement du lupus lui-même, auquel peuvent être diversement associés des psychotropes. Les autres maladies de systèmes, dont le syndrome de Gougerot-Sjögren, la sclérodermie et la polyarthrite rhumatoïde présentent surtout des troubles psychiatriques réactionnels pouvant réaliser des troubles anxieux et/ou dépressifs constitués. Enfin, la présence d'antécédents personnels psychiatriques ou d'un mauvais fonctionnement psychosocial prémorbide est corrélée à de moins bonnes

capacités d'adaptation face aux différentes modalités évolutives de la maladie, favorisant l'émergence de troubles psychiatriques caractérisés(50).

B. Troubles psychiatriques iatrogènes aux médicaments non psychotropes

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

1. Médicaments à effets psychiatriques importants ou graves

1.1 Les corticoïdes

Les troubles psychiatriques cortico-induits sont multiples, imprévisibles et s'étendent dans un large spectre de troubles psychopathologiques (51). On retrouve aussi bien des troubles de l'humeur, des états anxieux, dépressifs, psychotiques avec des idées suicidaires ou des hallucinations. Souvent méconnu est le développement de troubles cognitifs, en particulier de la mémoire verbale et déclarative (52,53).

Les données de la littérature placent l'incidence des troubles psychiatriques sévères cortico-induits entre 6% et 10 % des patients, et les troubles mineurs à modérés entre 28% à 75 % (54,55). De même, et dans le cadre d'une étude prospective réalisée en collaboration entre les services de psychiatrie et de dermatologie du CHU Hassan II de Fès (56), il a été constaté une prévalence de ces troubles à hauteur de 35 % avec un pic durant le premier mois de traitement. Les troubles anxieux venaient en tête avec une fréquence de survenue de 24 %, suivis de la dépression sévère avec tentatives de suicide (12 %), de l'hypomanie (6%) et des hallucinations (6%).

La dose de glucocorticoïdes est le facteur de risque le plus important pour l'apparition d'effets secondaires psychiatriques. Dans une étude, leur incidence était de 1,3% chez les patients recevant 140 mg d'équivalent prednisone par jour, de 4,6% pour ceux recevant entre 41 et 80 mg/jour et 18,4% lors d'administration de 80 mg/jour. Par contre, la dose ne permet pas de prédire le début, la durée ou la sévérité des symptômes psychiatriques. La plupart des effets apparaissent dans les premières semaines de traitement même s'ils ont été observés à tout moment d'un traitement prolongé. On décrit qu'une euphorie, une agitation ou une décompensation maniaque se développent plutôt après un court délai de traitement alors que des troubles dépressifs apparaissent après un traitement prolongé(57).

Informé le patient et son entourage de la possibilité de survenue des effets secondaires psychiatriques ou cognitifs et les rechercher à chaque visite permet une prise en charge précoce lorsqu'ils apparaissent. Il est alors recommandé de rechercher la présence d'idées suicidaires et d'évaluer le risque suicidaire, si nécessaire avec l'aide d'un psychiatre, pour une indication à une hospitalisation éventuelle.

La diminution de la dose de glucocorticoïdes, voire l'arrêt du traitement, sont les points clés de prise en charge du traitement des effets secondaires psychiatriques. Si cela n'est pas envisageable en raison de la maladie sous-jacente ou du risque d'insuffisance surrénalienne secondaire, il faut essayer de diminuer le plus possible la dose de corticoïdes. L'arrêt de la corticothérapie permet une résolution de la symptomatologie psychiatrique avec un délai de quelques jours (en cas de délirium) à quelques semaines parfois (épisode maniaque, dépression). Pour les patients chez lesquels un arrêt ou une diminution de la dose de corticoïdes ne peut être envisagé et surtout pour les états d'agitation ou psychotiques importants, un traitement par neuroleptiques a montré son efficacité. Pour les patients présentant un trouble de l'humeur ou une dépression, des ISRS sont le plus souvent utilisés(57).

1.2 Les antituberculeux

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

§ Isoniazide

Peut engendrer des troubles psychiatriques très divers, généralement réversibles à l'arrêt du traitement (58). Les sujets à risque seraient les personnes âgées, les acétyleurs lents, les diabétiques, les dénutris, les alcooliques, les insuffisants hépatiques, les sujets infectés par le VIH, les tuberculeux MDR « multi-drug resistant », les patients à antécédents personnels ou familiaux psychiatriques, et l'association avec l'éthionamide en particulier pour les troubles de l'humeur (58, 59, 60,61).

Les troubles psychiatriques induits par l'isoniazide sont variables : Tableaux démentiels, troubles de l'humeur (euphorie, accès maniaques francs ou dépressions), tableaux psychotiques aigus, troubles cognitifs (perte de mémoire transitoire), troubles anxieux (tableaux d'allure obsessionnelle compulsive), agitation et perte de contrôle (58, 59, 60,61).

§ Éthambutol

La confusion mentale et les hallucinations sont très rarement constatées (59,60, 61).

§ Rifampicine

Quelques effets psychiatriques rarement observés à type de : syndrome confusionnel, troubles de la concentration, somnolence, délire, hallucinations et agitation (59,60, 61).

1.3 Interféron alpha

L'interféron alpha reste une molécule de référence tant en oncologie qu'en virologie, vu ses propriétés antivirales directes, immunomodulatrices et antiprolifératrices. Cependant, son utilisation reste limitée par la fréquence des ses effets secondaires. Retrouvés chez près de 30 % des patients traités, Les effets indésirables d'ordre psychiatrique surviennent typiquement entre le premier et le troisième mois du traitement anti-hépatite C (avec un pic au terme de la 3ème semaine) (62). Cependant, ils peuvent également se révéler tout au long du traitement et même au cours des mois qui suivent son arrêt. Leur survenue semble dépendre aussi bien des doses utilisées (doses antivirales faibles ou chimiothérapie anticancéreuse à forte doses), que de la voie d'administration (toxicité maximale par voie intraveineuse continue) (63,64).

La nature de ces troubles psychiatriques induits recouvre un large spectre, allant des symptômes isolés telle une irritabilité à de véritables entités syndromiques, qui restent cependant dominées par le syndrome dépressif (incidence entre 5 et 31,5 % des patients traités) (63,64). De même, la prévalence des actes suicidaires avoisinerait 1,5 % chez les patients sous interféron alpha (65).

Par ailleurs, les états maniaques semblent être une complication plutôt rare, bien que son imputabilité à l'interféron alpha ait été clairement démontrée (63,64).

Globalement les troubles thymiques peuvent s'aggraver sous interféron, apparaître après son instauration et régresser après son arrêt. Parfois même, ils peuvent survenir après son arrêt donnant lieu à un véritable trouble bipolaire induit.

Les troubles anxieux sont peu décrits dans la littérature. Le plus souvent, il s'agit de l'aggravation ou la réactivation de troubles préexistants, comme les troubles phobiques ou obsessionnels compulsifs et exceptionnellement un tableau constitué d'état de stress post traumatique.

Moins documentée que les troubles de l'humeur, la survenue d'états psychotiques semblent très rares, 10 cas signalés dans une étude (66) portant sur 11241 patients traités pour hépatite virale chronique par interféron alpha. Elle est volontiers liée à l'usage de faibles doses comme cela est le cas dans le traitement des hépatites C chroniques.

Ces chiffres concordent avec ceux relevés dans une étude prospective et longitudinale réalisée au CHU Hassan II de Fès portant sur les troubles psychiatriques chez 20 malades traités par l'interféron pour l'hépatite virale C [6]. En effet, il a été noté que la prévalence de la dépression sévère était de 15 % (imposant même l'arrêt du traitement chez 2 patients) et celle de l'anxiété majeure de 31 %.

1.4 La chimiothérapie anticancéreuse

Les molécules utilisées en chimiothérapie anticancéreuse dépassent la soixantaine, et l'imputabilité des effets secondaires demeure assez difficile. Cependant des études comparatives entre un groupe de patients cancéreux recevant une chimiothérapie et un groupe bénéficiant d'une radiothérapie ont clairement objectivé une incidence accrue de ces troubles chez les premiers (67). L'apparition de ces troubles semble être dose dépendante. Si la notion de « fatigue générale » demeure un effet secondaire souvent rapporté, les troubles dépressifs ou anxieux ont une incidence plus élevée en comparaison aux patients non traités par chimiothérapie (68,69).

Par ailleurs, d'autres troubles ont été rapportés tels que les altérations cognitives (69). En effet, un grand nombre d'études révèlent que la chimiothérapie peut induire des altérations cognitives modérées chez 15-75 % des patients. Les changements cognitifs liés à la chimiothérapie sont observés dans différents domaines incluant le langage, la mémoire verbale et non verbale, l'habilité spatiale et la fonction motrice.

2. Médicaments à effets secondaires psychiatriques peu fréquents ou peu importants mais qui sont de prescription courante

Outre les classes thérapeutiques citées plus haut, de nombreux autres médicaments sont susceptibles d'avoir des effets secondaires psychiatriques et il serait impossible de les aborder de manière exhaustive. Les tableaux 1 et 2 en regroupent quelques exemples.

Tableau N°1 : les effets psychiatriques des AINS et des antibiotiques.

| | AINS | Antibiotiques |
|--|--|--|
| <i>Confusion</i> (60, 61, 66,70) (Favorisée par le surdosage, l'âge avancé et l'insuffisance rénale) | <ul style="list-style-type: none"> • Acide acétylsalicylique, ibuprofène, acide méfémannique, indométacine, dérivés oxicam, inhibiteurs sélectifs de la COX-2 | <ul style="list-style-type: none"> • Des cas rapportés pour toutes les familles d'antibiotiques hormis les sulfamides (60,61). |
| <i>Troubles du sommeil</i> (60,61) | <ul style="list-style-type: none"> • Somnolence/insomnie (diclofénac, ibuprofène, kétoprofène, inhibiteurs sélectifs de la COX-2 et dérivés oxicam) • Cauchemars (méloxicam) | <ul style="list-style-type: none"> • Somnolence occasionnelle (pénicillines). • Insomnie ou somnolence dans une moindre mesure (signalées aussi pour les fluoroquinolones, les sulfamides, et certains macrolides (60,61). |
| <i>Episodes psychotiques</i> (56,60,61,71,72,73,74, 75 ,76) (favorisés par l'âge avancé, une diminution de la clairance ou en cas d'interactions médicamenteuses) | <ul style="list-style-type: none"> • Hallucinations, délires, paranoïa et dépersonnalisation (Indométacine (60,72). • Hallucinations, délires (diclofénac 56) • Hallucination (ibuprofène (76) et le Célécoxib) | <ul style="list-style-type: none"> • Hallucinations rapportées pour les β-lactamines (favorisées par des posologies élevées par voie parentérale) • Réactions psychotiques (hallucinations auditives, délires, paranoïa) signalées pour les <i>aminosides</i> (gentamicine et la tobramycine), pour les <i>macrolides</i> (azythromycine, clarythromycine et érythromycine) ainsi que pour les <i>fluoroquinolones</i> (très rares) et les <i>sulfamides</i> (exceptionnelles). |
| <i>Troubles de l'humeur</i> (60,61) | <ul style="list-style-type: none"> • Irritabilité (Ibuprofène, diclofénac et acide acétylsalicylique) • Dépression (Ibuprofène, Célécoxib et l'acide acétylsalicylique). | <ul style="list-style-type: none"> • Euphorie ou une irritabilité survenant rarement de façon isolée complétant souvent un tableau psychotique induit. |
| <i>Troubles anxieux</i> (60, 61,70) | <ul style="list-style-type: none"> • Inhibiteurs de la cox2 (Célécoxib) | <ul style="list-style-type: none"> • Imputable à de nombreuses molécules. Ils peuvent survenir de façon isolée ou en association à une réaction psychotique. |
| <i>Troubles cognitifs</i> (60, 61,76) | <ul style="list-style-type: none"> • Troubles de la concentration (Naproxène et l'Ibuprofène). | <ul style="list-style-type: none"> • Diminution de l'acuité mentale chez certains patients sous sulfamides. • Impression d'idéation ralentie pour une cycline, la minocycline. |
| <i>Agitation / agressivité</i> (60,61) | <ul style="list-style-type: none"> • Acide méfémannique et Diclofénac. | <ul style="list-style-type: none"> • Pouvant accompagner une anxiété, une confusion ou une réaction psychotique induite. |

Tableau N°2: les effets psychiatriques des médicaments de l'appareil digestif et cardiovasculaire

| | Médicaments de l'appareil digestif | Médicaments de l'appareil cardiovasculaire |
|--|--|--|
| <i>Confusion (60, 61,70)</i> (Favorisée par le surdosage, l'âge avancé et l'insuffisance rénale) | <ul style="list-style-type: none"> • Antispasmodiques anticholinergiques (Méthylsulfate de tiémonium, butylscopolamine, N-butyl-hyoscine). • Antihistaminiques H2 administré par voie IV et plus rarement pour les IPP (Oméprazole). | <ul style="list-style-type: none"> • Certains antihypertenseurs (β-bloquant, IEC, inhibiteurs calciques (vérapamil). • Certains anti-arythmiques (digitaliques, Lidocaïne). |
| <i>Troubles du sommeil (60,61)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Insomnies ou somnolence ont été rapportées pour les antiémétiques (Métoclopramide, Dompéridone, antihistaminiques H1). • Cauchemars ont été signalés pour les antispasmodiques anticholinergique (notamment chez l'enfant) et les antiémétiques antihistaminiques H1. | <ul style="list-style-type: none"> • Sont signalés pour les hypolipémiants et certains antihypertenseurs (β-bloquant, IEC) avec notamment des insomnies et des cauchemars pour les β-bloquant la méthyl-dopa, l'amiodarone et la nifédipine. |
| <i>Episodes psychotiques (60,61,71, 73,74,75)</i> (Favorisés par l'âge avancé, une diminution de la clairance ou en cas d'interactions médicamenteuses) | <ul style="list-style-type: none"> • Rarement des hallucinations sous anti-sécrétoires et antiémétiques anti H1. • Exceptionnellement des réactions psychotiques pour les anti H1 et les anticholinergiques. | <ul style="list-style-type: none"> • Des hallucinations visuelles et auditives sous β-bloquants, nifédipine et sous digitalique sont rapportées, avec en outre pour ces derniers, possibilité de réactions psychotiques avec délire. |
| <i>Troubles de l'humeur (60,61)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Irritabilité signalée pour les antiémétiques (anti H1 et le Métoclopramide) et les antispasmodiques anticholinergiques. • Etats dépressifs décrits chez des sujets sous antiseécrétoires gastriques (1-5% pour la ranitidine, certains IPP comme le rabéprazole) ainsi que pour les antiémétiques (Dompéridone et Métoclopramide) | <ul style="list-style-type: none"> • La dépression est fréquente surtout en début du traitement ou en cas d'augmentation de posologie pour les antihypertenseurs centraux. • Une dépression avec augmentation du risque suicidaire peut être observée chez les patients sous β-bloquant, IEC, ARA II inhibiteurs calciques ou hypolipémiants. |
| <i>Troubles anxieux (60,61)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Allant de l'anxiété signalée pour la Dompéridone à l'agoraphobie et des attaques de paniques rapportées pour le Métoclopramide. | <ul style="list-style-type: none"> • Des cas d'anxiété rapportés pour les β-bloquant, ARA II et les antihypertenseurs centraux ainsi que pour les anti hypotenseurs sympathomimétique. |
| <i>Troubles cognitifs (60, 61,76)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Les anticholinergiques sont en général réputés pour aggraver les troubles cognitifs chez le sujet âgé. • Des troubles de la mémoire et de la concentration ont été signalés aussi pour les antiémétiques anti H1. | - |
| <i>Agitation / agressivité (60,61)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Peut survenir dans un cadre confusionnel | <ul style="list-style-type: none"> • β-bloquant, nifédipine et certains anti-arythmiques notamment les digitaliques |

C. Psycho-oncologie

1. Concept et objectifs

La psycho-oncologie désigne à la fois une discipline scientifique et un ensemble de pratiques cliniques s'exerçant au cœur de la médecine oncologique. Elle fait partie intégrante de la psychiatrie de liaison et a bénéficié du progrès qu'a connu cette dernière. Cette discipline scientifique vise à dépister, prévenir, et traiter les troubles psychopathologiques chez les patients en cancérologie. Elle propose des interventions englobant la dimension psychologique et sociale du patient à toutes les étapes de la prise en charge de la maladie, elle s'exerce en collaboration avec les autres soignants en oncologie.

La psycho-oncologie répond à la nécessité de prendre en compte dans le soin en cancérologie le processus d'adaptation psychologique du patient et de sa famille. Ces derniers sont confrontés à une situation qui, sur le plan existentiel, peut être considérée comme « extrême » chez cette population psychologiquement vulnérable.

La psycho-oncologie a pour objectifs d'intégrer la dimension psychosociale à toutes les étapes de la prise en charge du malade cancéreux, elle se base sur des méthodes intégrées dans une approche englobant le malade, la maladie et l'entourage.

2. Troubles psychopathologiques chez les patients cancéreux

En raison de la labilité des manifestations émotionnelles et de leur large dépendance des circonstances, il est souvent difficile de différencier les catégories du normal et du pathologique. Les troubles psychopathologiques s'inscrivent dans un « continuum » allant des sentiments normaux de tristesse et de craintes jusqu'à des difficultés pouvant être invalidantes (77). Ainsi, c'est la capacité du patient à s'adapter à la situation, qui est considérée comme un critère décisif plutôt que l'intensité des manifestations psychopathologiques.

Les troubles psychopathologiques chez les patients cancéreux sont essentiellement représentés par :

2.1 Trouble dépressif

Il existe environ 5 à 10 % d'épisodes dépressifs majeurs dans cette population (78). La dépression survient d'autant plus que le patient est douloureux ou fonctionnellement handicapé, alors que la sévérité du pronostic intervient peu(79).

Le risque suicidaire chez les patients ayant un trouble dépressif majeur et atteints de cancer est multiplié par deux par rapport aux patients déprimés qui ne sont pas atteints par le cancer (80). Par ailleurs les suicides sont plus fréquents chez les hommes atteints de cancer (x1, 5), et surviennent dans les 6 mois qui suivent l'annonce du diagnostic (80). Le facteur de risque du passage à l'acte suicidaire le plus significatif est l'absence de soutien des proches.

L'amélioration de l'humeur dans les quatre semaines réduit de façon significative le désir de mort (81), d'où l'importance capitale de détecter et de traiter la dépression chez les patients cancéreux.

2.2 Trouble anxieux

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

Plusieurs travaux rapportent des chiffres de prévalence d'environ 20 % d'états de stress post traumatique chez des patients adultes en rémission ou guéris après avoir été traités dans l'enfance. Ce sont les pensées récurrentes « intrusives » et les attitudes d'évitement qui sont les symptômes les plus invalidants, ce qui peut se compliquer par de véritables phobies sociales.

2.3 Trouble de l'adaptation

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

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

2.4 Confusion mentale

La confusion mentale constitue une complication associée aux traitements et aux évolutions des affections cancéreuses. Ce trouble survient surtout durant la phase des traitements (chimiothérapie ou radiothérapie) et en phase terminale. Sa prévalence se situe entre 4 et 40 %. Un syndrome confusionnel nécessite d'être diagnostiqué et traité le plus précocement possible car il est souvent associé à un mauvais pronostic de la maladie cancéreuse et au développement d'une détresse importante chez les malades et leurs proches.

3. Les spécificités du travail en psycho-oncologie

En cancérologie, les appels au psychiatre s'organisent principalement à la demande de l'équipe autour du patient, mais aussi des familles et des proches. Si la mise en place de consultation pluridisciplinaire initiale avec mise à disposition des psychiatres, lors du diagnostic, constitue un des dispositifs du plan cancer, on sait que les psycho-oncologues ont pointé depuis longtemps les situations d'annonce de diagnostic, de récurrence, de modulations des traitements, du palliatif comme des

situations d'épreuve pour les patients. Les psycho-oncologues sont donc sollicités très souvent d'intervenir dans telles situations(6).

Cette temporalité, qui est celle du demandeur confronté aux réactions et à leurs risques (échappement, abandon de traitement), est à respecter et suppose de la souplesse et de l'organisation. Le soutien psychologique et l'évaluation psychosociale en amont fournissent de quoi baliser ou consolider la route qui reste néanmoins à faire. À ce stade, l'enjeu de la liaison proprement dite est intense. On attend dans l'équipe une restitution sur l'état du patient, sa sensibilité et sa tolérance qui peut guider les décisions thérapeutiques elles-mêmes. Évaluer l'opportunité de se rendre auprès du patient reste un exercice subtil de la liaison. D'ailleurs, beaucoup d'aides peuvent être fournies aux équipes et secondairement aux malades, même si l'on ne rencontre pas le patient à chaque sollicitation(6).

La multiplicité des missions ou de leur cadre n'est pas spécifique à la cancérologie, mais elle reflète bien le besoin de déléguer, d'aplanir le plus possible les difficultés de relation, de comportement, dans un champ où la maîtrise est sans cesse mise à mal (limites des traitements, limites des soignants). On nous appelle donc parce qu'il se passe « quelque chose » de grave, d'insolite, d'incompréhensible : c'est le florilège des troubles comportementaux et il y a parfois loin du symptôme au diagnostic. La dépression tout comme les troubles psycho-organiques restent sous-évalués et peu dépistés (82).

L'anticipation est aussi au cœur des appels, principalement des médecins : dans le cadre du diagnostic d'annonce ou pour évaluer les ressources psychologiques d'un patient face aux modalités d'un traitement.

D. Pédopsychiatrie de liaison

1. Concept

L'activité de pédopsychiatrie de consultation liaison intrahospitalière regroupe l'ensemble des prestations cliniques, thérapeutiques, préventives, pédagogiques et de recherches, prodiguées par l'équipe pédopsychiatrique dans les différentes unités de l'hôpital pédiatrique (83).

Elle comprend d'une part des actes de consultation, directement axés sur le patient et sa famille, consistant à donner au confrère non psychiatre demandeur un avis spécialisé sur ce patient; et d'autre part des actes de liaison, axés sur les soignants et les intervenants extérieurs, permettant de les sensibiliser aux aspects psychiques de leur activité, et de les encourager à utiliser leurs capacités personnelles dans l'humanisation de leur travail (84). De surcroît, le pédopsychiatre de consultation- liaison participe avec les pédiatres à des prises de décisions concrètes et parfois difficiles, et à des actions pédagogiques et de recherche.

Le pédiatre est l'interlocuteur principal du pédopsychiatre car, le plus souvent, la demande d'intervention psychiatrique n'émane ni du jeune patient, ni de sa famille, mais elle prend corps à l'occasion d'un problème spécifique posé à l'équipe pédiatrique : c'est le médecin pédiatre qui sollicite son confrère pédopsychiatre. En retour, c'est au pédiatre que le pédopsychiatre devra répondre, même si le dialogue avec l'enfant et sa famille reste essentiel, et si une partie importante de son travail de liaison se déroule aussi de façon moins formelle dans le couloir et dans les chambres, auprès de l'équipe soignante du service de pédiatrie (83).

2. La demande pédiatrique

2.1 Qui fait la demande ?

Il est important de savoir de qui émane la demande de consultation « psychiatrique », car cela n'est pas sans effet sur la consultation elle-même. La demande peut provenir du pédiatre ou d'un membre de l'équipe soignante, des parents ou, beaucoup plus rarement, de l'enfant lui-même. Parfois, il y a pas de demande d'intervention du pédopsychiatre (ou psychologue), mais ce dernier, présent lors de la réunion de l'équipe pédiatrique au cours de laquelle les dossiers de tous les jeunes hospitalisés sont abordés, peut s'étonner de la situation d'un jeune hospitalisé pour motif pédiatrique et questionner l'opportunité de rencontrer ce jeune en consultation psychiatrique. Lorsque la demande émane du pédiatre, il est nécessaire que l'enfant et ses parents soient informés et donnent leur accord. Il est important que l'intérêt de la consultation pédopsychiatrique leur soit expliqué et que l'adresse à un collègue psychiatre ne soit pas vécu comme lâchage(85).

2.2 Forme de la demande

La forme de la demande peut également varier. Certaines demandes sont faites par oral, ou par téléphone ; d'autres par fax (sous forme de « bons de consultation »). Le contact direct avec le médecin demandeur, en plus de la demande faite au secrétariat, est toujours à privilégier, car il permet de bien faire préciser au demandeur quelles sont ses attentes(85).

2.3 A qui s'adresse la demande ?

Certaines demandes sont adressées à l'équipe de pédopsychiatrie de liaison, d'autres sont adressées plus spécifiquement à un professionnel donné, distinguant alors pédopsychiatre et psychologue(85).

Le pédopsychiatre est souvent directement sollicité pour une consultation de liaison en cas de :

- Ø Situations « urgentes » (état d'agitation aux urgences, tentative de suicide,... etc) ;
- Ø Situations « graves » (décompensation délirante aiguë chez un adolescent, état dépressif sévère avec prostration et mutisme ...etc) ;
- Ø Situations avec implications médico-légales (maltraitance nécessitant un signalement) ;
- Ø Situations complexes nécessitant une évaluation diagnostique (cas d'une jeune adolescente hospitalisée pour recrudescence de troubles en lien avec une maladie de Crohn, et pour qui se pose la question d'une comorbidité éventuelle avec un état dépressif).
- Ø Enfin, en cas de demandes de prescription médicamenteuse (antidépresseurs, anxiolytiques).

Le recours au psychologue de liaison est plus fréquent dans les cas d'anxiété réactionnelle, de demande d'accompagnement d'une maladie chronique (diabète, mucoviscidose ...).Le psychologue peut également être sollicité quand il s'agit de travailler sur les émotions, ou lorsqu'il y a besoin d'un bilan psychologique.

2.4 Motifs et nature des demandes

Les demandes en pédopsychiatrie varient en fonction des services, des médecins, leurs visions différentes de la maladie ou de la pédopsychiatrie. Bizouard. P a établi une classification des demandes pédiatriques (Bizouard et al. ,1990) (85) :

- Groupe 1 : problèmes médico-légaux (maltraitance.....) ;
- Groupe 2 : situations de crise (tentatives de suicide....) ;
- Groupe 3 : troubles d'allure fonctionnelle ou psychosomatique.
- Groupe 4 : troubles liés à une maladie somatique.

- Groupe 5 : troubles psychiatriques avérés (troubles du développement et du comportement, scolaire ou familial).
- Groupe 6 : bilans –difficultés diagnostiques.

Wiss.M propose une catégorie supplémentaire, comprenant d'autres types de demandes : contexte post traumatique précoce, intervention auprès des parents seuls ou encore interventions réalisées auprès des équipes soignantes (Wiss et al 2004).

3. La consultation

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

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

L'examen pédopsychiatrique est d'abord orienté sur le problème soumis mais le consultant peut être amené à le reformuler. Il s'adapte aux nécessités de réponse rapide, de contacts à établir, de contraintes matérielles pour l'examen (locaux, matériels). Les autres variables sont l'âge (du nouveau-né à l'adolescence), le contexte d'hospitalisation et l'état physique de l'enfant (des formes les plus sévères de pathologies pédiatriques aux situations psychologiques et psychosociales où la composante somatique peut être mineure) (86).

4. La réponse

Le pédopsychiatre communique ses observations et propositions. Deux éléments sont indissociables: l'évaluation diagnostique et les conseils thérapeutiques. Ces conclusions sont transmises rapidement sous trois formes possibles(86).

Ø Forme orale, immédiate et brève

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

Ø Forme écrite, immédiate et brève

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

Ø Forme écrite, plus circonstanciée et différée

Un rapport plus détaillé est adressé au pédiatre pour figurer au dossier. Il doit être clair, pragmatique, sans jargon psychiatrique inutile. Il reflète la démarche du consultant pour l'évaluation du problème et les recommandations. Cette formulation diagnostique soulève cependant quelques problèmes: la validité du diagnostic pédopsychiatrique et sa connotation parfois négative et durable, le faible délai pour une évaluation approfondie.

L'enfant et sa famille doivent également avoir un retour en fin de la consultation et doivent être informés de ce qui sera retranscrit aux équipes pédiatriques.

5. La consultation de liaison en urgence

a. Les urgences vraies

Elles regroupent les situations de détresse, de danger, de gravité, d'imminence de complication, imposant une intervention rapide (86):

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

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

b. Les interventions sans délai

Répondant à des demandes pour avis diagnostique ou thérapeutique pour une décision à prendre : sortie de l'hôpital, indication d'examens complémentaires, orientation...etc. Elles réclament une intervention dans la journée: troubles à expression somatique, troubles dépressifs, suspicion de sévices ou sévices reconnus. Ces appels pressants se multiplient avec les durées de séjour de plus en plus brèves(86).

c .Les « nouvelles » urgences

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

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

6. La consultation de liaison auprès d'adolescents

Les situations sont multiples: tentatives de suicide, anorexie mentale, maladies chroniques invalidantes, parfois troubles de la personnalité. C'est aussi l'âge des prises de risque (toxiques, accidents), parfois des complications de marques auto-infligées. Chacune de ces modalités cliniques soulève des problèmes différents: somatiques, psychologiques ou psychiatriques, pour lesquels le pédopsychiatre

intervient dans un milieu non spécialisé, car c'est le plus souvent l'hôpital pédiatrique qui accueille les adolescents (jeunes) avec ces difficultés psychologiques et somatiques intriquées. L'intervention d'un psychiatre n'est en général pas demandée par l'adolescent. Il peut ne pas la comprendre ou bien elle avive ses angoisses et les sentiments dépressifs qu'elle lui révèle. Si le psychiatre est expérimenté, une composante somatique peut aussi être un bon point d'ancrage d'une relation thérapeutique. Définir le moment du recours psychiatrique est alors affaire de réflexion entre le pédiatre et son correspondant(86).

7. La consultation de liaison auprès des parents

Ce sont les interventions auprès des familles d'un enfant en état grave ou décédé, d'un adolescent après un accident ou une tentative de suicide s'il ne peut être lui-même examiné. L'écoute empathique des parents crée un espace de parole et un climat de confiance. Le respect de leurs attitudes (révolte, déni, agressivité) ou de leurs comportements (retrait, inhibition, découragement) favorise le dialogue.

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

Pour les maladies chroniques, les pédiatres conduisent les soins et assurent les entretiens avec les patients et leur famille. Ils font appel aux psychiatres et psychologues en fonction de protocoles ou encore dans le cadre de la recherche pour des observations psychologiques des enfants ou des conséquences pour la fratrie et les parents. Les travaux sur l'élaboration de profils psychologiques (l'enfant diabétique, l'enfant hémophile...) sont discutables sur le plan théorique mais peuvent aider à l'amélioration des soins par l'analyse prudente, des éléments de réalité auxquels sont confrontés les enfants au cours de leur maladie (psychologie médicale et coping) (86).

Lorsqu'un enfant est malade, il faut chercher à savoir comment sa fratrie réagit et proposer une aide si cela est nécessaire. En effet, les parents ont souvent tendance à demander plus aux frères et sœurs d'un enfant malade: de le protéger, de ne pas être agressifs avec lui, voire d'éliminer toute rivalité fraternelle, alors que celle-ci est au contraire exacerbée par le fait que les parents sont « captés » par l'enfant malade. Les risques pour les frères et sœurs sont multiples : dépression, échec scolaire, évolution en « faux self », conduite généralisée d'échec...etc (87).

V. Psychopharmacologie en psychiatrie de liaison

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

1. Principes de base

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

- Ø Il faut se rappeler que les protocoles thérapeutiques utilisés pour la prise en charge de divers troubles psychiatriques (88,89) ne peuvent pas être directement appliqués dans le traitement des troubles psychiatriques chez les patients atteints de maladies somatiques.
- Ø Ces patients sont plus vulnérables aux effets indésirables des médicaments psychotropes.
- Ø Ils sont plus susceptibles d'avoir des réserves corporelles diminuées, en termes de fonction hépatique, fonction rénale, fonction pulmonaire... etc.

- Ø Ils sont susceptibles aussi d'être mis sous d'autres médicaments (90, 91), ce qui augmente la probabilité d'avoir une interaction pharmacocinétique ou pharmacodynamique entre les médicaments.
- Ø Les médicaments psychotropes peuvent également provoquer une nouvelle atteinte à l'état de santé par le biais de divers mécanismes :
 - § Ils peuvent entraîner un allongement de l'intervalle QT, ce qui peut altérer gravement la fonction cardiaque chez les patients atteints de bloc cardiaque ou une insuffisance cardiaque congestive.
 - § Certains psychotropes comme l'olanzapine et la clozapine peuvent aggraver le diabète sucré en exacerbant l'insulino-résistance et en augmentant les taux de sucre dans le sang (92, 93).
 - § De nombreux psychotropes sont potentiellement hépatotoxiques et peuvent provoquer une aggravation de l'insuffisance hépatique.
 - § Certains psychotropes comme les benzodiazépines et les barbituriques peuvent entraîner une dépression respiratoire et compromettre la fonction respiratoire (94).
 - § Les médicaments comme les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) peuvent entraîner un risque accru de saignement, un sujet de préoccupation particulier chez ceux subissant une chirurgie ou recevant des anticoagulants comme l'héparine.

2. Modalités de prescription des psychotropes en psychiatrie de liaison

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

2.1 Consentement du patient et du médecin traitant

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

2.2 Évaluation

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

a. Evaluation de l'étiologie de trouble psychiatrique

Tout d'abord, il faut éliminer une cause organique ou iatrogène de la symptomatologie psychiatrique avant d'envisager un trouble psychiatrique et de commencer un traitement psychotrope: par exemple un syndrome délirant dû à l'hyponatémie ou une psychose cortico-induite.

b. Evaluation des antécédents

L'évaluation des antécédents consiste à chercher les antécédents médicaux et toxiques du patient :

§ Les antécédents médicaux

L'évaluation approfondie implique la recherche des antécédents de maladie somatique, et des antécédents de symptômes psychiatriques en particulier en se concentrant sur la relation temporelle de l'apparition des symptômes psychiatriques avec l'apparition ou l'aggravation de symptômes de la maladie somatique.

Les antécédents d'épilepsie devraient être vérifiées vu que certains psychotropes peuvent abaisser le seuil épiléptogène, de même d'autres maladies doivent être recherchées parce qu'elles peuvent être aggravées par les psychotropes

comme: le diabète sucré, l'hypertension artérielle, l'obésité, la maladie de Parkinson, le glaucome, les maladies pulmonaires, les syndromes de malabsorption, la constipation et les troubles sexuels.

Il est très important de se concentrer sur l'évaluation de tout type d'insuffisance en particulier hépatique, rénale, cardiaque, avec évaluation des atteintes des systèmes vasculaire et neurologique (64), car la plupart des psychotropes sont métabolisés par le foie, et éliminés par les reins, et peuvent provoquer des effets secondaires sévères cardiaques et neurologiques.

§ Les antécédents toxiques

Les antécédents d'usage de substances doivent être évalués :

- ü Ces substances ont des actions synergiques avec les psychotropes.
- ü Le tabagisme peut avoir un impact significatif sur le métabolisme de la plupart des agents psychotropes.

Il est important de vérifier tous les médicaments reçus par le patient pour le traitement de sa maladie somatique sous-jacente. Une erreur fréquente est d'oublier de demander au patient et au soignant sur l'utilisation des médicaments en vente libre qui peuvent provoquer des symptômes psychiatriques ou interagir avec les médicaments psychotropes.

c. Evaluation clinique

L'évaluation des symptômes psychiatriques doit être notée et l'examen de l'état mental doit être mené avec une sensibilité aux limites imposées par la maladie somatique et le lieu du traitement.

Tout en évaluant les symptômes psychiatriques, on doit évaluer la gravité de la morbidité psychiatrique et son impact sur le traitement et l'évolution de maladie sous-jacente.

Un examen physique approfondi doit être mené pour enregistrer les paramètres de base physiques : la pression artérielle, le pouls, le poids corporel, l'indice de masse corporelle...etc.

Un examen cardiaque, thyroïdien et neurologique en particulier.

d. Evaluation para clinique

Avant d'envisager un traitement par psychotrope, des investigations peuvent être réalisés au cas de nécessité :

- Biologiques : y compris un hémogramme (englobant la numération plaquettaire, le temps de saignement, et temps de coagulation), un ionogramme sanguin avec une attention particulière pour la natrémie et la kaliémie, la créatininémie et l'urée (recherche d'une déplétion sodée, d'une insuffisance rénale), un bilan hépatique (ASAT, ALAT), un bilan néphrologique (protéinurie, ECBU), un bilan thyroïdien (T3, T4, TSH), les gaz du sang, et la glycémie.
- Un électrocardiogramme (à la recherche d'un bloc sino-auriculaire).
- un EEG (en cas de comitialité ou de doute d'une pathologie cérébrale organique)
- Un test de grossesse.

Un autre aspect important à ne pas oublier avant de prescrire un psychotrope dans le cadre de la psychiatrie de liaison est de discuter avec les médecins traitants en se concentrant sur ce que sont leurs attentes, ce qu'ils pensent sur les symptômes psychiatriques, leur expliquant le risque (risque suicidaire), ce qui est attendu d'eux (comme la façon dont ils doivent interagir avec le patient), ce qui doit être fait dans des situations d'urgence, et comment surveiller les agents psychotropes .

2.3 Interactions médicamenteuses

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

Les interactions médicamenteuses avec les psychotropes peuvent être pharmacodynamiques ou pharmacocinétiques (94). Le Cytochrome P450 (CYP450) est l'une des voies les plus importantes dans le métabolisme des psychotropes (95).

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

a. Les antidépresseurs

v Les antidépresseurs tricycliques

Tableau N°3: Interactions médicamenteuse des ADT(97)

| Médicaments en cause | Nature de l'interaction | Commentaire |
|---|---|--|
| <i>EFFETS DES ADT SUR D'AUTRES MEDICAMENTS</i> | | |
| Anticoagulants oraux | Potentialisation | Surveillance étroite |
| β -agonistes, Vasopresseurs (adrénaline, noradrénaline, isoprptérenol, phényléphrine). | | Risque de troubles du rythme |
| Antihypertenseurs centraux | Réduction d'activité | Actions antagonistes |
| IMAO | Risque de toxicité | Association contre-indiquée |
| <i>EFFETS D'AUTRES MEDICAMENTS SUR LES ADT</i> | | |
| Tranquillisants, Hypnotiques, Neuroleptiques, Antihistaminiques (Alcool) | Potentialisation de l'effet sédatif | |
| Neuroleptiques, Antihistaminiques, Antiparkinsoniens anticholinergiques, Antispasmodiques, Antidiarrhéiques | Potentialisation des effets anticholinergiques | |
| Potentialisation de l'Antihypertenseurs, Neuroleptiques | Potentialisation de l'hypotension induite | Surveillance étroite |
| Quinidinique, Procainamide | Potentialisation de la cardiotoxicité | Risque de troubles du rythme |
| Anesthésiques (halotanes, pancurorium) | | Controversé |
| Fluoxétine | Augmentation du taux plasmatique | |
| Hormones thyroïdiennes, Glucocorticoïdes, Oestro-progestatifs, Salicylés, Thiazidiques, Méthylphénidate, Disulfiram | | Potentialisation de l'effet AD par les hormones thyroïdiennes |
| Barbituriques, Phénytoïne, Carbamazépine, Carbamates, Rifampicine | Diminution du taux plasmatique | Par induction enzymatique hépatique |

▼ IMAO classiques

Tableau N°4 : Interactions médicamenteuses des IMAO classiques (97)

| Médicaments en cause | Nature de l'interaction |
|---|---|
| Sympathomimétiques directs ou indirects (Adrénaline, Noradrénaline, Amphétamines, β-bloqueurs, Cyclopentamine, Dopamine, L-dopa, Ephedrine, Isoprotérénol, Méthylphénidate, Phényléphrine, Phénylpropanolamine, Tyramine) | Accès hypertensifs |
| Opiacés, Antihistaminiques | Accès hypertensifs, effet dépresseur central |
| ADTC, Fluoxétine, Carbamazépine | Accès hypertensifs, confusion |
| AD sérotoninergiques purs ou mixtes, Dextrométhorphan (antitussifs centraux), Millepertuis (inducteur enzymatique), Péthidine, Tramadol | Syndrome sérotoninergique |
| Antidiabétiques oraux | Hypoglycémie |
| Diurétiques | Hypotension |

▼ ISRS

Les ISRS sont des inhibiteurs des isoenzymes du cytochrome P450. L'isoenzyme 1A2 est inhibé par la fluvoxamine, le 2C19 et le 2D6 par la fluoxétine et la sertraline, le 3A4 par la fluvoxamine, la fluoxétine et la sertraline.

b. Les neuroleptiques (NL)

▼ Effets des NL sur d'autres médicaments

- Diminution de l'activité des amphétamines, de la L-dopa et des contraceptifs oraux.
- Augmentation de l'activité des anticoagulants oraux.

▼ Effets d'autres médicaments sur les NL

- Diminution de leur activité par les barbituriques et les AINS.
- Potentialisation de l'effet sédatif par les tranquillisants, hypnotiques, antidépresseurs et antihistaminiques.
- Potentialisation des effets anticholinergiques par les antiparkinsoniens anticholinergiques.
- Potentialisation de l'hypotension par les antihypertenseurs et les antidépresseurs (tricycliques et inhibiteurs de la monoamine-oxydase).

c. Les thymorégulateurs

Certaines interactions avec le lithium ou avec la carbamazépine peuvent constituer des contre indications ou nécessitent des adaptations posologiques (Tableau N°5 et 6).

Tableau N°5 : Interactions médicamenteuses avec le lithium (97)

| Médicament en cause | Risque | Commentaires |
|---|--|---|
| AINS Diurétiques Antagoniste de l'angiotensine IEC | Augmentation de la lithiémie avec risque de surdosage | Association déconseillée : si prise ne peut être évitée, surveillance de la lithiémie et adaptation posologique |
| Antidépresseurs sérotoninergiques purs | Risque d'apparition d'un syndrome sérotoninergique | Précaution d'emploi : surveillance clinique régulière |
| Carbamazépine | Neurotoxicité : troubles cérébelleux, confusion, somnolence | Association déconseillée |
| Clozapine | Risque de troubles neuropsychique (myoclonies, désorientation, tremblements) | Précaution d'emploi : surveillance clinique régulière |
| Methyldopa | Augmentation de la lithiémie avec risque de surdosage | Précaution d'emploi : surveillance clinique et adaptation posologique |

Tableau N°6 : Interactions médicamenteuses avec la carbamazépine (97)

| Nature de l'interaction | Médicaments en cause | Commentaires |
|---|---|--|
| <i>Effets de la carbamazépine sur d'autres médicaments</i> | | |
| Diminution par la carbamazépine des taux plasmatiques ou de l'activité des médicaments associés | Anti-épileptiques (acide valproïque, phénobarbital, hydantoïne) | § Surveillance des taux plasmatiques si association nécessaire |
| | AVK | § Surveillance du TP et l'INR avec adaptation de posologie de l'AVK |
| | Antidépresseurs Imipraminiques | § Risque de survenue de crises convulsives (surveillance clinique et adaptation posologique) |
| | Contraceptifs oraux | § Risque d'inefficacité par induction enzymatique |
| | Digoxine saquinavir | § Surveillance de la digoxinémie Association Contre-indiquée |
| <i>Effets d'autres médicaments sur la carbamazépine</i> | | |
| Augmentation des taux plasmatiques de carbamazépine par des médicaments associés | macrolides | § Signes de surdosage en cas d'association. § contrôle des taux plasmatiques de carbamazépine |
| | inhibiteurs calciques isoniazide | § Augmentation des concentrations plasmatiques de carbamazépine avec signes de surdosage par inhibition de son métabolisme hépatique. § Surveillance clinique et réduction éventuelle de la posologie |

d. Les benzodiazépines, tranquillisantes et hypnotiques

Plusieurs facteurs peuvent influencer les effets des anxiolytiques. Ainsi, toutes les substances anxiolytiques sont susceptibles de potentialiser les effets dépresseurs centraux d'autres substances notamment l'alcool et d'autres médicaments (antidépresseurs, barbituriques, clonidine, hypnotiques, dérivés morphiniques, NP).

✓ Interactions médicamenteuses des benzodiazépines

- la clozapine: risque accru de collapsus avec arrêt respiratoire et/ou cardiaque.
- la cimétidine (pour des doses > 800 mg/j): risque accru de somnolence (diazépam)
- Cisapride: majoration transitoire de l'effet sédatif du diazepam par augmentation de sa vitesse d'absorption.
- la phénytoïne: les concentrations de phénytoïne peuvent augmenter avec signes toxiques, mais peuvent aussi diminuer ou rester stables (diazepam).

✓ Interactions médicamenteuses de la Buspirone

Compte tenu de son métabolisme par le cytochrome 3A4, des interactions métaboliques avec les inhibiteurs de ce cytochrome (erythromycine, diltiazem, verapamil, itraconazole) peuvent être à l'origine d'une augmentation des concentrations plasmatiques de la Buspirone avec majoration importante de la sédation. Du fait de son action au niveau de la transmission sérotoninergique, l'utilisation concomitante avec des IMAO est à éviter (risque de syndrome sérotoninergique)(97).

▼ Interactions médicamenteuses de l'Hydroxyzine

L'association de l'Hydroxyzine avec l'atropine et d'autres substances atropiniques (antidépresseurs tricycliques, antiparkinsoniens anti-cholinergiques, antispasmodiques atropiniques, disopyramide, NL phénothiaziniques) peuvent entraîner une addition des effets indésirables atropiniques à type de rétention urinaire, constipation, sécheresse de la bouche...etc.

2.4 Surveillance cardiaque

Plusieurs psychotropes peuvent allonger l'intervalle QT, ce qui peut entraîner un arrêt cardiaque et une arythmie(98). Les psychotropes communément associés à un allongement de l'intervalle QT sont les antidépresseurs tricycliques (ATC), la thioridazine, le dropéridol, la ziprasidone et l'olanzapine. D'autres médicaments couramment associés à l'allongement de l'intervalle QT et qui peuvent avoir des effets additifs incluent les antiarythmiques, les antihistaminiques, les prokinétiques, les myorelaxants (comme alcuronium, le pancuronium et de l'atracurium), les opioïdes, des agents chimiothérapeutiques (comme les anthracyclines, agents alkylants, alkilants et le cisplatine) et antiémétiques (comme granisétron, ondansétron, dolasétron) (99). Ainsi, la réalisation d'un électrocardiogramme avant de commencer un médicament psychotrope est nécessaire. En outre, il est également important de se rappeler que quelques psychotropes (par exemple l'escitalopram, lithium) peuvent provoquer une bradycardie, qui peut être mortelle chez des patients vulnérables (100,101).

2.5 Évaluation de la fonction rénale et hépatique

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

créatinine. Les médicaments préférés en présence d'une maladie grave du foie comprennent L'Amisulpiride parmi les antipsychotiques (102), alors que La Chlorpromazine doit être évitée. Le Lorazépam et l'Oxazépam sont les benzodiazépines qui peuvent être prescrits en toute sécurité en présence de maladies hépatiques sévères car elles ne sont pas métabolisées par le foie. Concernant les thymoregulateurs, Le Lithium et la Gabapentine doivent être privilégiés, alors que la Carbamazépine et le Valproate doivent être évités. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et le Milnacipran pourraient être utilisés avec une certaine prudence chez les patients présentant une maladie hépatique, alors que les antidépresseurs tricycliques (ATC) et la Néfazodone devrait être évités (103).

Face à une maladie rénale sévère, il faut privilégier l'Olanzapine et la Quétiapine parmi les antipsychotiques, alors que l'Amisulpiride devrait être évité (104). Le Lithium et la Gabapentine doivent être évités, alors que le Valproate et la Carbamazépine peuvent être utilisés en toute sécurité. Parmi les antidépresseurs, le Citalopram et la Fluoxétine peuvent être prescrits, alors que la Paroxétine et les antidépresseurs tricycliques (ATC) devraient être évités.

2.6 Psychotropes et chirurgie

Le psychiatre de liaison est très souvent sollicité pour donner son avis quant à poursuivre ou interrompre un psychotrope avant l'acte chirurgical (105).

L'utilisation des psychotropes peut entraîner des complications pendant la chirurgie (par exemple, saignement excessif par les ISRS), et peuvent aussi interagir avec les agents anesthésiques. Le risque hémorragique augmente en cas d'association des ISRS avec les AINS (106, 107).

3. Règles de prescription en psychiatrie de liaison

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

- § Déterminer si le trouble psychiatrique du patient peut être géré ou non sans médicaments.
- § Préciser si l'agent psychotrope retenu peut mettre en jeu le pronostic vital du patient.
- § Choisir le psychotrope le mieux convenable en tenant compte de la maladie physique, l'efficacité, les effets secondaires et les interactions médicamenteuses.
- § Déterminer la durée nécessaire du traitement.

Pour introduire le psychotrope retenu, les doses doivent être augmentées progressivement, la dose de départ pourrait être la moitié de la dose normale ou le quart chez les personnes âgées et les enfants (108).

Dans tous les cas le choix du psychotrope doit être fait en collaboration avec le médecin somaticien pour voir la possibilité d'arrêter ou de modifier certains médicaments ou bien la réduction des doses (109).

Il est également important de présenter des informations claires aux membres de la famille du patient et au patient en ce qui concerne le moment de prise médicamenteuse, quand et comment augmenter la dose, quand arrêter les médicaments (par exemple, si le patient devient confus), et ce qu'il faut ou pas prendre (prise d'eau, l'alcool, le tabagisme, les habitudes alimentaires, des médicaments en vente libre, herbes... etc). L'intervention psychothérapeutique peut être associée pour augmenter les effets des médicaments psychotropes. La psychoéducation sur la maladie, la psychothérapie de soutien ou cognitive, l'utilisation d'indices de réorientation et des modifications de style de vie peuvent aussi aider dans le traitement de la maladie psychiatrique.

4. Attitudes thérapeutiques à éviter en psychiatrie de consultation-liaison

Dans le cadre de la psychiatrie de liaison, plusieurs médicaments sont proscrits ou bien prescrits avec une grande prudence à cause de leurs diverses interactions médicamenteuses et leurs effets secondaires qui risquent d'aggraver la maladie somatique, en effet il faut :

§ Évitez les combinaisons des ISRS ou des antidépresseurs tricycliques (ATC) et des inhibiteurs du CYP450 (quinidine, le kétoconazole, l'itraconazole, l'érythromycine, la clarithromycine, la néfazodone). De même, éviter les combinaisons d'antidépresseurs avec des médicaments ayant une forte liaison aux protéines plasmatiques (ISRS peut déplacer la warfarine des sites de liaison aux protéines plasmatiques; la quinidine peut réduire le métabolisme des ISRS). De même, l'utilisation de la combinaison des ISRS et des diurétiques de l'anse (hyponatrémie) doit être évitée.

§ Etre prudent lors de l'utilisation des benzodiazépines. Il est préférable d'éviter les benzodiazépines chez les personnes à risque de chutes et de ceux qui ont des troubles cognitifs (110,111). L'utilisation des benzodiazépines doit également être prudente en présence de troubles respiratoires comme la BPCO et l'apnée du sommeil, en raison du risque potentiel de la dépression des voies respiratoires.

§ Etre prudent lors de la sélection des psychotropes ayant d'éventuels effets secondaires hématologiques (par exemple : la clozapine, la mirtazapine, le valproate, la carbamazépine, et les ISRS) chez les patients prédisposés (112). Cela concerne les patients sous agents chimio-thérapeutiques, les patients ayant un profil hématologique altéré, les patients avec un saignement actif, et ceux souffrant de troubles héréditaires de la coagulation du sang.

VI. Difficultés de la pratique de la psychiatrie de liaison

Outre les difficultés liées à tout exercice psychiatrique, celui de la psychiatrie de liaison met le psychiatre face à des modalités d'interventions qui n'appartiennent pas au champ habituel de sa spécialité(2):

- § La demande en psychiatrie de liaison varie dans des limites très larges : elle peut aller du dépistage systématique des différents troubles avec la rencontre de tous les patients d'un service, au recours limité aux cas les plus graves, lorsqu'il existe un danger imminent pour le patient ou le service. C'est au psychiatre de liaison, en fonction de la charge de travail qui lui est attribuée, de définir ces limites et de les faire comprendre à ses interlocuteurs ;
- § Le psychiatre est fréquemment sollicité pour « éloigner » le patient difficile à gérer. La demande est celle d'une hospitalisation en psychiatrie, qui est moins fondée par l'utilité d'une prise en charge spécifique, que par le souhait de ne plus avoir à s'occuper du patient.
- § Le recours au psychiatre vise parfois à lui conférer des missions qui ne lui reviennent pas, comme par exemple l'annonce d'un diagnostic difficile : le rôle du psychiatre est de prendre en charge le patient s'il présente des réactions psychopathologiques à l'annonce, mais pas de lui annoncer le diagnostic somatique.
- § L'interlocuteur du psychiatre de liaison est différent (médecin senior, assistant, interne, cadre infirmier, assistance sociale, équipe infirmière ...), et il lui est difficile d'imposer un interlocuteur similaire dans les différents services.
- § Certains patients sont particulièrement difficiles à gérer en milieu médicochirurgical (surveillance insuffisante, risque de fugue, risque suicidaire. .) ; or, leur pathologie somatique peut les mettre en danger en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique, sans plateau médicochirurgical à proximité. La solution idéale serait l'existence de structures mixtes (113), médico-psychiatriques, qui sont à ce jour quasi inexistantes au Maroc.

- § La perception de la spécificité du psychiatre est parfois floue pour ses interlocuteurs. Dans certains cas, on lui demande d'intervenir à la place du psychologue, que les équipes médicochirurgicales différencient mal, en toute bonne foi, de la fonction du psychiatre. Dans d'autres cas, c'est faute de trouver un psychologue disponible que l'on a recourt au psychiatre. Parfois, on fait appel au psychiatre pour trouver une solution à un problème social difficile, en l'absence même de toute pathologie psychiatrique.
- § L'articulation avec les psychologues peut être complexe : leur rapport au psychiatre est fréquemment teinté d'ambivalence, avec une reconnaissance pour ses compétences diagnostiques et thérapeutiques, mais une rivalité quant à la prise en charge de la souffrance psychique.
- § Une certaine frustration peut naître chez le psychiatre de liaison du fait du caractère ponctuel de ses interventions : la durée d'un séjour en service médicochirurgical dans les hôpitaux de soins aigus est de plus en plus brève, et dans la majorité des cas, le psychiatre ne voit qu'une ou deux fois le patient, avant de passer le relais à un autre intervenant.
- § Le secret médical est un enjeu important : les patients livrent souvent au psychiatre des informations qu'ils ne souhaitent pas voir communiquées aux soignants de la sphère somatique, redoutant – souvent à juste titre – qu'elles ne soient rapidement diffusées au-delà des « soignants nécessaires ». Le psychiatre est alors pris entre le respect qu'il doit à la confiance du patient et la nécessité parfois que le somaticien soit informé d'éléments qui entrent en jeu dans la prise en charge.
- § Sollicité pour les multiples tâches que nous avons évoqué, le psychiatre sacrifie parfois, par manque de temps, la transmission de son travail au psychiatre traitant ou au généraliste, qui devront pourtant prendre en compte ce qui s'est passé à l'hôpital pour la prise en charge ultérieure.

SECTION II

ETUDE PRATIQUE

I. Objectifs de l'étude

Les objectifs de notre travail se situent sur divers axes:

- Etudier la prévalence et la nature des troubles rencontrés lors des avis psychiatriques.
- Evaluer et apprécier le type de demandes en soins psychiatriques émanant des services médico-chirurgicaux du CHU de Fès.
- Identifier les services les plus demandeurs des avis psychiatriques ainsi que les motifs les plus fréquents.

L'objectif principal est d'assurer une bonne organisation et une structuration de la prise en charge psychiatrique des patients hospitalisés dans les services médico-chirurgicaux, de sensibiliser les équipes soignantes à l'importance de la prise en charge globale des patients permettant d'améliorer l'impact de la pathologie organique, la qualité de vie des patients, et de diminuer leur durée de séjour ainsi les coûts des soins hospitaliers.

II. Matériels et Méthodes

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive étalée sur une période de 48 mois, allant du janvier 2010 au janvier 2014, portant sur les demandes d'avis psychiatriques provenant des différents services médico-chirurgicaux du Centre Hospitalier Universitaire de Fès.

2. Population d'étude

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

3. Organisation pratique de l'étude

L'équipe qui a assuré cette activité est formée de 14 résidents en psychiatrie, supervisés par trois enseignants. Chaque médecin est responsable de recevoir les appels provenant des autres services du CHU du mercredi au mardi suivant.

Un numéro de téléphone a été conçu spécialement pour assurer cette activité (Annexe n°1).

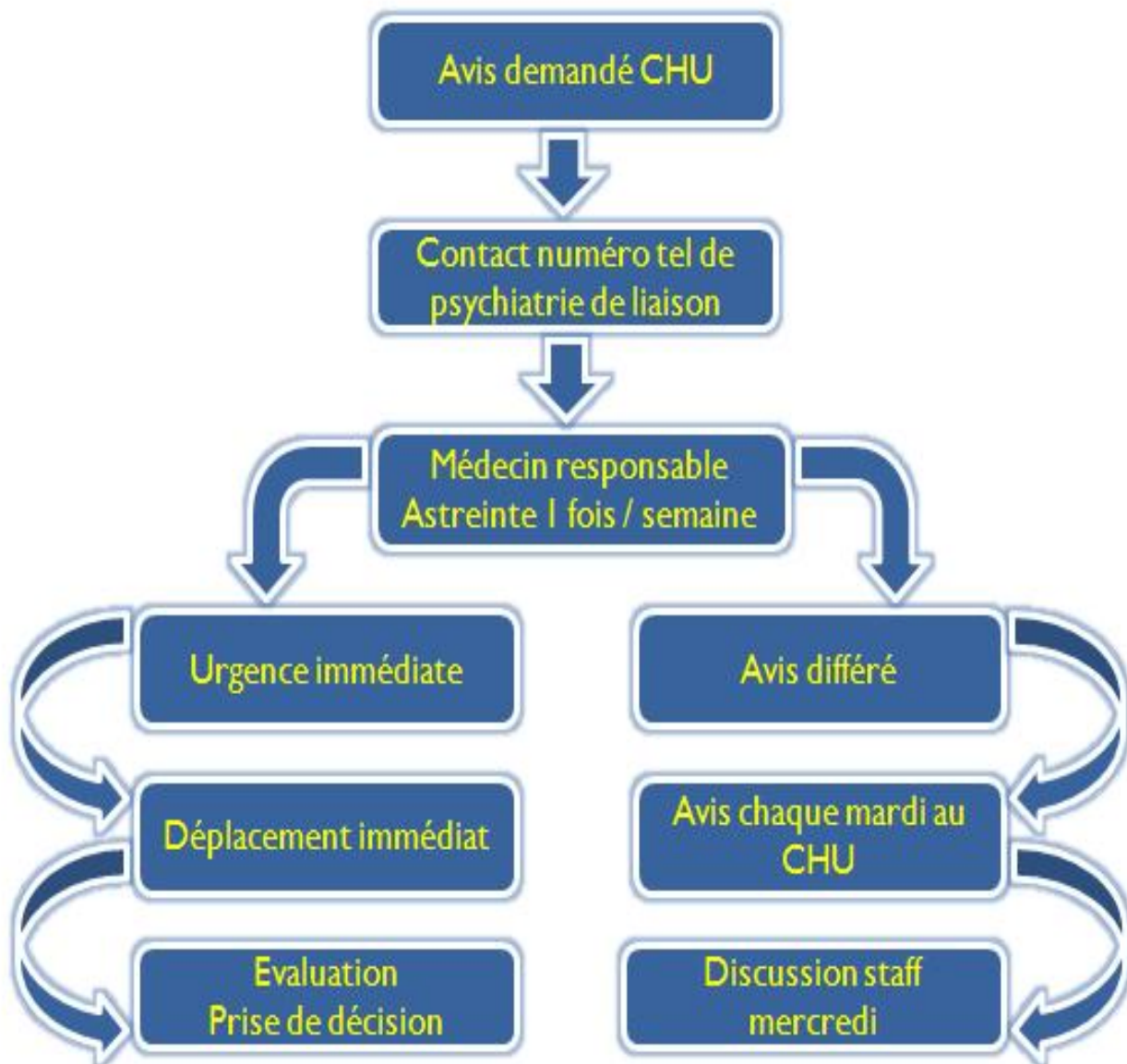
Les demandes sont évaluées par le médecin responsable durant la semaine, et selon le degré de l'urgence, elles sont réparties en deux groupes: les avis urgents nécessitant un déplacement immédiat et les demandes d'avis jugées non urgentes différées au jour de la consultation du mardi.

Pour les demandes d'avis urgentes telles une tentative de suicide, un refus alimentaire, une symptomatologie psychiatrique d'installation aiguë, une agitation...etc, le médecin responsable se déplace en urgence au service concerné et répond à la demande d'avis psychiatrique.

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

Les avis sont présentés par le médecin responsable au staff matinal chaque mercredi en discutant les difficultés diagnostiques et thérapeutiques rencontrées, les difficultés du déroulement de l'activité et en faisant la passation de consignes avec le médecin qui prendra le relais dans de la semaine qui suit.

Organisation de psychiatrie de liaison



4. Information et Consentement

Il est important que le médecin traitant qui demande une évaluation psychiatrique informe et explique au patient l'intérêt et la nécessité d'une telle évaluation. Cependant, le patient a le droit de refuser l'évaluation et la prise en charge psychiatrique, comme cela constitue une partie de l'éthique médicale.

5. Evaluation psychiatrique

L'évaluation psychiatrique a porté sur divers paramètres, elle a consisté à :

- Déterminer le motif qui a nécessité la demande de l'avis par l'équipe soignante médicale et paramédicale.
- Faire un entretien avec le patient, sa famille si elle est disponible, ses co-chambres, l'équipe soignante qui s'occupe de patient ; afin de développer l'histoire des troubles, recueillir les éléments biographiques et de compléter les données de l'examen.
- Demander les résultats des examens paracliniques (biologiques ou radiologiques) s'il y a un doute de l'origine organique du trouble psychiatrique.

Au terme de toutes ces informations et en collaboration avec le médecin traitant du patient, le médecin psychiatre écrit l'avis sur le dossier du patient, les données de son examen, la prescription médicamenteuse, la demande d'un autre avis spécialisé si nécessaire, la demande d'investigations paracliniques , et un rendez- vous pour le suivi .

6. Mode de recueil des données et paramètres étudiés

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

Après un examen psychiatrique initial qui a pour but d'évaluer globalement l'état psychiatrique du patient, une discussion à propos des différentes questions posées par le médecin somaticien est menée ainsi que la décision de la prise en charge psychiatrique.

Un suivi au sein du service de psychiatrie est proposé au patient lorsqu'un trouble psychiatrique catégorisé a été identifié.

7. Analyse statistique

La saisie des données a été effectuée à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2010. Nous avons procédé à une description de notre échantillon selon les différentes caractéristiques. L'étude statistique a été réalisée en utilisant le logiciel SPSS version 20.

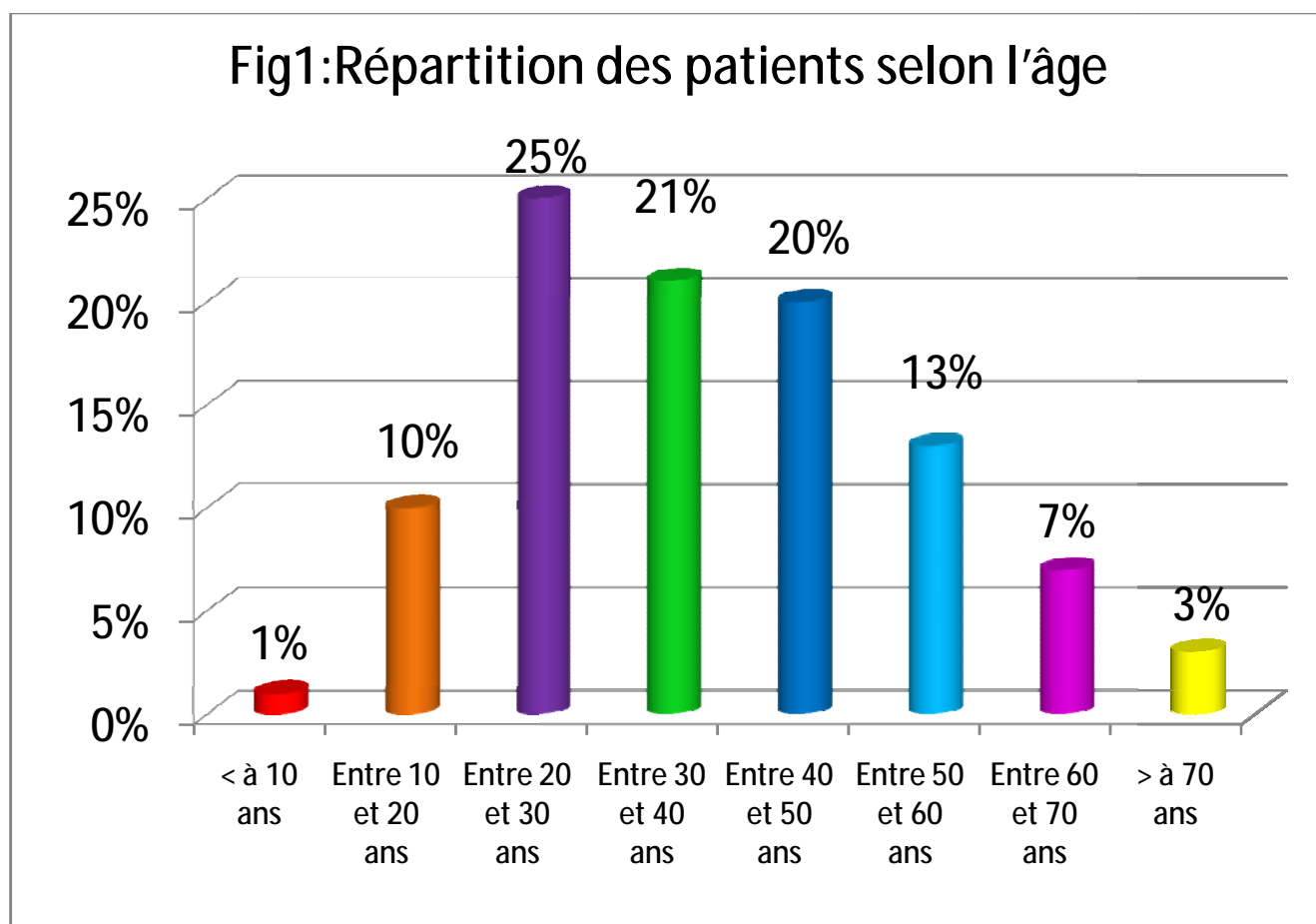
III .Résultats

Sur une période de 48 mois, 424 demandes d'avis psychiatrique émanant des différents services du CHU de Fès ont été analysées.

1. Données socio démographiques

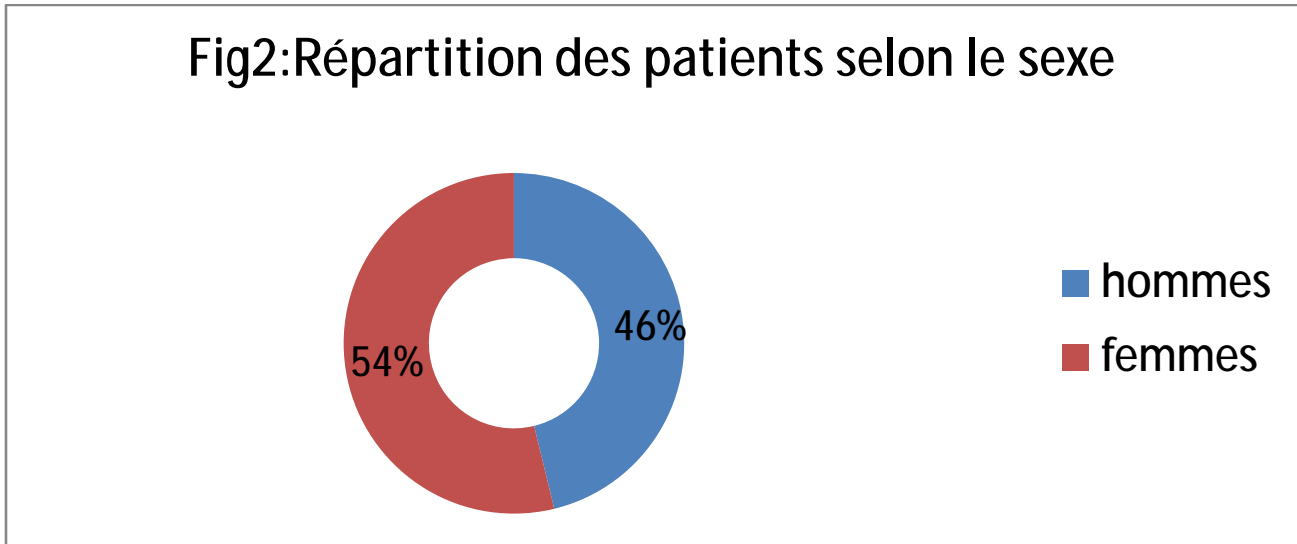
a. Age

- L'âge moyen de nos patient était de 39,14+/- 16.51 ans, d'un minimum de 7 ans et un maximum de 95 ans. A noter que il n'ya pas de différence significative entre l'âge moyen des hommes (38,8 ans) et celui des femmes (39,9 ans).
- La tranche d'âge de 20 - 40 ans représentait 46 % et celle de 40- 60 ans représentait 33 %.Quatre sujets avaient un âge inférieur à 10 ans, et 13 sujets avaient un âge supérieur à 70 ans. (Fig1)



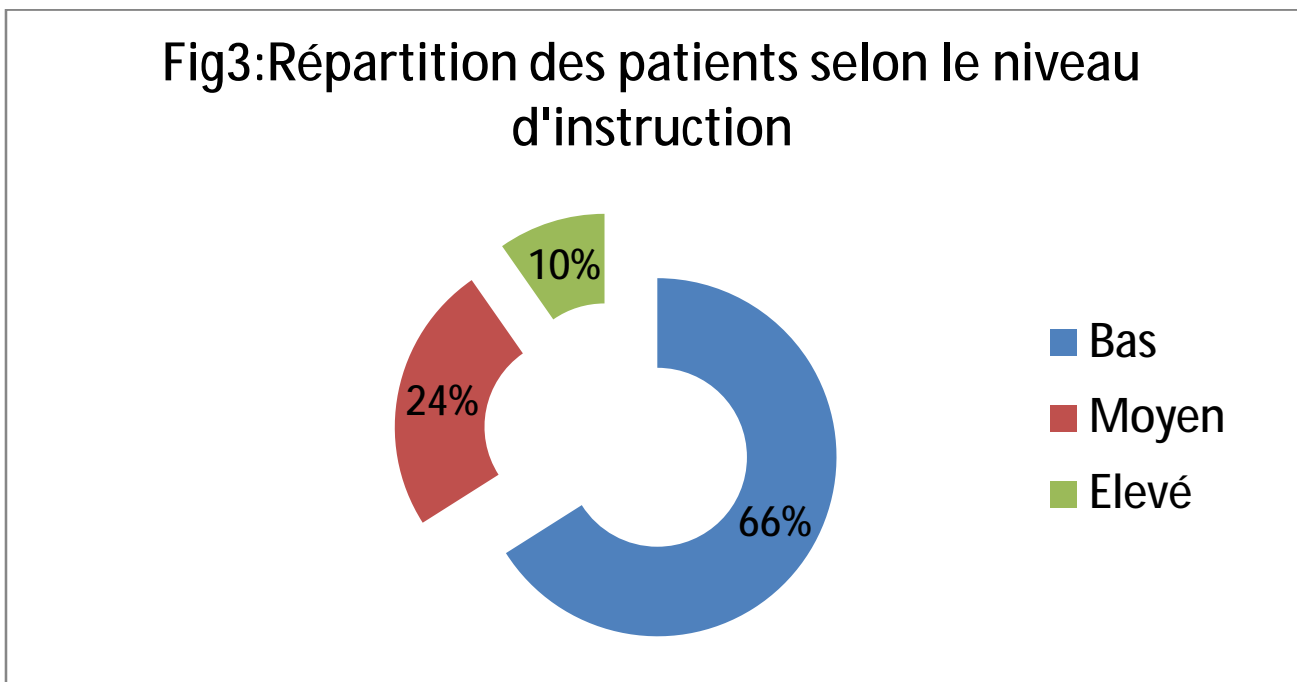
b. sexe

Parmi les 424 patients inclus dans l'étude, nous avons constaté une surreprésentation féminine avec 228 femmes (54 %) pour 196 hommes (46%). (Fig2)



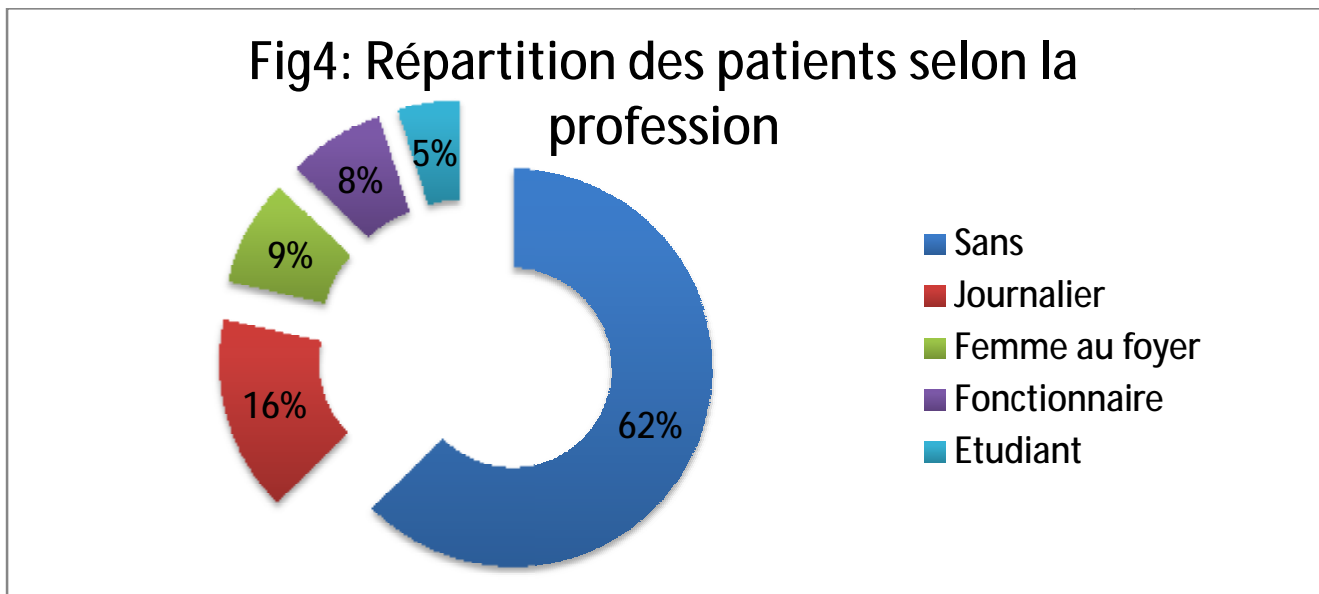
c. Niveau d'instruction

On a constaté que la majorité des patients (les deux tiers) avaient un niveau d'étude bas ou non scolarisé, alors que seulement 10% ont fait des études supérieures. (Fig3)



d. Situation professionnelle

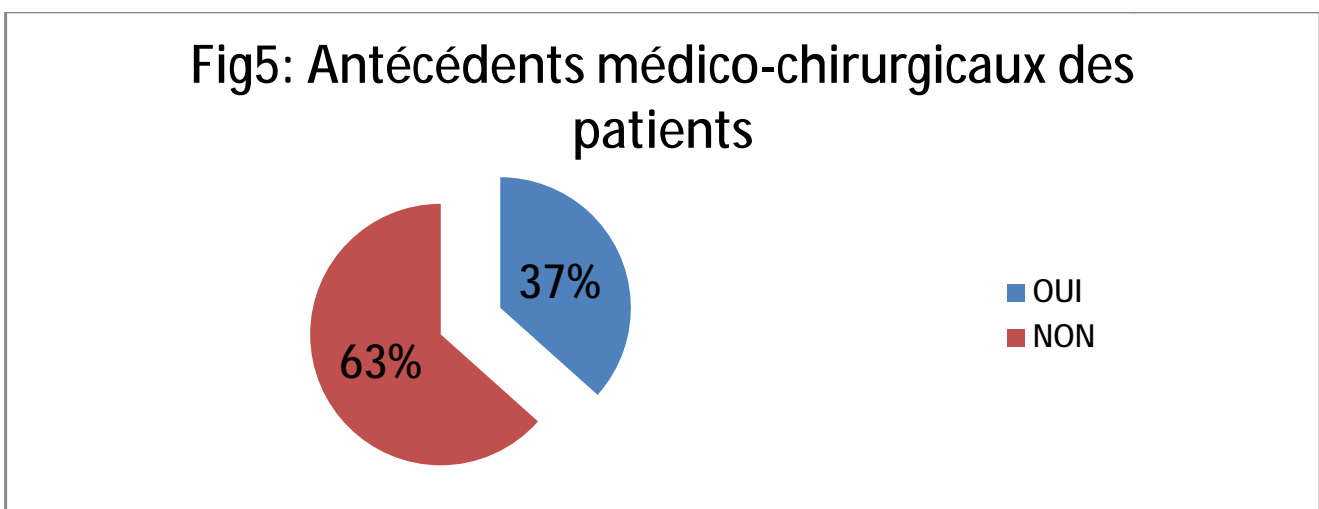
62 % des patients étaient inactifs sur le plan professionnel, tandis que seulement 16 % avaient un emploi. (Fig. 4)



2. Antécédents des patients

a. Antécédents personnels médico-chirurgicaux

Les antécédents personnels médico-chirurgicaux étaient retrouvés chez 37% des patients. Ces antécédents étaient représentés par un diabète, des cardiopathies, une insuffisance rénale chronique, une épilepsie, des maladies dermatologiques... etc. (Fig5)



b. Antécédents personnels psychiatriques

21% des patients avaient des troubles psychiatriques. 11 % parmi ces patients étaient suivis pour des troubles dépressifs, 6% étaient suivis pour des troubles schizophréniques alors que 2% avaient des troubles anxieux. (Fig. 6et7)

Fig6: Antécédents psychiatriques des patients

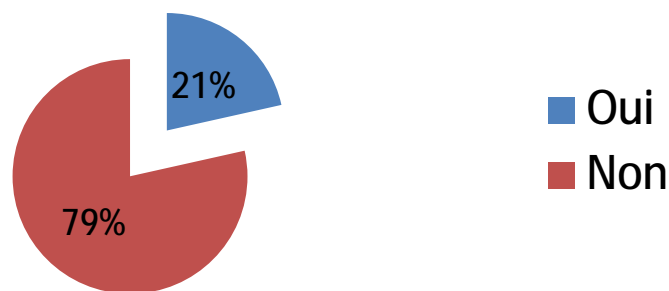
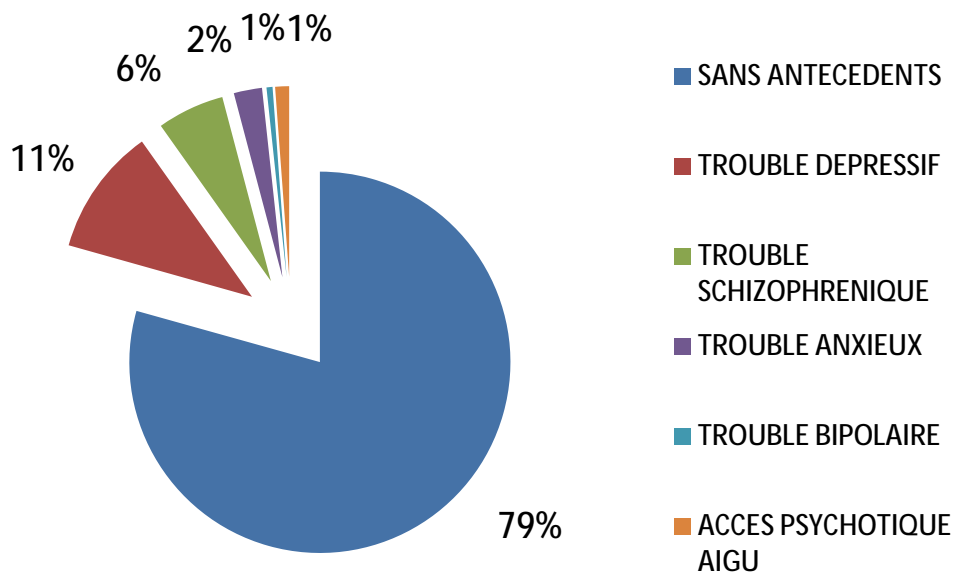
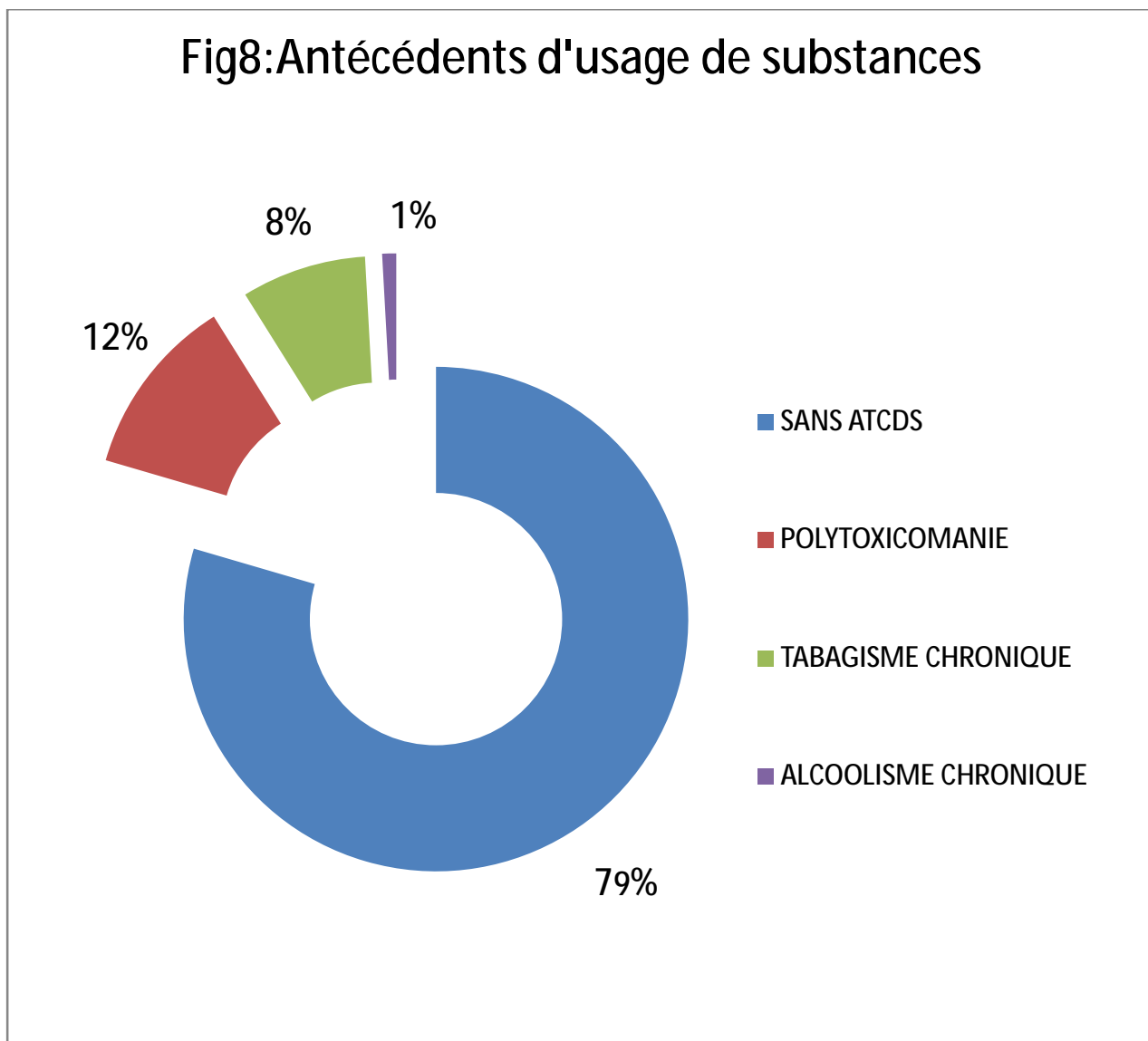


Fig7: Antécédents psychiatriques des patients



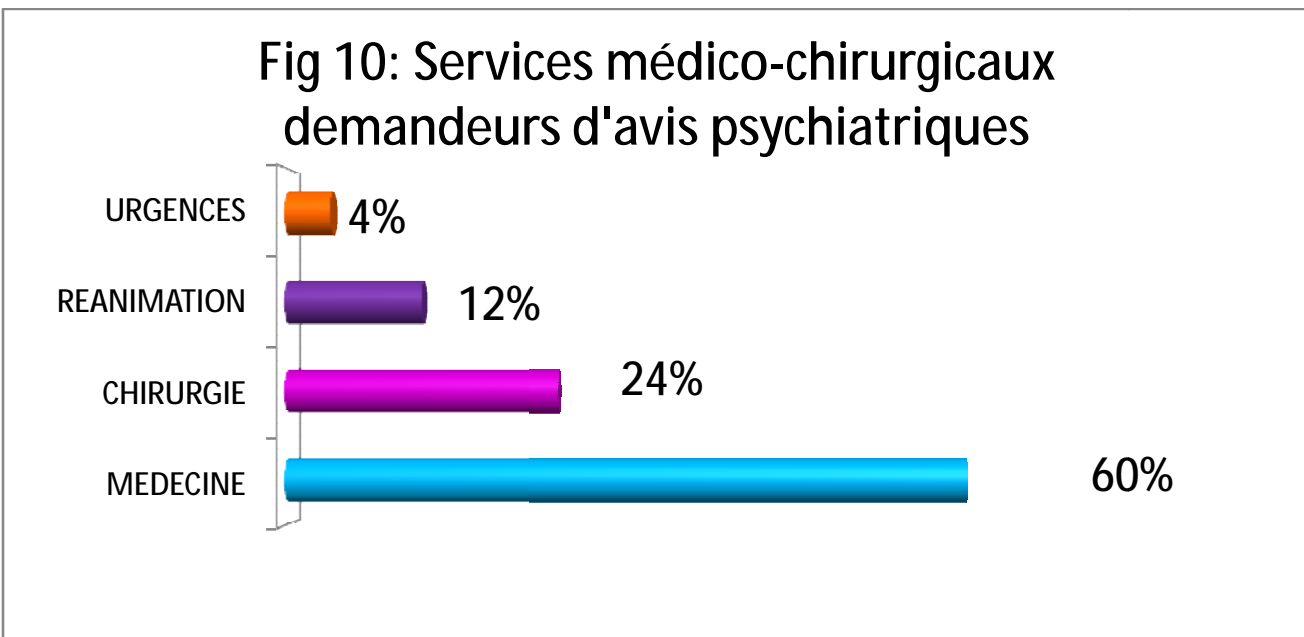
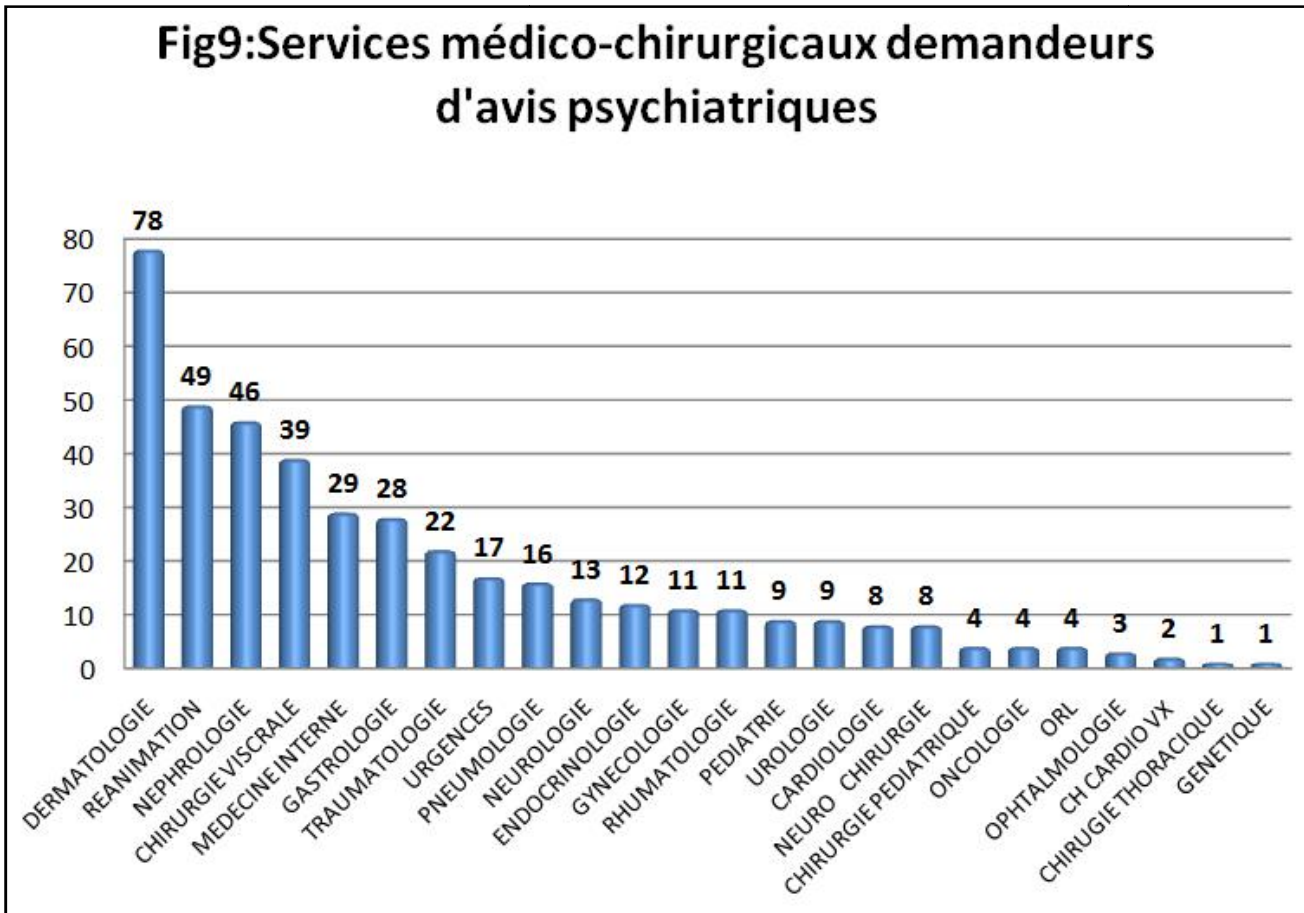
c. Antécédents d'usage de substances

L'usage de substances était retrouvé chez 21% des cas ; dont 12% étaient des poly-toxicomanes, 8% étaient des tabagiques chroniques et 1% des alcooliques chroniques. (Fig8)



3. Services demandeurs

Durant la période de l'étude, 24 services du CHU avaient demandé un avis psychiatrique. Les services les plus demandeurs étaient : le service de dermatologie (18.4%), le service de réanimation (12%), le service de néphrologie (10.8%) et le service de chirurgie viscérale (9.2%). (Fig. 9 et 10)



4. Motifs de demande d'avis psychiatrique

Les motifs les plus fréquents de demande d'avis psychiatrique étaient : l'évaluation d'une tentative de suicide dans 17,5% des cas, les symptômes dépressifs dans 16,5% des cas, l'agitation psychomotrice dans 16,3% des cas, et les troubles du comportement dans 8,5% des cas. (Fig11 et Tableau N°7)

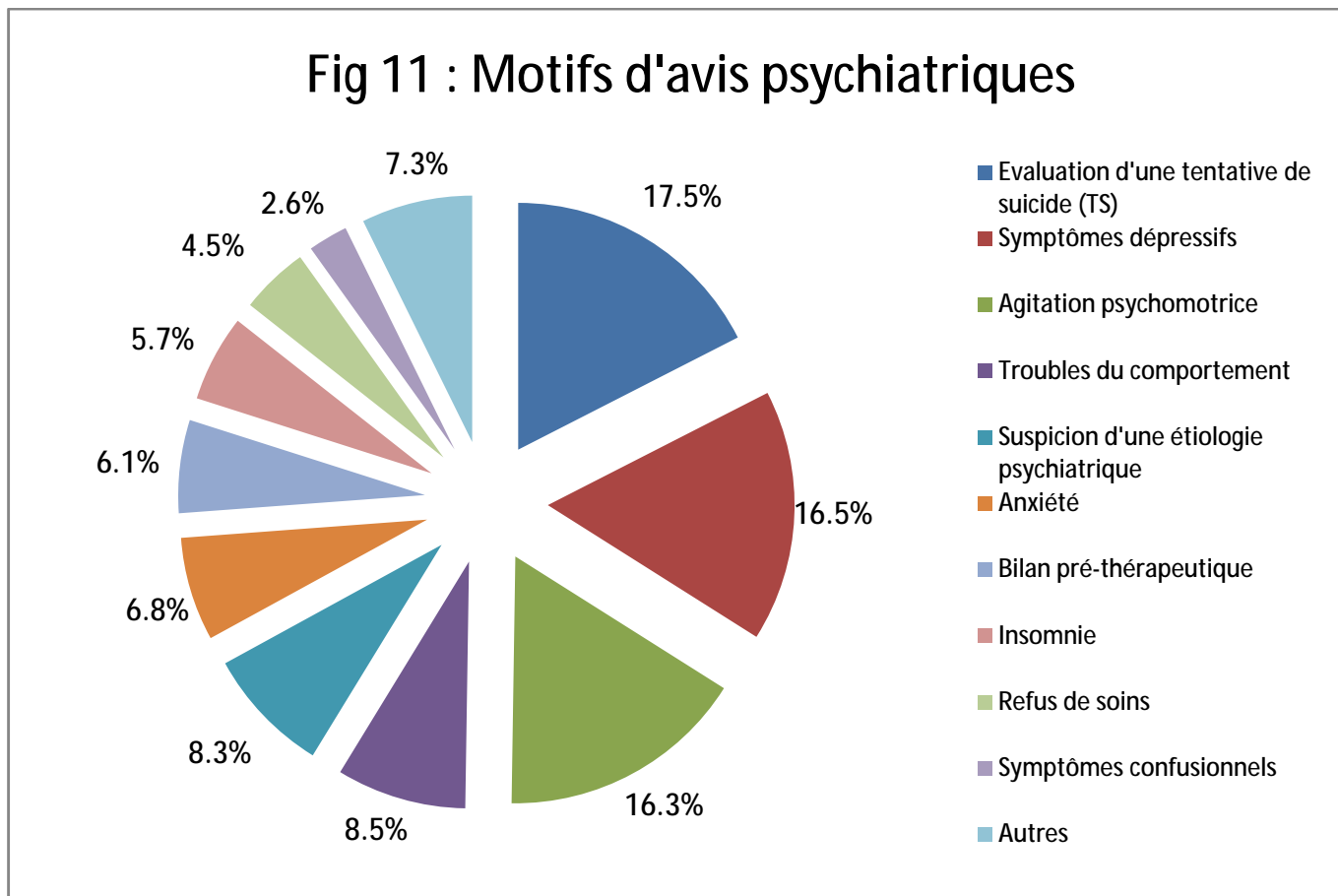


Tableau N°7: les motifs de demandes d'avis psychiatrique

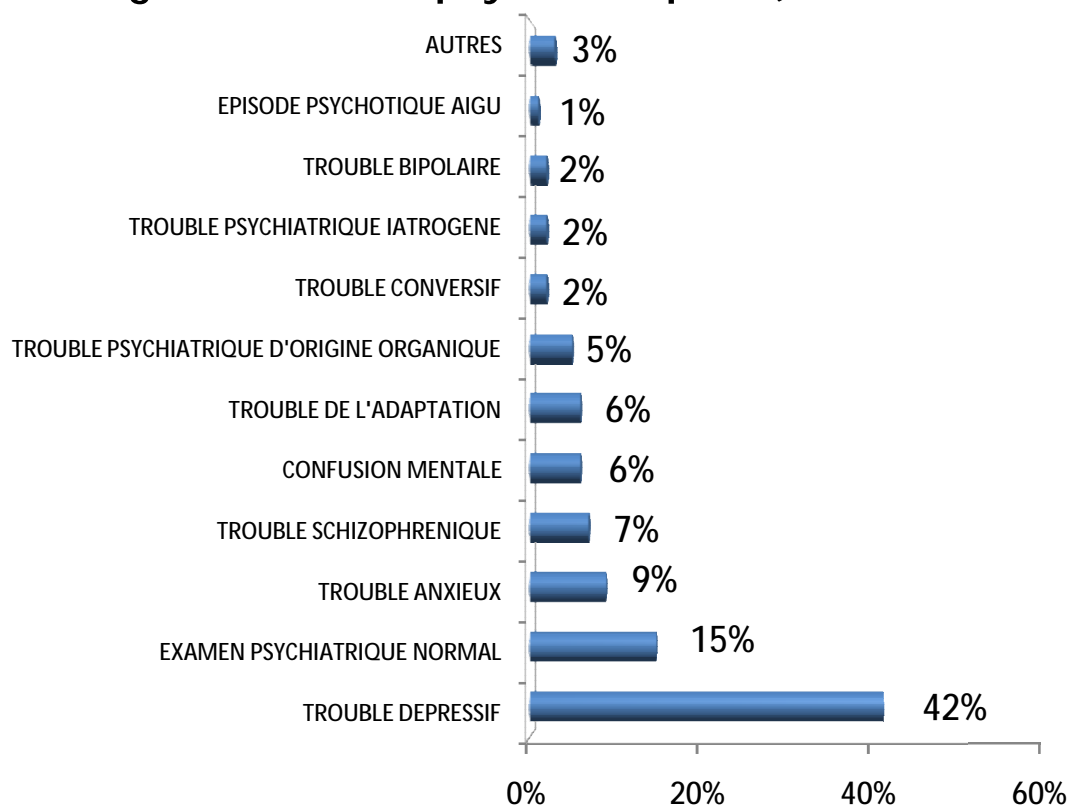
| Motifs de l'avis psychiatrique | Nombre | Exemples |
|--|--------|---|
| Ø Evaluation d'une tentative de suicide (TS) | 74 | Intoxications médicamenteuse, ingestion de caustique, précipitation,... |
| Ø Symptômes dépressifs | 70 | Tristesse de l'humeur, repli, ralentissement psychomoteur... |
| Ø Agitation psychomotrice | 69 | |
| Ø Troubles du comportement | 36 | |
| Ø Suspicion d'une étiologie psychiatrique | 35 | Céphalée chronique, vomissement chronique, urticaire, épigastralgie,... |
| Ø Anxiété | 29 | |
| Ø Bilan pré-thérapeutique | 26 | Bilan pré-corticothérapie Bilan pré-greffe du rein |
| Ø Insomnie | 24 | |
| Ø Refus de soins | 19 | |
| Ø Symptômes confusionnels | 11 | |
| Ø Autres | 31 | Plaintes somatiques, évaluation d'un patient déjà suivi pour pathologie psychiatrique, évacuation d'un SDF... |

5. Diagnostiques psychiatriques

Les diagnostics les plus fréquemment rencontrés étaient : un trouble dépressif dans 42% des cas , un trouble anxieux dans 9 % des cas (Trouble panique avec ou sans agoraphobie, Trouble obsessionnel compulsif, état de stress post traumatique ...), un trouble schizophrénique dans 7% des cas, une confusion mentale dans 6% des cas, un trouble de l'adaptation dans 6% des cas et un trouble psychiatrique d'origine organique dans 5% des cas. A noter aussi que l'examen psychiatrique a été sans particularités dans 15% des cas. (Fig12)

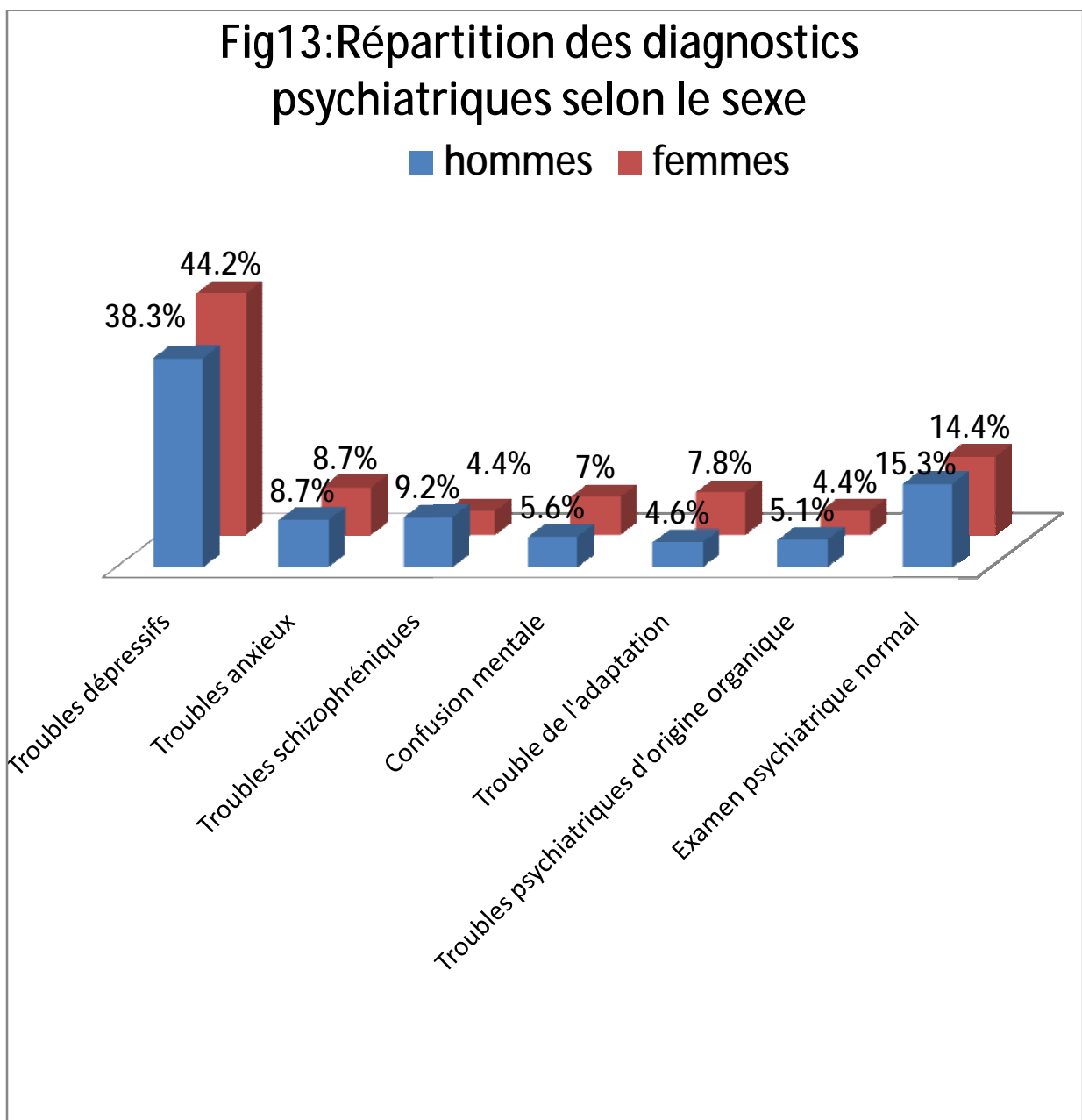
En cas de trouble psychiatrique d'origine organique, la symptomatologie psychiatrique était en rapport avec des pathologies organiques à expression psychiatrique. Ces affections organiques étaient d'ordre tumoral (adénome hypophysaire), endocrinien (hyperthyroïdie), infectieux (encéphalite herpétique), Neuro-vasculaire (vascularite lupique), et parfois hydro électrolytique (hypoglycémie, hypocalcémie). Par ailleurs, les troubles psychiatriques d'origine iatrogène étaient secondaires essentiellement aux corticoïdes.

Fig12: Troubles psychiatriques (DSM IV)



a. Les diagnostics psychiatriques en fonction du sexe

Les diagnostics psychiatriques les plus fréquemment portés (les troubles dépressifs, les troubles d'adaptation, la confusion mentale) dans le cadre de l'activité de la psychiatrie de liaison étaient trouvés avec des pourcentages plus importants chez les femmes que les hommes. Alors que les troubles schizophréniques étaient plus importants chez les patients de sexe masculin. (Fig13)



b. Les diagnostics psychiatriques en fonction des services les plus demandeurs d'avis psychiatriques

Les diagnostics les plus fréquemment portés en fonction des services les plus demandeurs d'avis psychiatriques étaient:

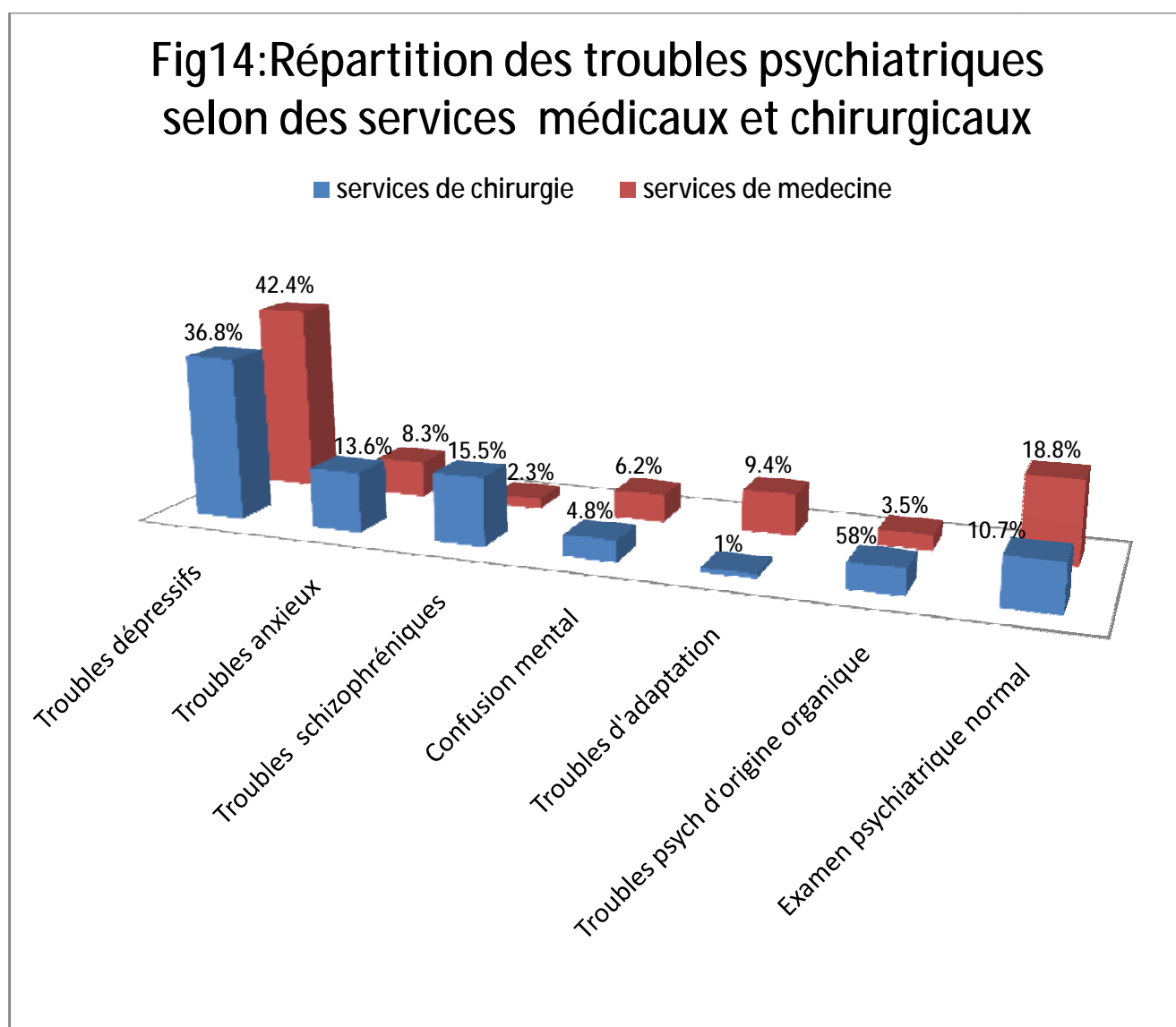
- Au service de dermatologie : les troubles dépressifs (48.1%), les troubles anxieux (7.6%), et la confusion mentale dans (7.6%).
- Au service de réanimation : les troubles dépressifs (51%), les troubles schizophréniques (12.24%).
- Au service de Néphrologie : les troubles dépressifs (26%), trouble de l'adaptation (13%), confusion mentale (13%).
- Au service de chirurgie viscérale : les troubles dépressifs (43.5%), les troubles anxieux (12.5%), la confusion mentale (12.8%). (Tableau N °8)

Tableau N°8 : Répartition des diagnostics en fonction des services

| Service demandeur d'avis | Troubles psychiatriques |
|----------------------------------|--|
| Ø Service de dermatologie | Trouble dépressif (48.1%) Confusion mentale (7.6%) Trouble anxieux (7.6%) Examen psychiatrique normal (22.8%) |
| Ø Service de réanimation | Trouble dépressif (51%) Trouble schizophrénique (12.24%) Confusion mentale (6.1%) |
| Ø Service de Néphrologie | Trouble dépressif (26%) Trouble de l'adaptation (13%) Confusion mentale (13%) Examen psychiatrique normal (19.5%) |
| Ø Service de chirurgie viscérale | Trouble dépressif (43.5%) Trouble anxieux (12.8%) Confusion mentale (12.8%) Examen psychiatrique normal (15.6%) |

c. Les diagnostics psychiatriques en fonction des services médicaux et chirurgicaux

Les troubles dépressifs, les troubles d'adaptation, et la confusion mentale étaient trouvés chez les patients hospitalisés aux services médicaux plus que chez ceux hospitalisés aux services chirurgicaux ; tandis que les troubles anxieux et les troubles schizophréniques et les troubles d'origine organique étaient plus portés chez les patients hospitalisés aux services chirurgicaux. (Fig14)



d. Les diagnostics psychiatriques en fonction des motifs de demande d'avis

Les tentatives de suicides étaient dans un cadre dépressif dans 55.4% des cas, et dans un cadre schizophrénique dans 16.2%. Les symptômes dépressifs étaient secondaires à un trouble dépressif dans 67% des cas et dans un cadre de trouble de l'adaptation dans 10 % des cas.

L'agitation était dans un cadre dépressif dans 29% des cas et d'origine confusionnelle dans 20,3% des cas. L'anxiété était secondaire à des troubles anxieux dans 41,4% des cas et à des troubles dépressifs dans 27,6%des cas.

Le refus de soins était essentiellement de nature dépressive dans 42,1% des cas et dans un cadre anxieux dans 15,8 % des cas. (Tableau N °9)

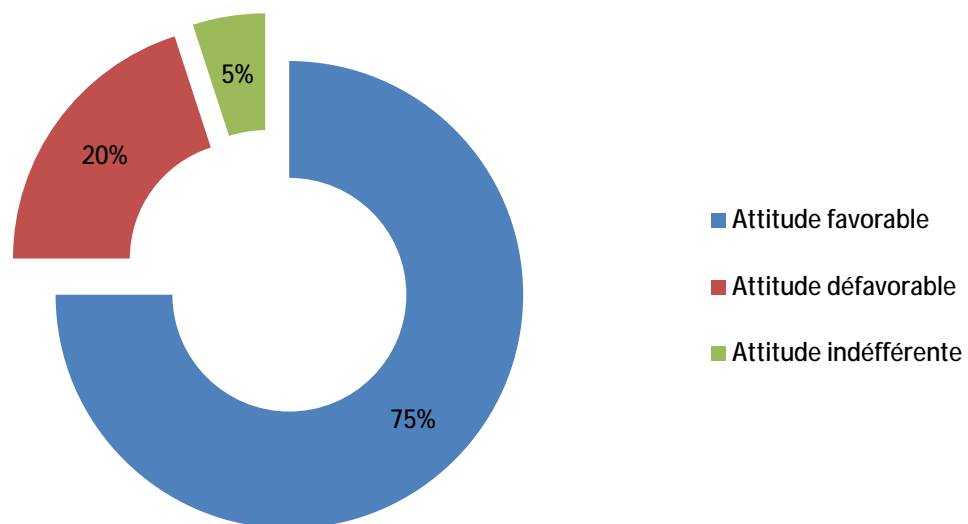
Tableau N°9 : Les diagnostics psychiatriques en fonction des motifs de demande d'avis

| Motifs d'avis psychiatrique | Troubles psychiatriques (DSM IV) |
|-----------------------------------|---|
| ∅ Tentatives de suicide (17.5%) | <ul style="list-style-type: none"> • Trouble dépressif (55,4%) • Trouble schizophrénique (16,2%) • Trouble anxieux (5,4%) • Accès psychotique aigu (5,4%) |
| ∅ Symptômes dépressifs (16.5%) | <ul style="list-style-type: none"> • Trouble dépressif (67%) • Examen psychiatrique normal (14,3%) • Trouble de l'adaptation (10%) • Trouble anxieux (4,3%) • Confusion mentale (2,9%) • Cause organique (1,4%) |
| ∅ Agitation psychomotrice (16.3%) | <ul style="list-style-type: none"> • Trouble dépressif (29 %) • Confusion mentale (20,3%) • Trouble schizophrénique (8,7%) • Trouble de l'adaptation (8,7%) • Trouble psychiatrique iatrogène (7,2%) • Trouble psychiatrique d'origine organique (7,2%) • Examen psychiatrique normal (7,2%) |
| ∅ Trouble du comportement (8.5%) | <ul style="list-style-type: none"> • Trouble dépressif (22%) • Cause organique (16,7%) • Examen psychiatrique normal (13,9%) • Trouble schizophrénique (11%) |
| ∅ Anxiété (6.8%) | <ul style="list-style-type: none"> • Trouble anxieux (41,4%) • Trouble dépressif (27,6%) • Trouble de l'adaptation (20,7%) • Examen psychiatrique normal (10,3%) |
| ∅ Insomnie (5.7%) | <ul style="list-style-type: none"> • Trouble dépressif (75%) • Cause organique (12.5%) • Trouble anxieux (4,16%) • Confusion mentale (4,16%) • Trouble psychiatrique iatrogène (4,16%) |
| ∅ Refus de soins (4.5%) | <ul style="list-style-type: none"> • Trouble dépressif (42.1%) • Trouble anxieux (15,8%) • Examen psychiatrique normal (15,8%) • Trouble schizophrénique (10,5%) • Trouble de l'adaptation (10,5%) • Cause organique (5,3%) |

6. L'attitude des patients vis-à-vis de l'avis psychiatrique

L'attitude des patients vis-à-vis de l'avis psychiatrique était favorable dans 75% des cas (le patient accepte l'avis psychiatrique), et défavorable dans 5% des cas (le patient refuse l'avis). Cependant 20% des patients avaient une attitude indifférent par rapport à l'examen psychiatrique. (Fig15)

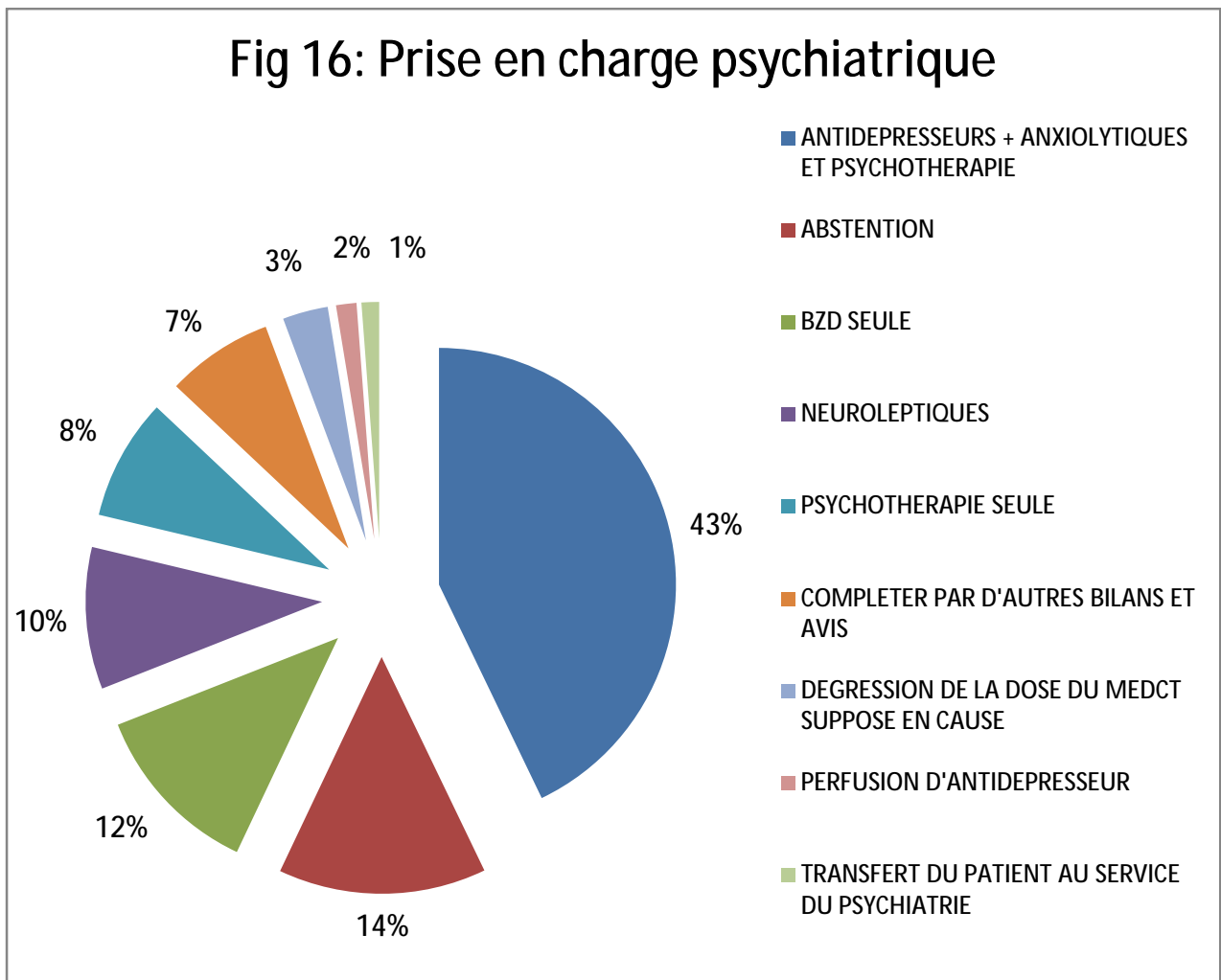
Fig15: Attitude des patients vis à vis l'avis psychiatrique



7. La prise en charge psychiatrique

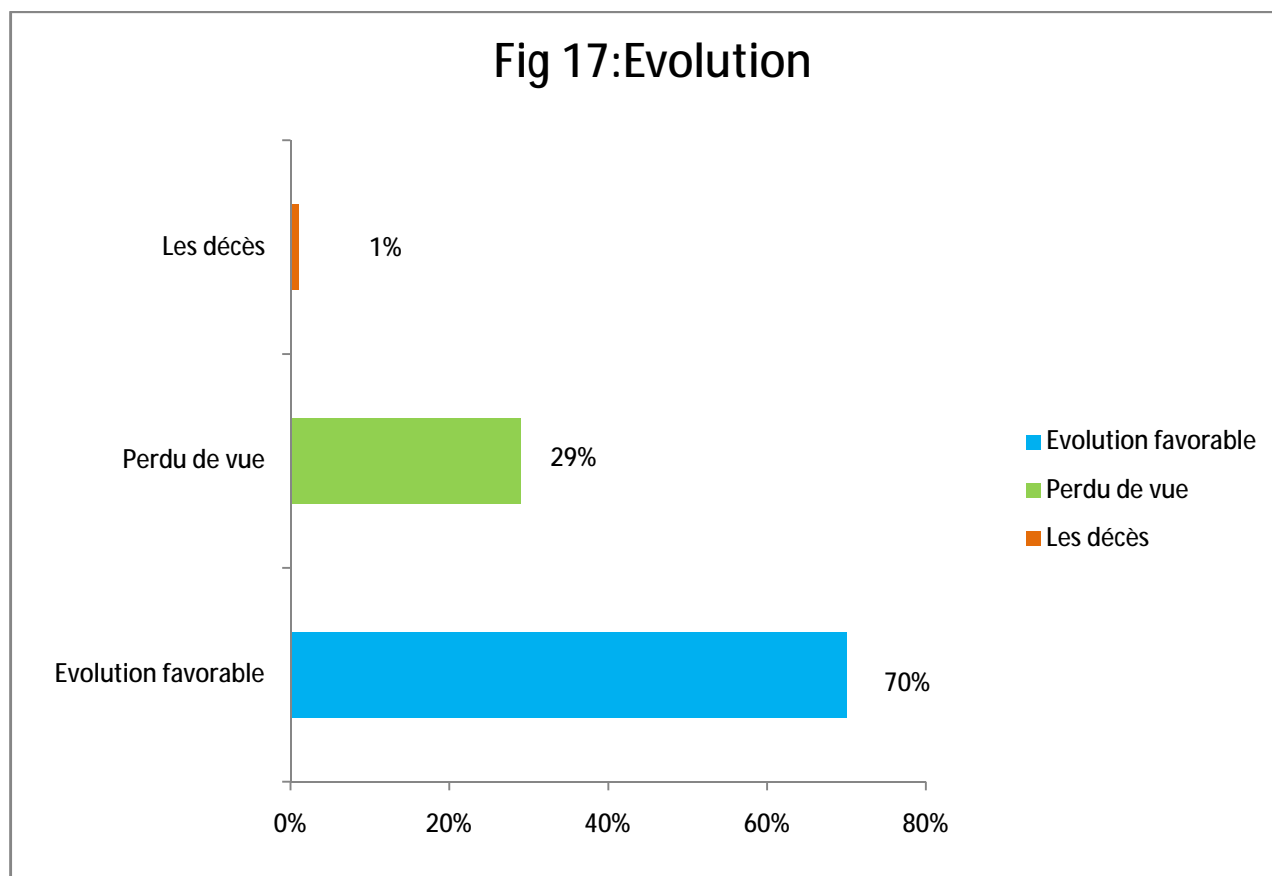
La prise en charge psychiatrique était basée essentiellement sur un traitement pharmacologique à type d'association des antidépresseurs et des anxiolytiques dans 43 % des cas, des benzodiazépines seules dans 12% des cas, et des neuroleptiques dans 10%. Une psychothérapie seule a été envisagée dans 8% des cas.

Notre prise en charge avait consisté également à compléter par un autre avis spécialisé notamment neurologique dans 7%, diminuer la dose du médicament en cause en cas de trouble psychiatrique iatrogène dans 3% des cas, et enfin le transfert pour hospitalisation dans le service de psychiatrie dans 1% des cas. (Fig16)



8. L'évolution

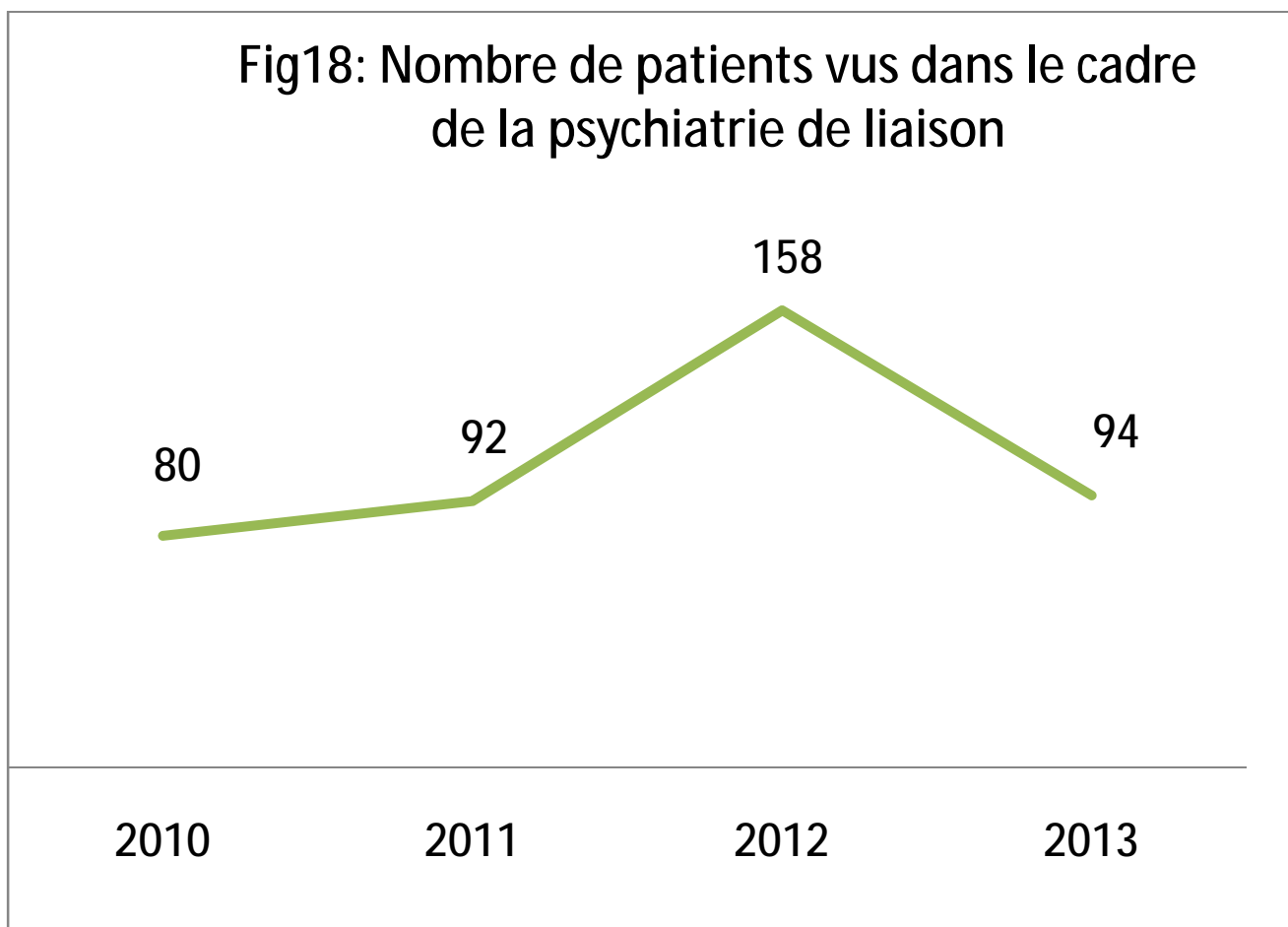
Au terme de cette prise en charge, l'évolution était favorable chez 70% des patients, alors que 29% des patients ont été perdu de vue, et on avait enregistré 4 décès soit 0.94% des patients au cours de cette étude. (Fig17)



9. Comparaison des résultats de l'étude entre 2010; 2011 ; 2012 et 2013

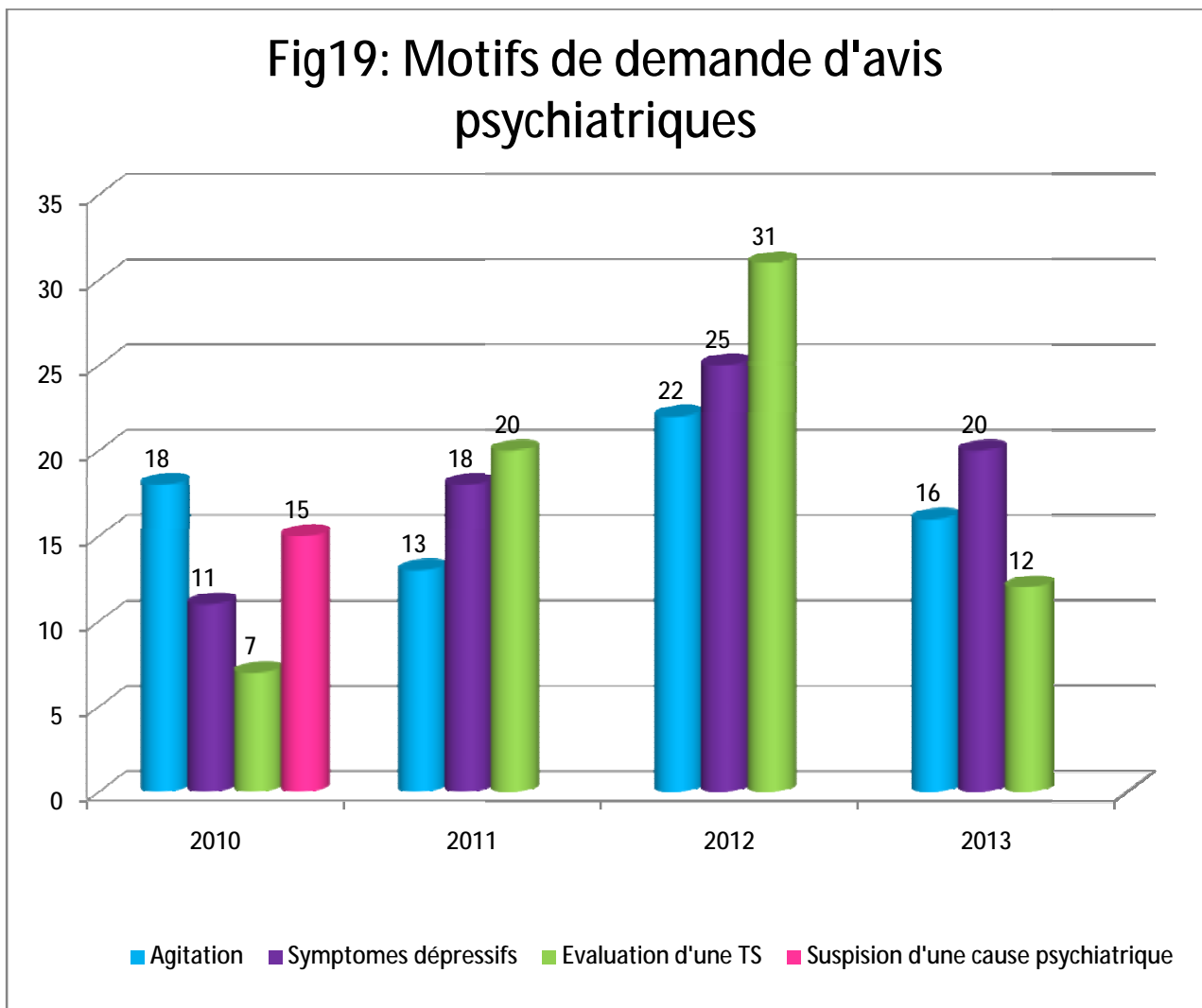
a. Nombre de patients vus en psychiatrie de liaison

A partir des résultats de comparaison, on a noté une nette augmentation de nombre des demandes d'avis psychiatriques pendant les trois premières années : 80 demandes en 2010 ,92 en 2011et 158 en 2012 .En revanche, on a constaté une régression remarquable de ce nombre en 2013 (94 demandes seulement). (Fig. 18)



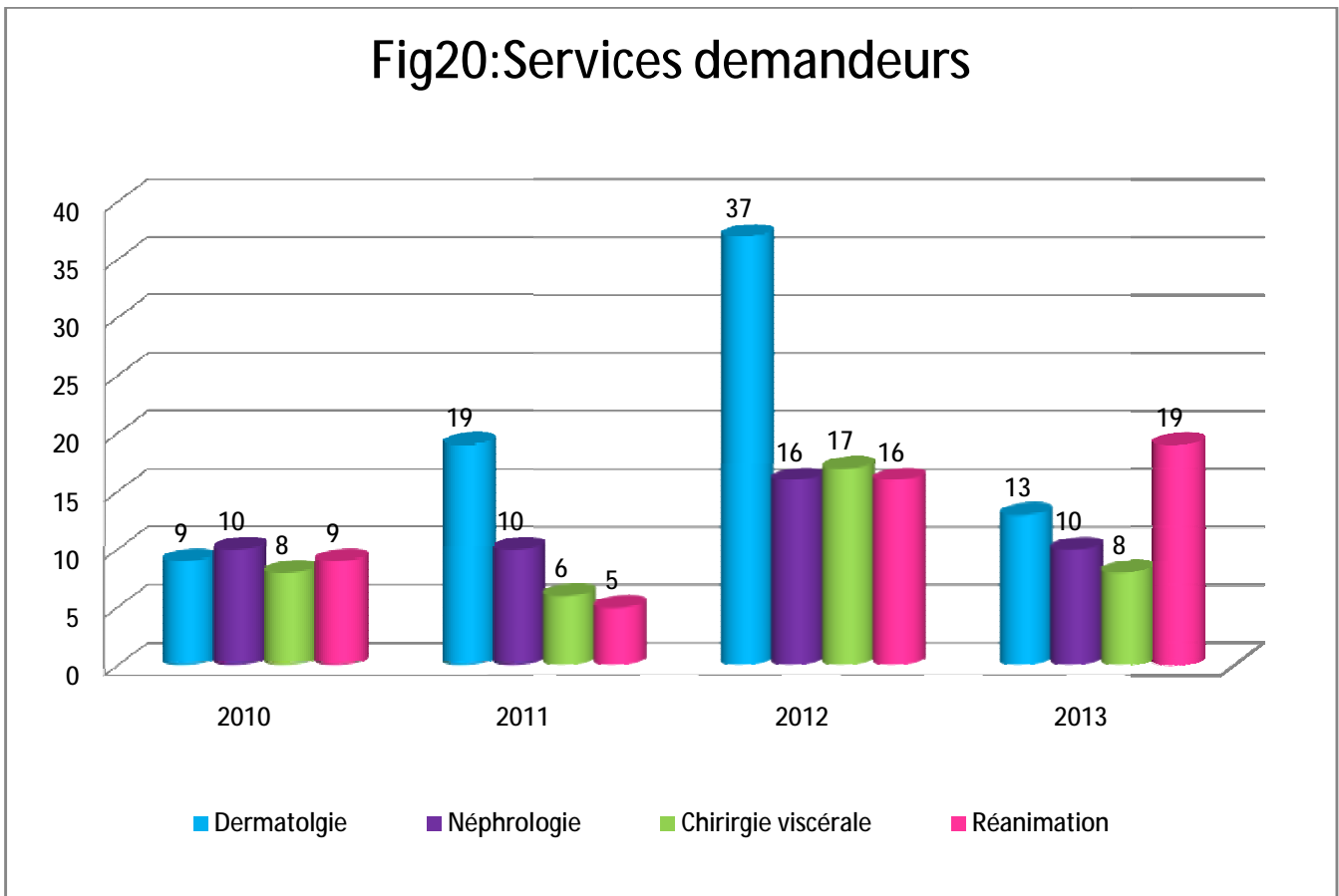
b. Motifs de demande d'avis psychiatrique

Les trois principaux motifs de demande d'avis psychiatrique en 2010, 2011, 2012 et 2013 étaient : les symptômes dépressifs, l'évaluation des conduites suicidaires, et l'agitation psychomotrice. Les symptômes dépressifs avaient représenté le premier motif de demande d'avis en 2011 et en 2012. (Fig19)



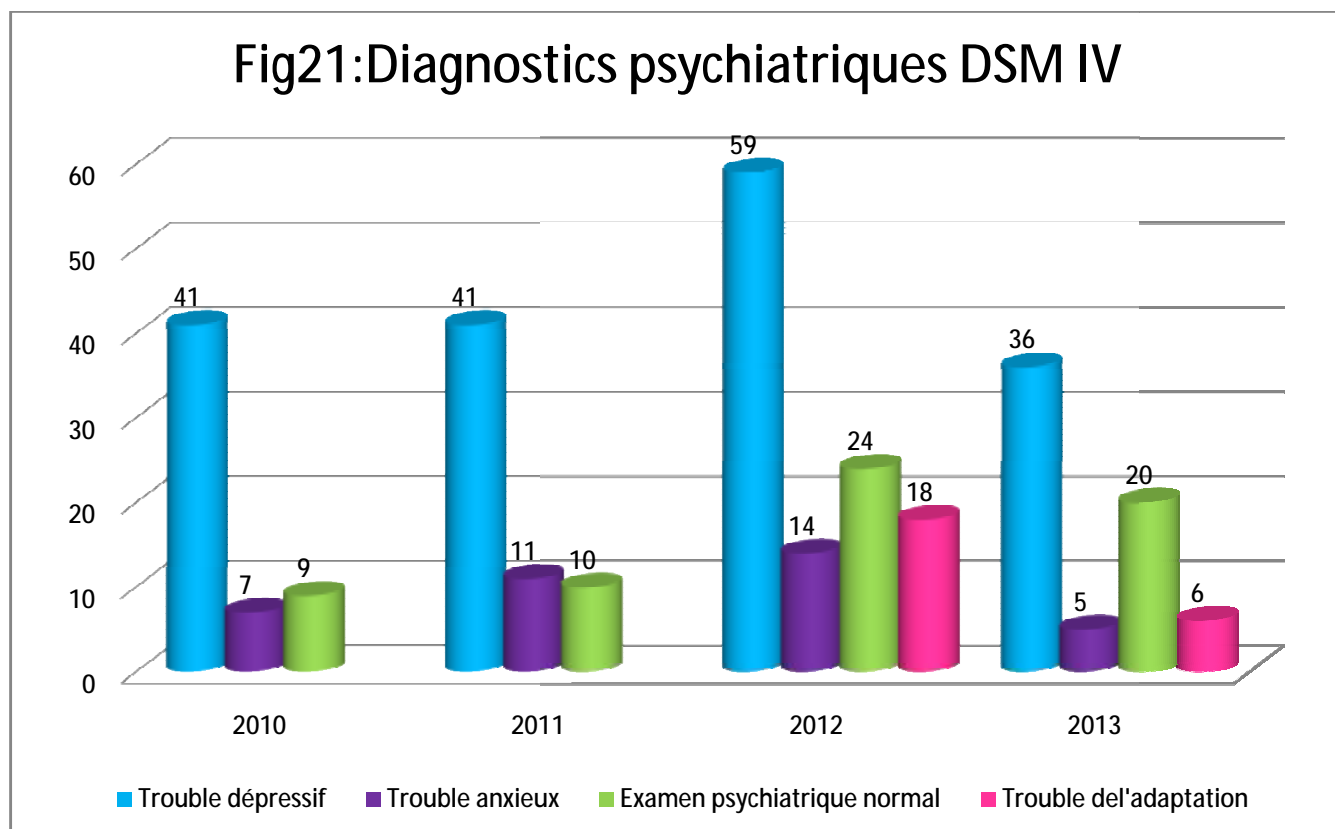
c. Service demandeurs :

Les quatre principaux services demandeurs d'avis psychiatrique en 2010, 2011, 2012 et 2013 étaient : la dermatologie, la néphrologie, la chirurgie viscérale et la réanimation. Le premier service demandeur en 2010 était la néphrologie, la dermatologie en 2011 et en 2012, et la réanimation en 2013. (Fig. 20)



d. Diagnostics psychiatriques :

Les trois principaux diagnostics psychiatriques portés en 2010, 2011, 2012 et 2013 étaient : les troubles dépressifs, les troubles anxieux et les troubles d'adaptation. (Fig21)



e. Tableau comparatif (Tableau N°10)

| | Nombre de patients | Motifs de demandes d'avis psychiatrique | Services demandeurs |
|------|--------------------|--|--|
| 2010 | 80 | 1- Agitation PM : 18(22,5%) 2-Suspicion d'une affection Psychiatrique : 15(18,8%) 3-Evaluation d'une TS: 11(13,8%) | 1- Néphrologie : 10(12,5%) 2-Dermatologie =Réanimation : 9 (11,3%) 3- Chirurgie viscérale: 8 (10%) |
| 2011 | 92 | 1- Symptômes dépressifs : 20(21,7%) 2-Evaluation d'une TS : 18(19,6%) 3-Agitation PM : 13 (14,1%) | 1-Dermatologie : 19(20,7%) 2-Néphrologie : 10(10,9%) 3- chirurgie viscérale = Gastrologie : 6(6,5%) |
| 2012 | 158 | 1-Symptômes dépressifs : 31(19,9%) 2-Evaluation d'une TS: 25(16,0%) 3-Agitation PM: 22(14,1%) | 1-Dermatologie: 37(23,4%) 2-Chirurgie viscérale 17(10,8%) 3-Néphrologie = Réanimation = Médecine interne : 16(10,1%) |
| 2013 | 94 | 1-Evaluation d'une TS : 20 (21,3%) 2-Agitation PM : 16 (17%) 3- Symptômes dépressifs : 12 (12,8%) | 1-Réanimation : 19 (20,2%) 2-Dermatologie : 13 (13, 8%) 3- Néphrologie : 10 (10,6%) |

| | Diagnosics psychiatriques (DSM IV) | Prise en charge psychiatrique |
|------|---|---|
| 2010 | 1-Trouble dépressif : 41 (51,3%) 2- Examen psychiatrique normal : 9 (11,3%) 3-Trouble anxieux: 7(8,8%) | 1-Antidépresseurs et anxiolytiques : 42 (52,5%) 2- Psychothérapie de soutien : 11 (13,8%) 3- Compléter par d'autres avis et bilans : 7 (8,8%) |
| 2011 | 1-Trouble dépressif : 41(44,6%) 2-Trouble anxieux : 11(12%) 3-Examen psychiatrique normal : 10 (10,9%) | 1-Antidépresseurs et anxiolytiques : 42(45,7%) 2- Anxiolytiques : 14 (15,2%) 3- Neuroleptiques: 10 (10,9%) |
| 2012 | 1-Trouble dépressif : 59 (37,6%) 2-Examen psychiatrique normal : 24 (15,3%) 3- Trouble de l'adaptation : 18 (11,5%) | 1-Antidépresseurs et anxiolytiques : 59 (37,6%) 2-Abstention thérapeutique : 24 (15,3%) 3-Perfusion d'antidépresseur:18 (11,5%) |
| 2013 | 1- Trouble dépressif : 36 (38,3%) 2- Examen psychiatrique normal : 20 (21,3%) 3- Trouble de l'adaptation = Trouble schizophrénique : 6 (6,4%) | 1-Antidépresseurs et anxiolytiques : 39 (41,5%) 2-Abstention thérapeutique : 25 (26,6%) 3- Neuroleptiques: 13 (13,8%) |

IV. Discussion

1. Argumentaire de l'étude

Dans notre pays, la psychiatrie de liaison est une discipline encore jeune, elle n'est pas reconnue comme une sous spécialité de psychiatrie. Sa pratique reste encore mal structurée malgré les efforts de ministère de la santé, fournis ces dernières années, pour intégrer les services de psychiatrie au sein de l'hôpital général.

Les difficultés liées au développement de la psychiatrie de liaison sont dues essentiellement à la limitation des ressources humaines et financières : nombre des psychiatres restreint, absence des psychologues cliniciens dans les services médicaux et chirurgicaux, éloignement des hôpitaux psychiatriques des services médico-chirurgicaux.

La pratique de la psychiatrie de liaison s'avère utile voire indispensable au Maroc, ceci pour différentes raisons :

- La demande de plus en plus croissante des avis psychiatriques dans les services médico-chirurgicaux.
- L'absence ou le retard du diagnostic et de prise en charge précoce des troubles psychiatriques chez les patients souffrants de troubles somatiques, contribuant ainsi à l'aggravation et / ou la chronisation de ces troubles.
- L'intérêt de la psychiatrie de liaison dans la diminution de la durée de séjour hospitalier, ainsi la réduction de coûts des soins hospitaliers.
- La sensibilisation des médecins somaticiens au fait psychique permet de les encourager de faire une prise en charge globale des patients.

Le CHU Hassan II de Fès a été inauguré en Janvier 2009, d'une capacité d'accueil de 880 lits répartis sur 42 services de médecine et de chirurgie. Depuis sa création, la demande de plus en plus croissante d'avis psychiatrique a suscité chez l'équipe de psychiatrie de l'hôpital Ibn Al hassan l'idée d'une mise en place et d'organisation d'une activité de psychiatrie de liaison en 2010, d'autant plus que la structure hospitalière psychiatrique est située à 15 Km du CHU. Cette activité s'adresse aux patients hospitalisés dans les différents services médico-chirurgicaux, ainsi qu'à leurs familles et aux soignants.

Cette expérience de mise en place d'une activité de psychiatrie de liaison structurée, entamée depuis quatre ans au CHU de Fès, est la première au Maroc.

2. Discussion des résultats constatés avec ceux de la littérature

a. Le taux de consultation

Dans notre étude, 424 patients ont été examinés dans le cadre de l'activité de psychiatrie de liaison, ce qui représente environ un taux de 0,40% de l'ensemble des patients hospitalisés au CHU Hassan II de Fès au cours de la période d'étude. Ce résultat est comparable à celui retrouvé par une étude tunisienne objectivant un taux de 0,46%(4). En revanche ce taux est plus important dans d'autres études (variant de 1.3% à4.7%). (Tableau N°11)

Ce taux faible de demande des avis psychiatriques est lié à:

- Une sous estimation des troubles psychiatriques par les somaticiens.
- Un problème de repérage des troubles.
- Une réticence des praticiens à proposer une consultation psychiatrique aux patients.
- Une image négative de la psychiatrie auprès des malades.

Tableau N°11 : Comparaison du taux de consultation avec d'autres études.

| Auteur | Pays - Année | Taux de consultation |
|-------------------------|-------------------|----------------------|
| OZKAN M (114) | Turquie-(2005) | 4,7% |
| STEPHEN L (115) | Angleterre-(2003) | 3.7% |
| Rothenhausler .HB (116) | Australie-(2008) | 3.3% |
| Yasuhiro K (117) | USA-(2007) | 3.1% |
| Yasuhiro K (117) | Japon-(2007) | 2.4% |
| Salvador B (118) | Philippine-(2008) | 1.82% |
| Singh PM (119) | Népal-(2009) | 1.4% |
| Jian -Au Su (120) | Taiwan-(2010) | 1.3% |
| Mechri A (4) | Tunisie-(2003) | 0.46% |
| Notre série | 2014 | 0.4% |

b. Les données sociodémographiques des patients

La population de patients étudiée est caractérisée par une légère prédominance féminine (54%). Ce résultat rejoint celui trouvé dans deux études similaires (121 ,122). Par ailleurs d'autres études avaient constaté une prédominance masculine (117, 119,120).

Tableau N°12 : Comparaison de la répartition des patients selon le sexe entre les différentes séries.

| Auteur | Pays - Année | Femmes | Hommes |
|-------------------|----------------------|--------|--------|
| Salvador B (118) | Philippine -2008 | 54.3% | 45.7% |
| Clumech N (121) | Belgique - 2007 | 54% | 46% |
| Alhuthail Y (122) | Arabie saoudite 2009 | 64.8% | 35.2% |
| Jian -Au Su (120) | Taiwan -2010 | 40.5% | 59.5% |
| Singh PM (119) | Népal -2009 | 41% | 59% |
| Notre série | 2014 | 54% | 46% |

La majorité de nos patients avaient un âge jeune variant de 20 à 40 ans. Cette tranche d'âge avait représenté 46% de notre population. Ce chiffre est comparable à celui trouvé par Salvador benjamin(118).

c. Les services demandeurs

Durant la période d'étude, les services médicaux avaient représentés un taux de demande d'avis psychiatrique plus important que les services chirurgicaux. On trouve que 60% des demandes évaluées étaient représentées par les services de médecine, alors que seulement 24% des demandes étaient effectuées par les services de chirurgie.

De même dans la littérature, plusieurs études avaient constatés que les taux de demandes d'avis psychiatriques étaient plus importants dans les services de médecine que dans les services de chirurgie(117,120). (Tableau N°13)

Tableau N°13 : Comparaison de la répartition des demandes selon les services médicaux et chirurgicaux avec d'autres études.

| | Services de médecine | Service de chirurgie |
|--------------------------|----------------------|----------------------|
| Jian -Au Su (2010) (120) | 58.1% | 34.3% |
| YASUHIRO K (2007)(117) | 43.3% | 17.9% |
| Notre série (2014) | 60% | 24% |

Le service de dermatologie est le service le plus demandeur d'avis psychiatrique au cours de la période de l'étude (18,4%), ceci pourrait être expliqué par la prévalence élevée de pathologies dermatologiques affichantes ou graves avec un retentissement psychologique non négligeable, et aussi l'utilisation fréquente de corticothérapie pouvant être à l'origine de plusieurs troubles psychiatriques iatrogènes. La demande systématique d'un avis psychiatrique pour les patients candidats à la corticothérapie au service de dermatologie vient aussi de la présence dans ce service d'une équipe médicale et paramédicale très sensibilisée vis-à-vis de la souffrance psychologique des patients.

Ce résultat diffère à celui retrouvé par une étude similaire qui a montré que le service de réanimation médicale est le plus demandeur d'avis psychiatrique(4).

Après le service de dermatologie, on trouve le service de réanimation avec un pourcentage de 12% de demande d'avis psychiatriques, les 2/3 de ces demandes étaient pour l'évaluation d'une tentative de suicide. En fait ce taux est bien expliqué par le nombre important des patients présentant des tentatives de suicide graves nécessitant dans la plupart des cas une hospitalisation dans le service de réanimation.

Pour les services chirurgicaux le service de chirurgie viscérale était le service le plus demandeur d'avis psychiatrique suivi par le service de traumatologie.

Durant les trois premières années d'étude (2010, 2011, 2012), on a noté une augmentation progressive des demandes d'avis psychiatriques, ceci est expliqué par l'adhérence de nouveaux services à l'activité de la psychiatrie de liaison, et la sensibilisation des somaticiens à l'apport et l'efficacité de cette pratique. Cependant, on a constaté une baisse de l'activité de psychiatrie de liaison durant l'année 2013, qui pourrait être en rapport avec une diminution de la sensibilisation auprès des soignants des services médico-chirurgicaux.

d. Motifs de demande d'avis et diagnostics psychiatriques

Les motifs les plus fréquents des demandes d'avis psychiatrique dans notre travail étaient l'évaluation d'une tentative de suicide dans 17,5%, les symptômes dépressifs dans 16,5 % et les états d'agitation dans 16,3%.

Ces motifs sont dans la majorité des cas en rapport avec un trouble dépressif catégorisé : 67% en cas de tentatives de suicide, 55.4% en cas de symptômes dépressifs et 29% pour les états d'agitation .Ce résultat met l'accent sur l'importance du dépistage de la dépression chez les patients hospitalisés dans les différents services médico-chirurgicaux de l'hôpital général, tout en prenant en compte la composante comportementale des troubles dépressifs.

Dans notre étude, la dépression est le diagnostic psychiatrique le plus fréquemment porté (42%). Elle était toujours le premier diagnostic porté pendant les quartes années d'étude.

L'association d'une pathologie somatique et d'un trouble dépressif n'est pas rare. La dépression concerne 25% de la population hospitalisée à l'hôpital général(123), cependant de nombreuses études ont montré qu'elle est souvent sous diagnostiquée chez ces patients (124-115).

Les recherches existantes laissent entendre que la dépression majeure influe sur la maladie physique : elle augmente le degré d'incapacité associée à de nombreuses affections physiques et exerce un effet défavorable sur l'évolution de celles-ci. Elle contribue ainsi aux difficultés professionnelles, à une perturbation des relations familiales et interpersonnelles, à un mauvais état de santé et au suicide (125-126).

La dépression est alors à l'origine d'une aggravation mutuelle des deux pathologies. Une fois diagnostiquée, il est indispensable d'évaluer le risque suicidaire qui n'est pas uniquement lié à l'existence d'une dépression, mais plutôt au sentiment de désespoir (fréquent chez les patients atteints d'une maladie somatique grave) (123). Son dépistage précoce ainsi que sa prise en charge adaptée, permettent d'améliorer la qualité de vie des patients souffrant de pathologies organiques invalidantes , réduire la durée de séjour dans les services médico-chirurgicaux du centre hospitalier et de faire adhérer le patient au projet de soins.

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

psychiatrique, surtout en présence d'une symptomatologie confusionnelle, de symptômes psychiatriques atypiques ou survenant chez un sujet âgé.

Dans notre étude, 5% des diagnostics portés étaient un trouble psychiatrique d'origine organique pouvant parfois engager le pronostic vital en cas de retard diagnostique. Ces troubles sont révélés essentiellement par un trouble du comportement dans 30% des cas, une agitation psychomotrice dans 15% des cas, et une insomnie dans 15% des cas.

La pathologie organique a été considérée comme un facteur causal des troubles psychiatriques dans près de 20% des cas (127).

De même, l'iatrogénicité est une source d'inquiétude de tous les troubles psychiatriques aigus en particulier chez les patients âgés. Dans notre étude, les troubles psychiatriques iatrogènes représentent 2% des diagnostics portés, dont la plupart étaient en rapport avec une corticothérapie prolongée. Selon les différentes études, la prévalence des troubles psychiatriques au cours de la corticothérapie systémique varie entre 1,8% à 57%, d'où l'importance d'y penser en priorité dans les soins de psychiatrie de liaison(128).

e. Evolution et prise en charge

La prise en charge psychiatrique dans notre étude était basée essentiellement sur un traitement antidépresseur avec un accompagnement psychologique, puisque le diagnostic le plus fréquemment porté était un trouble dépressif dans 43%. Notre modalité de prise en charge psychiatrique était comparable à celle évoquée par des études similaires (129-130). L'évolution était favorable chez près de 70% de nos patients, néanmoins, 29 % ont été perdus de vue ceci peut être expliqué par :

- Les perceptions culturelles de la population marocaine, certains patients refusent de venir consulter à l'hôpital psychiatrique et préfèrent faire le suivi dans le secteur privé.
- L'aspect stigmatisant de la maladie mentale.
- Le niveau social et d'instruction bas de la population.

Cela suppose toujours la réflexion autour de l'implantation d'une structure de soins psychiatrique au sein de notre CHU.

Les Quatre patients (0.94%) décédés au cours de l'étude étaient très altérés sur le plan somatique. Le décès était en rapport avec la pathologie somatique sous-jacente.

3. Tableau comparatif des résultats de notre étude avec ceux de la littérature

Le tableau N°14 compare les résultats de notre étude avec ceux des études similaires. Selon ces différentes études, le trouble dépressif est la comorbidité psychiatrique la plus fréquente chez les patients à l'hôpital général. Plusieurs études ont rapporté une mortalité accrue lorsque la dépression est comorbide avec certaines affections somatiques telles que le cancer, l'accident vasculaire cérébral, les cardiopathies et le diabète (131).

Tableau N°14 : Tableau comparatif des résultats de notre étude avec ceux de la littérature

| | Type de l'étude | Durée de l'étude | Nombre de patients | Services d'accueil | Motifs de la demande d'avis psychiatrique | Les diagnostics les plus fréquents |
|--------------------------------|-----------------|------------------|--------------------|--|---|--|
| Mechri A. 2003(4) | Prospective | 12 mois | 100 | Réanimation médicale (8.3%) | Evaluation du risque suicidaire (57%) Symptômes dépressifs (25%) | Trouble de l'adaptation (27%) Trouble dépressif (19%) |
| Stephen L 2003 (115) | Rétrospective | 12 mois | 346 | ----- | ----- | Trouble dépressif (28.3%) Trouble cognitif (26.9%) |
| OZKAN M. 2005 (114) | Rétrospective | 12 mois | 1609 | Médecine interne (50.1%) | Symptômes dépressifs (17.7%) Anxiété (21.8%) Etat d'agitation (11.8%) | Troubles de l'adaptation (32%) Trouble dépressif (21%) Examen psychiatrique normal (11.8%) |
| Yasuhiro K (USA) 2007 (117) | Rétrospective | 12 mois | 541 | ----- | Symptômes dépressifs (35.4%) Toxicomanie (27.5%) | Trouble dépressif (54 .1%) Troubles liés à l'alcool (24.9%) |
| Yasuhiro K (Japon) 2007 (117) | Rétrospective | 12 mois | 399 | ----- | Evaluation psychiatrique (34.1%) Sd confusionnel (27.1%) | Trouble psychotique (21.8%) Trouble dépressif (19.5%) |
| Clumeck N. 2007 (121) | Prospective | 15 mois | 485 | ----- | ----- | Troubles de l'humeur (39 %) |
| Rothenhäusler HB. 2008 (116) | Rétrospective | 12 mois | 1833 | Médecine interne (31%) | ----- | Troubles de l'adaptation (24,5%) Trouble psychotique (18,8%) Trouble dépressif (14,3%) |
| Salvador B. (2008) (118) | ----- | 10 années | 3699 | ----- | Troubles de l'humeur (23.4%) Etat d'agitation (21.9%) Evaluation du risque suicidaire (19.9%) | Troubles de l'adaptation (15,8%) Trouble dépressif (14,1%) |
| Alhuthail Y. (2009) (122) | prospective | 12 mois | 264 | | Symptômes dépressifs (32,7%) Trouble du comportements (13.7%) | Trouble dépressif (22,3%) Trouble anxieux (11.9%) Trouble de l'adaptation (7.1%) |
| PM Singh. (2009) (119) | ----- | 7 mois | 484 | ----- | ----- | Trouble dépressif (26,9%) Trouble anxieux (15.5%) |
| Jian-An Su. 2010 (120) | Rétrospective | 54 mois | 11610 | ----- | Symptômes dépressifs (18,4%) Symptômes confusionnels (12,9%) Evaluation des conduites suicidaires (12,7%) | Trouble dépressif (28.3%) Trouble psychotique (13,9%) |
| Notre étude (2014) | Transversale | 48 mois | 424 | Dermatologie (19,7%) Néphrologie (10,9 %) chirurgie viscérale (9,4%) | Symptômes dépressifs (18%) Evaluation des conduites suicidaires (16,4%) Etat d'agitation (16,1%) | Trouble dépressif (43%) Trouble anxieux (10%) Trouble schizophrénique (7%) Trouble de l'adaptation (6%) |

4. Difficultés rencontrées

Au cours de cette activité, l'équipe de psychiatrie a été confrontée à diverses difficultés, parmi lesquelles :

- § L'éloignement du CHU ; le médecin devait faire un trajet de 10 Km pour assurer son activité.
- § Initiation de la psychiatrie de liaison par une équipe restreinte.
- § La non-coopération et l'absence de collaboration de certains services demandeurs.
- § L'indisponibilité des familles au cours de l'entretien psychiatrique, ce qui a rendu la collecte des données anamnestiques difficile ainsi que la prise en charge.
- § Considérations financières.

5. Apport et perspectives de l'étude

Cette expérience de psychiatrie de liaison étalée sur quatre ans, considérée la première au Maroc, est d'un intérêt clinique et thérapeutique énorme. L'intervention psychiatrique auprès des patients hospitalisés dans les services médico-chirurgicaux a permis :

- § L'intégration des soins psychiatriques aux services de l'hôpital général.
- § la sensibilisation des somaticiens à l'apport de psychiatrie de liaison.
- § L'amélioration de l'image de la psychiatrie auprès des praticiens.

Dans l'objectif d'entretenir et de développer notre expérience de psychiatrie de liaison à Fès, nos perspectives à court et moyen terme se situent sur diverses actions :

- Ø L'instauration d'une unité de psychiatrie de liaison au sein de CHU de Fès.
- Ø Le développement d'une activité de psychiatrie de liaison en plein temps est envisagé pour cette année.

- Ø Le projet d'un cursus de résidanat en psychiatrie de liaison (durée de 3 mois) est en cours d'étude, et sera mis en place très prochainement.
- Ø La sensibilisation des médecins et des infirmiers du CHU Hassan II à l'intérêt de la psychiatrie de liaison, à travers des assises et des rencontres scientifiques.
- Ø L'implication des étudiants en médecine dans les consultations de la psychiatrie de liaison.
- Ø L'amélioration de l'image de la psychiatrie auprès du grand public.

CONCLUSION

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

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

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

RESUME

La psychiatrie de liaison s'occupe des troubles psychiatriques se manifestant chez les patients des autres disciplines médicales, et s'inscrit dans une approche globale du patient selon un modèle biopsychosocial. Elle concerne les patients hospitalisés à temps plein aux services médico-chirurgicaux, mais aussi les patients admis aux hôpitaux de jour des spécialités et aux urgences.

Le but de notre étude est d'étudier la prévalence et la nature des troubles psychiatriques rencontrés lors des activités de psychiatrie de liaison et d'identifier les services les plus demandeurs ainsi que les motifs les plus fréquents.

Il s'agit d'une étude transversale étalée sur une période de 48 mois allant du janvier 2010 au janvier 2014, portant sur 424 demandes d'avis psychiatriques provenant des différents services médico-chirurgicaux du CHU de Fès. L'avis psychiatrique est réalisé en se basant sur un entretien psychiatrique. Les données sont recueillies à l'aide d'un hétéro-questionnaire comprenant 24 items remplis par un psychiatre. Après un examen psychiatrique initial, un suivi est proposé au patient au sein de service de psychiatrie lorsqu'un trouble psychiatrique catégorisé a été identifié.

Durant la période d'étude 24 services du CHU avaient demandé un avis psychiatrique, les services les plus demandeurs d'avis étaient la dermatologie (18,4%), la réanimation (12%) et la néphrologie (10,8 %). Les motifs les plus fréquents de demande d'avis psychiatrique étaient l'évaluation d'une tentative de suicide (17.5%), les symptômes dépressifs (16.5%), et l'agitation psychomotrice (16.3%). Les troubles dépressifs (42%) et les troubles anxieux (9%) étaient les diagnostics les plus fréquemment portés. La prise en charge psychiatrique était basée essentiellement sur un traitement pharmacologique dans 43 % des cas et l'évolution était favorable dans 70% des cas.

Cette étude descriptive a permis de constater une prévalence importante de troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés dans les différents services médicochirurgicaux de notre CHU de Fès, justifiant la nécessité de créer une unité de psychiatrie de liaison afin de pouvoir mieux répondre aux demandes de soins et de faciliter le suivi des patients.

Abstract

Liaison psychiatry is a discipline caring for psychiatric disorders in patients of general hospitals, and is part of a comprehensive approach to patient according to biopsychosocial model. The liaison psychiatry supports patients hospitalized for full-time in medical and surgical departments, patients admitted in day-hospital and patients treated in the emergency department.

The goal of this work was to evaluate the prevalence of psychiatric disorders managed by liaison psychiatry, identify those requiring medical and surgical departments of such psychiatric support, and classify the motivations involved in their needs.

This transversal study was initiated in January 2010 and has lasted 48 months. The study recruited 424 patients requiring psychiatric consultation from different medical and surgical departments at the University Hospital in Fes, Morocco. The psychiatric assessment was based on a psychiatric interview using the MINI. The data were collected by a certified psychiatrist using a questionnaire containing 24 items. After initial psychiatric assessment, the follow-up was proposed to the patient in the psychiatric department.

During this study, 24 medical and surgical departments of our University Hospital had requested a psychiatric assessment for their patients. Most demands were respectively emitted by the Department of Dermatology (18.6%), resuscitation (12%), and Nephrology (10.8%). The most common motivations for psychiatric consultations were respectively evaluating of suicide attempts (17.5%), depressive symptoms (16.5 %), and psychomotor agitation (16.3 %). Depressive and anxiety disorders were the most diagnosed disorders with 42% and 9% respectively. The psychiatric support was based on pharmacological treatment in 43% of cases. Finally, the outcome was favourable in 70% of followed cases.

Hospitalized patients in different medical and surgical departments of the University Hospital of Fez have demonstrated a high prevalence of psychiatric disorders. This constitutes a very strong motivation to setup a department of liaison psychiatry. This would allow a better psychiatric support and follow-up of patients.

ملخص

يهتم أطباء الأنف والأذن والحنجرة بالاضطرابات النفسية التي تظهر عند مرضى التخصص لطببة الأذن، ويندرج في إطاره تقديم الرعاية للمرضى حسب نموذجهما لوجي نفسي اجتماعي. ويعنى بهما المرضى الخضعون للاستشفاء والوقت الفاصل بين الحالتين المرضيتين، كما يعنى بهما المرضى الذين يزورون مستشفى اليوم لمختلف التخصصات وصالح الاستعدادات.

تهتم هذه الدراسة بالدراسة من انتشار الاضطرابات النفسية التي يتم تشخيصها ثغراء أو أثناء أنشطة الأطباء الأنف والأذن والحنجرة لتحديد طبيعتها ذاتها وتحديد معاييرها لاحتياجاتها لتتناسب مع ذلك النوع من التدخلات لكل أكوودو الفعالة بالأكثر شيوعاً.

يتبع في الأورب دراسة مستمرة ممتدة إلى مدة 48 شهراً ابتداءً من يناير 2010 إلى غاية يناير 2014، وتهم 424 بالذرة أطباء الأنف من مدن مختلفات لصحة لطوبيلة لمرضى اذنية لمستشفى لجامعي الحد لثاني بفل. ويتم تحديد الاختصاصات لمرضى اعتماداً على قابلية نفسية. أما المعطيات فيتم تجميعها بواسطة استمارة موزعة على 24 محوراً يقوم بتحويلها إلى طبيب نفسي. وبعد فحص نفسي بدني، تُقترح على المرضى متابعة في وحدة أطباء الأنف عندما يتم هذه تشخيص ططرب نفسي من فئة معينة.

وقد قامت خلال مدة الدراسة 24 وحدة بطببة لمرضى الأنف، وتأتي في مقدمتها وحدة طب الأذن (18,4%) متبوعة بوحدة وحدة الإنعاش (12%) ثم وحدة طب الكلى (10,8%). أما ما وافق كامنة وراء طلب لمرضى في مقدمتها فيجب إجراء التحليل (17,5%) متبوعة بالأعراض الكائنات بية (16,3%) والتهاب الأنف الحركي (16,5%). وتعد الاضطرابات الكائنات بية (42%) والاضطرابات العقلية (9%) الأكثر تشخيصاً كشيوعاً لمرضى ثانياً على علاجها اعتماداً في 43% من الحالات على الأدوية. كان لتطور إيجابياً في 70% من الحالات.

وقد كانت هذه الدراسة لوصفية من رصد انتشار مهم للاضطرابات النفسية عند المرضى الخضعين للاستشفاء في مختلف التخصصات لصحة لطوبيلة لمرضى اذنية في مستشفى لجامعي بفل وهو ما يبرر ضرورة تحديد وحدة خصيصاً لأطباء الأنف والأذن والحنجرة لاجل الاستجابة بالمرضى لمرضى علاج وتسهيل متابعة المرضى.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Büchia S, Berneyb A, Kurt H. La psychiatrie de consultation et de liaison en Suisse, aujourd'hui et demain. Bulletin des médecins suisses 2010;91: 4.
- 2- Spadone C. Psychiatrie de liaison : quelle psychiatrie pour quelles liaisons? Annales Médico-Psychologiques 168 (2010) ; 205-209.
- 3- Consoli SM. Psychiatrie de liaison. In: Senon JL, Sechter D, Richard D, editors. Thérapeutique Psychiatrique. Paris: Hermann; 1995.
- 4- Mechri A. ; Khammouma S. Description de l'activité de psychiatrie de liaison au Centre Hospitalo-universitaire de Monastir. Revue française de psychiatrie et de psychologie 2003, vol. 7, no68, pp. 29-34.
- 5- Zumbrennen R. Psychiatrie de liaison. Paris : Masson, 230 p. 1992.
- 6- Pélicier N. À propos de la psychiatrie de liaison en oncologie. Annales Médico Psychologiques 165 (2007) 136-140.
- 7- Desombres H, Malvy J, Wiss M. La pédopsychiatrie de liaison. Organisation et missions. Rapport de psychiatrie. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris: Masson; 2004.
- 8- Consoli SM. Psychiatrie à l'hôpital général. EMC, Psychiatrie Paris: Elsevier; 1998 37-958-A- 10 p.11.
- 9- Guillibert E, Granger B, Tellier G, Breton JJ, Schmitt L. Psychiatrie de liaison ; rapport d'assistance. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Montréal, 1989 ; Paris : Masson, 349 p. 1990
- 10- Collas-guitteny.M. Réflexion sur la place et l'organisation de la psychiatrie de liaison dans deux CHU à partir de l'utilisation d'Intermed, outil d'évaluation biopsychosocial. Thèse, 2004. Université de Nantes.
- 11- Lipowski Z J. Consultation de psychiatrie et médecine psychosomatique à l'hôpital général. Revue de Medecine Psychosomatique; 1969 vol 11, n°1-2, p. 31-55.

- 12- VULSER H. la psychiatrie de liaison : Définition, historique, objectifs, organisation et principes de fonctionnement. Exemples d'interventions de la psychiatrie à l'hôpital général et spécificités. Sujet de mémoire. Université de Nantes 2009.
- 13- UEMS European Board of Psychiatry. Report on the European Board of Psychiatry: Consultation Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine in the European Union. [Http:// www. uemspychiatry.org/reports/2009-Oct-CL%20 Psychiatry %20in% 20Europe.pdf](http://www.uemspychiatry.org/reports/2009-Oct-CL%20Psychiatry%20in%20Europe.pdf). 2009
- 14- Gitlin DF, Levenson JL, Lyketsos CG. Psychosomatic medicine: a new psychiatric subspecialty. *Acad Psychiatry*. 2004; 28(1):4-11.
- 15- American Board of Psychiatry and Neurology. Certification; www.abpn.com/certification/certificates.html.
- 16- Lloyd GG, Mayou RA. Liaison psychiatry or psychological medicine? *Br J Psychiatry* 2003;183:5-7.
- 17- Caduff F, Georgescu D. Swiss Society of Consultation-Liaison Psychiatry. Current status of consultation-liaison psychiatry in Switzerland. *J Psychosom Res* 2004;56:562.
- 18- Consoli SM, Lacour M. Place et spécificité de la psychiatrie au sein de la médecine. *Le livre blanc de la fédération française de psychiatrie*;2002;6p.
- 19- Bretenoux I, Guillibet E. Quel avenir pour la psychiatrie de liaison ? *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*. Janvier 2000, n°34 ; pp 31-34.
- 20- Kornfeld DS. Consultation-liaison psychiatry: contributions to medical practice. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1964-72.
- 21- Chocard A.S, Malka J. Psychiatrie de liaison : Quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison ? *Annales Médico psychologiques* 163 (2005) 691-696.

- 22- Garré JB. Psychiatrie de liaison. Introduction. Ann Psychiatr 1997;12:5-7.
- 23- Collet Y. Équipe de secteur psychiatrique mobile pluridisciplinaire de psychiatrie de liaison. Nervure 2000:31-2 (Tome XIII).
- 24- LIPOWKI Z-J. Consultation-liaison psychiatry: an overview. Am J Psychiatry. 1974; n°131; p623-630.
- 25- Zumbrunnen R .Une passerelle utile entre médecine « somatique » et psychiatrie. Psychologie médicale, 1994 ; vol 26, n°9, p. 923-926
- 26- Gal B, Moro MR. Intérêts et limites de la psychiatrie de liaison. Santé Mentale, 2005 .n°98, p. 38-43.
- 27- BESANCON.G, VENISSE J-L. Préambule ; Guide du psychiatre de liaison, Zenith service. Laboratoires Pfizer, 2004, pp 1-4.
- 28- Cremades S ; Le psychiatre de liaison : un interprète qui joue sa théorie ; Annales médico psychologiques, 2005 ; vol 163, n°7, p. 604-606
- 29- ALLILAIRE Jean-François Service de Psychiatrie de l'Adulte Bâtiment Philippe Chaslin LA SALPETRIERE.
<http://www.chups.jussieu.fr/polys/nivA/PsyNivA.html>
- 30- Lapeyronnie B, 1/09/05, <http://www.techniquespsychotherapiques.org/Pratiques/soutien.html>
- 31- American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ,4^{ème} édition. Traduction française par Guelfi JD et al. Paris : Masson, 1996.
- 32- Roos C. Prise en charge de la souffrance psychique au cours d'une affection somatique. Mémoire de spécialisation en psychiatrie. Nancy 2006.
- 33- Dehen, C. Taieb, E. Myon, L. Dubertret. Symptomatologie dépressive et dermatoses. Annales de Dermatologie et de Vénérologie, Volume 133, Issue 2, February 2006, Pages 125-129.

- 34- Bouguéon K., Misery L. Dépression et psoriasis. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, Volume 135, Supplement 4, February 2008, Pages 254-258.
- 35- Belhadjali, M. Amri, A. Mecheri, A. Doarika, H. Khorchani, M. Youssef, L. Gaha, J. Zili. Vitiligo et qualité de vie : étude cas-témoins. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, Volume 134, Issue 3, Part 1, March 2007, Pages 233-236.
- 36- Consoli S.G., Chastaing M., Misery L. Psychiatrie et dermatologie. *Encyclopédie MédicoChirurgicale de dermatologie* 98-874-A-10.
- 37- Martin P, Gérard W, Peter V, et Al. Santé mentale et maladies cardiovasculaires : association fortuite ? *Rev Med Suisse* 2011;7:2127-2129.
- 38- Hardy- Baylé M.C., Hardy P. Enseignement de la psychiatrie. 2003 : 2^{ème} édition, 200-201.
- 39- Hewitt M, Rowland JH. Mental health service use among adultcancer survivors : analyses of the National Health Interview Survey. *J Clin Oncol* 2002 ; 20 : 4581-4590.
- 40- Raison CL, Miller AH. Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Biol Psychiatry* 2003 ; 54 : 283-294.
- 41- Evans DL, Charney DS, Lewis L et al. Mood disorders in the medically ill : scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry* 2005 ; 58 : 175-189.
- 42- Etiologies organiques de troubles psychiatriques.
http://www.esculape.com/psychiatrie /psychiatre_organique.
- 43- Robert G, Ricardo E, David J. Escitalopram et psychothérapie de résolution des problèmes dans la prévention des dépressions après un accident vasculaire cérébral. *JAMA*, 2008—Vol 299, No. 20
- 44- Robinson RG, Kobos LB, Rao K, et al. Mood changes in strokepatients: relationship to lesion location. *Comprehens Psychiatry* 1983;24:555-6.
- 45- Starkstein SE, Fedoroff P, Bertier ML, et al. Manic-depressive and pure manic states after brain lesion. *Biol Psychiatry* 1991;29:143-58.

- 46- Nubukpo p, Clément J-P, Preux P-M. Conséquences psychopathologiques de l'épilepsie à partir de l'analyse de 10 observations. *Annales Médico Psychologiques* 161 (2003) 272-282.
- 47- Mayeux R, Stern Y, Rosen NJ, Leventhal J. Depression, intellectual impairment and Parkinson's disease. *Neurology* 1981; 31: 645-650.
- 48- Fénelon G.,Mahieux F.,Huon R., Ziegler M. Hallucinations in Parkinson's disease: prevalence, phenomenology and risk factors. *Brain* 2000 ; 123 : 733-745.
- 49- Camus V, Schmitt L. Manifestations psychiatriques des tumeurs cérébrales, approche clinique et thérapeutiques. EMC (Elsevier Paris) Psychiatrie,37-545-A-16 Neurologie 17-064-U-12,2000,3p.
- 50- Nathalie G,Catherine B, Luc M. Troubles psychiques dans les maladies de système. EMC psychiatrie, 2003 ; 37:670-A-50.
- 51- Warrington TP, Bostwick JM. Psychiatric adverse effects of corticosteroids. *Mayo Clin Proc* 2006;81: 1361-7.
- 52- Keenan PA, Jacobson MW, Soleymani RM, et al. The effect on memory of chronic prednisone treatment in patients with systemic disease. *Neurology* 1996;47: 1396-402.
- 53- Lupien SJ, McEwen BS. The acute effects of corticosteroids on cognition: Integration of animal and human model studies. *Brain Res Brain Res Rev* 1997; 24:1-27.
- 54- Rome HP, Braceland FJ .The psychological response to ACTH, cortisone, hydrocortisone, and related steroid substances. *Am J Psychiatry.* 1952; 108:641-651.
- 55- Thomas P. Warrington, MD and J. Michael Bostwick, MD. Psychiatric Adverse Effects of Corticosteroids. *Mayo Clinic Proceedings* October 2006 vol. 81 no. 10 1361-1367.

- 56- Barrimi M. Les troubles psychiatriques iatrogènes aux corticoïdes (Etude longitudinale prospective sur 12 mois). Thèse de doctorat en médecine n° : 85-10. Fès : Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, 2010.
- 57- Viatte G-S. Waeber P. Vollenweider. Effets secondaires méconnus des glucocorticoïdes : prévention et traitement spécifiques requis ? Revue Médicale Suisse 2007, vol 3 Numéro : 131.
- 58- Djibo A & Lawan A. Troubles du comportement après prise d'isoniazide. Bull Soc Pathol Exot, 2001, 94, 2, 112-114.
- 59- Perriot J, Chambonnet É, Eschalier A. Les effets indésirables des antituberculeux ; prise en charge. Revue des Maladies Respiratoires ; Mars 2011 ; 28, 542-555.
- 60- Vidal 2010. Le Dictionnaire. Paris: éditions du Vidal; 2010.
- 61- Gourevitch R, Blanchet B, El-Kissi Y, Baup N, Deguillaume A-M, Gury C, Galinowski A. Effets secondaires psychiatriques des médicaments non psychotropes. EMC-Psychiatrie 2 (2005) 340-365.
- 62- AFSSAPS. Mise au point - Évaluation et prise en charge des troubles psychiatriques chez les patients adultes infectés par le virus de l'hépatite C et traités par (peg) interféron alfa et ribavirine. Mai 2008.
- 63- De Stoppeleire C, et al. Troubles psychiatriques associés à l'hépatite C et à son traitement par l'interféron alpha : revue de la littérature. Annales Médico Psychologiques 164 (2006) 201-206.
- 64- Debien C et al. Interferon alpha et troubles psychiatriques. L'encéphale, 2001; XXVII : 308-17.
- 65- Janssen HLA, Brouwer JT, van der Mast RC, Schalm SW. Suicide associated with alfa-interferon therapy for chronic viral hepatitis. J Hepatol 1994; 21: 241-43.

- 66- Fattovich G, Giustina G, Favarato S, Ruol A. A survey of adverse events in 11242 patients with chronic viral hepatitis treated with alfa interferon. *J Hepatol* 1996; 24:38-47.
- 67- Macquart-Moulin G, et al. Concomitant chemoradiotherapy for patients with nonmetastatic breast carcinoma : side effects, quality of life, and organization. *Cancer* 1999 ; 85 : 2190-9.
- 68- Auroy L, Eisinger F, Reynier C-J. Connaître et prendre en charge les effets secondaires psychologiques des chimiothérapies anticancéreuses. *Bulletin du Cancer* volume 87, n° 6, 463-7, Juin 2000, Synthèses
- 69- Vandebossche S, Fery P, Razavi D. Altérations cognitives et cancer du sein : une revue critique de la littérature. *Bulletin du Cancer*, volume 96, n° 2, février 2009.
- 70- Aronson JK. Side effects of drugs annual 24. A worldwide yearly survey of new data and trends in adverse drugs reactions. Amsterdam: Elsevier; 2001.
- 71- Cuzin L, Marchou B, Trille J.A, Auvergnat J.Ch. Effets secondaires psychiatriques des fluoroquinolones. *Méd Mal Infect.* 1995; 25, 858-861.
- 72- Clunie M, Crone LA, Klassen L, Yip R. Psychiatric side effects of indomethacin in parturients. *Can J Anaesth* 2003; 50:586-8.
- 73- ADRAC. Tramadol: four years'experience. *Aust Adv Drug React Bull* 2003; 22:2.
- 74- Meseguer Ruiz VA, Navarro Lopez V. Auditive and visual hallucinations secondary to tramadol administration. *An Med Interna* 2003; 20:493.
- 75- Benitez del Rosario MA, Feria M, Monton Alvarez FI. Hallucinations in an elderly cancer patient: opioid neurotoxic dementia with Lewy bodies? *Palliat Med* 2002; 16:71-2.
- 76- Defromont L, Portenart C, Couvez A. Les effets secondaires psychiatriques des anti-inflammatoires non stéroïdiens. *Encéphale* 1999; 25:11-5.

- 77- Holland J. Psychosocial distress in the patient with cancer: standards of care and treatment guidelines. *Oncology* 2000; 15: 19-24.
- 78- Relise B, Pukrep R. Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies patient education counseling. 2003 Juin ; 50 (2) 170-186.
- 79- Abgrall-barbry G. Actualité en psycho-oncologie. *L'Encéphale* (2008) Hors-série 3, S41 S44.
- 80- Hem E., Loge J., Haldorsen T., Ekeberg O. Suicide risk in patients from 1960 to 1999. *Journal of Clinical Oncology*, 2004, Vol. 22 (20), 4209-16.
- 81- O'Mahony S et al, Desire for Hastened Death, Cancer Pain and Depression: Report of a Longitudinal Observational Study .*Journal of Pain Symptom Management*. 2005 May; 29 (5): 446-457.
- 82- Saltel P. Psycho-oncologie : méthodes, outils. *Cancer Radioth* 2002; 6 (supp 1) 207-13.
- 83- M.Wiss , P. Lenoir, J. Malvy. La pédopsychiatrie de consultation-liaison intrahospitalière : étude prospective sur 215 interventions. *Archives de pédiatrie* 2004; 11: 4-12.
- 84- Lenoir P, Hameury L, Wiss M. La psychiatrie de consultation-liaison en pédiatrie. *Revue de Méd de Tours* 2000;34:148-58.
- 85- Philippe D, Chocard A.S, Malka J et al. *Pédopsychiatrie de liaison* . Elsevier Masson S.A.S.2011.
- 86- Lenoir.P, Maloy .J, Desombre.H et al ; La psychiatrie de liaison en pédiatrie : ressources et contraintes d'une collaboration interdisciplinaire. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2009 ; 57, 75-84.
- 87- Joussetme.C. Psychiatrie de liaison en pédiatrie : entre corps, affects et pensée ; *Archives de pédiatrie* 11 (2004) 1-3.

- 88- National Collaborating Centre for Mental Health. The nice guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. Great Britain: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists 2010.
- 89- American Psychiatric Association. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Compendium 2006. American Psychiatric Pub 2006.
- 90- Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä S-L, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol* 2002; 55 : 809-17.
- 91- Jörgensen T, Johansson S, Kennerfalk A, Wallander MA, Svärdsudd K. Prescription drug use, diagnoses, and healthcare utilization among the elderly. *Ann Pharmacother* 2001;35: 1004-9.
- 92- Pramyothin P, Khaodhiar L. Metabolic syndrome with the atypical antipsychotics. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2010; 17: 460-6.
- 93- Ebenbichler CF, Laimer M, Eder U, Mangweth B, Weiss E, Hofer A, et al. Olanzapine induces insulin resistance: results from a prospective study. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 : 1436-9.
- 94- Buckley NA, Dawson AH, Whyte IM, O'Connell DL. Relative toxicity of benzodiazepines in overdose. *BMJ* 1995; 310: 219-21.
- 95- Sandson NB, Armstrong SC, Cozza KL. An overview of psychotropic drug-drug interactions. *Psychosomatics* 2005; 46 : 464- 94.
- 96- Cozza KL, Armstrong SC, Oesterheld JR. Concise guide to the cytochrome P450 system: drug interaction principles for medical practice. American Psychiatric Pub 2001.

- 97- Olivier B, Joëlle M, Gilles G. Prescription et surveillance des psychotropes. Synthèse clinique et thérapeutique *DCEM 4*, faculté de Médecine de Marseille 2005.
- 98- Wenzel-Seifert K, Wittmann M, Haen E. QTc prolongation by psychotropic drugs and the risk of Torsade de Pointes. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108 : 687-93.
- 99- Keller GA, Ponte ML, Di Girolamo G. Other drugs acting on nervous system associated -with QT-interval prolongation. *Curr Drug Saf* 2010; 5: 105-11.
- 100- Beyenburg S, Schönegger K. Severe bradycardia in a stroke patient caused by a single low dose of escitalopram. *Eur Neurol* 2007; 57: 50-1.
- 101- Venkatarathnamma PN, Patil AR, Nanjundaiah N. Fatal lithium toxicity with therapeutic levels-a case report. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2011; 49 : 336-8.
- 102- Taylor D, Paton C, Kapur S. *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*. John Wiley & Sons 2012.
- 103- Sedky K, Nazir R, Joshi A, Kaur G, Lippmann S. Which psychotropic medications induce hepatotoxicity? *Gen Hosp Psychiatry* 2012; 34 : 53-61.
- 104- Cohen LM, Tessier EG, Germain MJ, Levy NB. Update on psychotropic medication use in renal disease. *Psychosomatics* 2004; 45 : 34-48.
- 105- Scher CS, Anwar M. The self-reporting of psychiatric medications in patients scheduled for elective surgery. *J Clin Anesth* 1999; 11: 619-21.
- 106- Loke YK, Trivedi AN, Singh S. Metaanalysis: gastrointestinal bleeding due to interaction between selective serotonin uptake inhibitors and non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 27 : 31-40.
- 107- Andrade C, Sandarsh S, Chethan KB, Nagesh KS. Serotonin reuptake inhibitor antidepressants and abnormal bleeding: a review for clinicians and a reconsideration of mechanisms. *J Clin Psychiatry* 2010; 71 :1565-75.
- 108- MacHale S. Managing depression in physical illness. *APT* 2002; 8: 297-305.

- 109- Levenson JL. Essentials of Psychosomatic Medicine. American Psychiatric Pub 2007.
- 110- Buffett-Jerrott SE, Stewart SH. Cognitive and sedative effects of benzodiazepine use. *Curr Pharm Des* 2002; 8: 45-58.
- 111- Pariente A, Dartigues J-F, Benichou J, Letenneur L, Moore N, Fourrier-Réglat A. Benzodiazepines and injurious falls in community dwelling elders. *Drugs Aging* 2008; 25: 61-70.
- 112- Oyesanmi O, Kunkel EJ, Monti DA, Field HL. Hematologic side effects of psychotropics. *Psychosomatics* 1999; 40: 414-21.
- 113- Marra D, Allilaire JF, Piette JC. Les unités médico-psychiatriques : un concept à développer. *Rev Med Interne* 2003;24:279-81
- 114- Mine Ö. An evaluation of the development of consultation liaison psychiatry in the istanbul faculty of medicine:psychiatric consultations in 14 years. *Istanbul Tip Fakültesi Dergisi Cilt*, 2005; volume: 68, number 4.
- 115- Dilts SL Jr, Mann N, Dilts JG. Accuracy of referring psychiatric diagnosis on a consultation-liaison service. *Psychosomatics* 2003; 44:407-11.
- 116- Rothenhäusler HB, Stepan A, Kreiner B et al. Patterns of psychiatric consultation in an Austrian tertiary care center - results of a systematic analysis of 3307 referrals over 2 years. *PsychiatrDanub*. 2008; 20(3): 301-9.
- 117- Kishi Y, Meller WH, Kato M et al. A comparison of psychiatric consultation liaison services between hospitals in the United States and Japan. *Psychosomatics*. 2007; 48(6):517-522.
- 118- Salvador B,Vista D,Carlo P et al. The utilisation pattern of psychiatric consultation services at the University of the Philippines. *Acta medica philippina* 2010 vol44n°3.

- 119- Singh PM, Vaidya L, Shrestha DM et al. Consultation liaison psychiatry at Nepal Medical College and Teaching Hospital. *Nepal Med Coll J* 2009; 11(4): 272-274.
- 120- Su JA, Chou SY, Chang CJ et al. Changes in Consultation-liaison Psychiatry in the First Five Years of Opearation of A Newly-opened Hospital. *Chang Gung Med J* 2010; 33: 292-299.
- 121- Clumeck N, Kempenaers C, Pardoën D. Les patients évalués en psychiatrie de liaison dans un centre hospitalier universitaire : Qui ? Combien ? Pourquoi ? *Acta psychiatrica Belgica* 2007; 107 (2): 9-15.
- 122- Yaser R. Timing of Referral to Consultation-Liaison Psychiatry. *International Journal of Health Sciences*, Qassim University, 2009. Vol. 3, No.2.
- 123- Cottencin O. Dépressions sévères: comorbidités somatiques. *L'Encéphale* 2009; 35: S272-8.
- 124- Liu CY, Chen CY, Cheng AT. Mental illness in a general hospital's family medicine clinic in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58:544-50.
- 125- Gadalla T, Ph.D. Association des troubles de l'humeur concomitants et des maladies chroniques avec l'incapacité et la qualité de vie en Ontario, Canada. *Maladies chroniques au Canada* Vol 28, No 4, 2008
- 126- Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KR, Nemeroff CB, Bremner JD, Carney RM, et al. Mood disorders in the medically ill: Scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry*. 2005; 58:175-189.
- 127- Casey DE. Metabolic issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders. *Am J Med* 2005; 118:15S-22S.
- 128- Popescu FD, Udristoiu I, Popescu F et al. Management of psychiatric adverse effects induced by systemic glucocorticosteroids. *ROM J Psychopharmacol* 2008; 8: 126-139.

- 129- Grant JE, Meller W, Urevig B. Changes in psychiatric consultations over ten years. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23:261-5.
- 130- Rothenhausler HB, Ehrentraut S, Kapfhammer HP. Changes in patterns of psychiatric referral in a German general hospital: results of a comparison of two 1-year surveys 8 years apart. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23:205-14.
- 131- Shimoda H, Kawakami N, Tsuchiya M. Epidemiology of psychiatric disorders among medically ill patients. *Nihon Rinsho*. 2012; 70(1):7-13.

ANNEXES

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

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

Pour tout avis psychiatrique contacter ce N° :

06.10.15.14.95

Annexe n°2 : Fiche d'exploitation de l'étude

Fiche d'exploitation

Activité du service de psychiatrie au sein du CHU Hassan II Fès .

l'avis:.....

Service demandeur..... Médecin :

Nom du patient:.....Prénom:.....

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

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

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

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

TYPE :.....

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

TYPE:.....

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

TYPE:.....

Pathologie organique :.....

Examen complémentaires :

Biologiques:.....

Radiologiques:.....

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

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

Pathologie psychiatrique :.....

Prise en charge psychiatrique :.....

Évolution : A un mois :.....

A trois mois :.....

A six mois :.....