

Année : 2022

N : MS 197/22

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDE

Intitulé

PSYCHIATRIE DE LIAISON (CONSULTATION-LIAISON
PSYCHIATRY) :
EXPERIENCE DU SERVICE DE PSYCHIATRIE DE
L'HOPITAL MILITAIRE DE RABAT

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME NATIONAL DE SPECIALITE

Option : PSYCHIATRIE

Travail élaboré par :

Docteur NZAMBA NZAMBA Davy

Sous la direction du :

Professeur KADIRI Mohamed



REMERCIEMENTS

A mon Maître,

Mr le Directeur de l'UPR,

Le Pr Abderrazzak OUANASS,

Merci beaucoup pour la qualité des conseils et de la formation que vous nous avez fournis.

Votre disponibilité, votre sens du partage et votre curiosité nous ont impressionnés et nous ont encouragés à faire de notre mieux,

Cher Maître, vous êtes un excellent modèle, que ce soit en raison de vos excellentes compétences professionnelles ou de vos qualités humanistes. Cher Maître, veuillez trouver ici le témoignage de mon respect et de mon admiration.

A mon Maître,

Pr Mohamed KADIRI

Merci pour la qualité de votre encadrement et pour la bienveillance et l'humilité que vous avez trouvées lors de vos ateliers d'enseignement et de formation avec vous.

L'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner toute notre admiration et notre sincère gratitude pour le temps investi.

J'ai eu la chance de travailler avec votre équipe. J'ai apprécié grandement vos efforts pour nous offrir une formation de qualité et votre sens de la discipline et de la pédagogie qui permettent d'améliorer la prise en charge des patients et la qualité des soins prodigués au sein d'une structure dédiée à la psychiatrie appliquée aux armées.

Cher Maître, ne manquez pas de trouver ici le témoignage de mon respect le plus sincère et ma sincère gratitude pour vos qualités humanistes.

A mon Maître,

Mr le Directeur de l'Hôpital Psychiatrique Ar-Razi,

Le Pr Jallal TOUFIQ,

*J'apprécie grandement vos efforts pour nous offrir une formation de qualité, et vos efforts
inlassables qui permettent d'améliorer la prise en charge des patients et la qualité des soins
prodigués dans nos hôpitaux,*

Cher Maître, ne manquez pas de trouver ici le témoignage de mon respect le plus sincère..

A mon Maître,

Mr le Pr Hassan KISRA,

*J'apprécie sincèrement l'encadrement et la formation de haute qualité que vous nous avez
fournis.*

*Pour nous, vous avez toujours été un exemple de rigueur et de professionnalisme basé sur un
sens éthique élevé. Votre dévouement à la pédopsychiatrie et le travail que vous avez
accompli au fil des ans est un exemple qui nous incitera à rester fidèles à nos aspirations
professionnelles.*

Cher Maître, permettez-moi de vous exprimer mon respect et mes sincères remerciements.

A mon Maître,

Mme le Pr Fatima EL OMARI,

Merci pour votre gentillesse, vos efforts et votre soutien, cela m'a beaucoup aidé. Par votre dévouement à l'enseignement et à la recherche, vous avez été l'incarnation du sérieux. Votre qualité d'enseignement, votre simplicité et votre passion pour le partage sont mes modèles.

Cher Maître, veuillez accepter ma profonde gratitude et mon respect.

A mon Maître,

Mme le Pr Maria SABIR,

*Nous apprécions la qualité engageante de l'enseignement que vous avez dispensé lors de
notre formation.*

*J'admire vos compétences. Votre amabilité et votre sérieux sont exemplaires et témoignent de
vos grandes qualités humaines et professionnelles.*

La façon dont vous poussez constamment à vous remettre en question m'aide beaucoup.

Veillez accepter mon plus sincère respect

A Mr le Pr Fouad LABOUDI

Vous êtes avec nous depuis le premier jour de notre cours,

*Merci beaucoup pour votre aide, votre écoute, votre disponibilité, votre gentillesse et votre
générosité.*

*J'ai été touchée par la confiance et l'attention que vous m'avez accordées pendant la
formation. Veuillez agréer, cher professeur, mes expressions d'affection les plus respectueuses
et les plus reconnaissantes.*

A Mme le Pr Siham BELBACHIR

Durant nos années d'étude, nous avons eu la chance de vous avoir comme enseignante et dans nos premiers contacts avec la psychiatrie.

Nous vous remercions pour votre disponibilité et la qualité de votre encadrement.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre reconnaissance, notre profond respect et nos sincères remerciements.

*Et à l'ensemble du corps enseignant de l'Unité Pédagogique et de Recherche
(UPR) de psychiatrie, psychologie médicale et d'histoire de la médecine de la
Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat*

*A vous chers Maitre qui œuvrez sans cesse et sans relâche à nous transmettre le savoir et les
valeurs qui définissent notre corps de métier, nous vous remercions pour tous ce que vous
réalisez. Veuillez croire en l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre profond
respect.*



DEDICACES

En mémoire de ma très chère mère et mon père, mes sœurs, mes frères et mes amis.

Merci beaucoup pour vos prières, votre soutien et vos encouragements tout au

long de mon parcours,

A toute ma famille, tous mes proches,

Tout le personnel de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat,

j'ai eu la chance de vous rencontrer lors de ma formation, merci pour votre aide,

A tous mes chers patients,

A mes chers collègues de promotion, les anciens collègues et jeunes collègues qui

nous m'ont soutenu.

ABREVIATIONS

ATCD	Antécédent
BZD	Benzodiazépine
HMIMV	Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat
IRC	Insuffisance rénale chronique
SMN	Syndrome malin des neuroleptiques
TSA	Trouble du spectre autistique
TS	Tentative de suicide
TUS	Trouble de l'usage de substance
TAG	Trouble anxiété généralisée
VDP	Verbalisation de propos délirants
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Liste des Tableau

Tableau 1 : caractéristiques de la population étudiée	14
Tableau 2 : Nature des services médico-chirurgicaux demandeurs d’avis psychiatrique.	16
Tableau 3 : Motif de la demande d’avis psychiatrique	18
Tableau 4 : Répartition des diagnostics retenus.....	19
Tableau 5 : Répartition des psychotropes utilisés.....	21

Liste des Figures

Figure 1 : Répartition des médicaments utilisés	20
Figure 2 : Répartition du devenir des patients et du type d’orientation.....	22
Figure 3 : Contingence entre le service demandeur et le devenir du patient.....	24

Sommaire :

I. INTRODUCTION	1
PARTIE THEORIQUE.....	3
II. GENERALITES	4
1. Historique du concept.....	4
2. Activités de la psychiatrie de liaison.....	5
3. Modèle d'organisation de la psychiatrie de liaison :.....	6
3.1. Modèle centré sur la consultation versus liaison :	6
3.2. Modèle « détaché » versus « attaché »	7
3.3. Le modèle « réactif » versus « proactif » :	7
4. Organisation de l'activité de psychiatrie de liaison au sein du service de psychiatrie de l'HMIMV	7
PARTIE PRATIQUE.....	9
III. Matériels et méthodes	10
1. Matériels :	10
1.1. Présentation de l'étude :.....	10
1.2. Définition de la population étudiée :	10
1.3. Critères d'exclusion :	10
1.4. Critères d'inclusion :.....	10
2. Méthodes :	11
2.1. Paramètres étudiés :	11
2.2. Le recueil des données :.....	12

3. Résultats :	13
3.1. Description de la population étudiée :	13
3.1.1. Critères démographiques :	13
3.1.2. Antécédents	13
3.1.3. L'usage de substance	14
3.1.4. Identité du demandeur.....	15
3.1.5. Services demandeurs.....	15
3.1.6. Motifs de la demande d'avis psychiatrique :	17
3.1.7. Les diagnostics retenus	19
3.1.8. Prise en charge	20
3.1.9. Orientation du patient :	21
3.2. Etude analytique :	22
IV. Discussion	25
V. Conclusion :	32
RESUMES	33
REFERENCES	33



INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La psychiatrie de liaison encore appelé psychiatrie de consultation-liaison (issu de la traduction de l'anglo-saxon (consultation-liaison psychiatry), est une activité globale de psychiatrie au sein d'un centre hospitalier. Elle s'engage pleinement dans la prise en charge bio-psycho-sociale des patients en fournissant un professionnel de soin de santé mental (psychiatre, psychologue, infirmier de psychiatrie), aux des services de soins somatiques non psychiatriques, pour répondre aux problèmes psychiatriques de leurs patients.

Les activités de psychiatrie de liaison touchent non seulement les patients, mais aussi les équipes soignantes et les familles des patients.

Environ un tiers des patients hospitalisés pour un problème de médecine somatique aurait un problème de santé mentale traitable. Pourtant une minorité de ses patients reçoit une évaluation ou des soins de santé mentale au moment opportun [1].

Aux États-Unis, berceau de la psychiatrie de liaison, il s'agit d'une discipline actuellement reconnue comme une surspécialité à part entière, aux côtés de l'addictologie, la pédopsychiatrie, la gérontopsychiatrie, ou la psychiatrie légale [2]. L'Université de Paris et l'Université Paris-Saclay ont lancés un diplôme inter-universitaire (DIU) de « psychiatrie de liaison et de soins somatiques en santé mentale ».

La psychiatrie de liaison poursuit un double objectif : premièrement, promouvoir la santé mentale et prendre en charge les troubles mentaux à l'hôpital général ; deuxièmement, contribuer à créer les conditions d'une prise en charge somatique optimale [3].

Sa finalité est d'offrir aux médecins des services médico-chirurgicaux, exerçant dans les centres hospitaliers généraux, un accès rapide à des professionnels de la santé mentale pour prendre en charge les aspects psychiatriques des patients qu'ils suivent

dans leurs services. Ainsi, permettre aux « non-psychiatres » la possibilité et l'opportunité de s'intéresser à faire le lien entre différentes dimensions du suivi des patients : psychologique, sociale et somatique [4].

Selon R. Zumbrunnen [5], la psychiatrie de liaison, tout en appliquant les compétences psychiatriques à la médecine « somatique », contribue également à soutenir le développement de la psychiatrie dans le domaine médical.

L'objectif de notre travail était d'évaluer les enjeux et les pratiques de la psychiatrie de liaison de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V (HMIMV) en portant une attention particulière à l'organisation réelle et aux différentes interventions au sein de l'hôpital.



PARTIE THEORIQUE

II. GENERALITES

1. Historique du concept

L'histoire de la psychiatrie de liaison s'est mise en route à partir du besoin pour les psychiatres de poursuivre le suivi de leur patient lorsqu'ils étaient hospitalisés dans des services de médecine somatique dans des hôpitaux généraux. Cela a motivé la nécessité de la présence des psychiatres dans les hôpitaux généraux ; ce qui a marqué également une évolution positive pour la pratique psychiatrique. Cette nécessité s'est accrue dès lors les psychiatres ont commencé à s'investir dans la prise en charge des patients des médecins somaticiens qui présentaient des manifestations psychiatriques.

Parallèlement, avec le développement de la médecine psychosomatique, certains psychiatres souhaitaient développer leur approche de la médecine. La présence de psychiatres à l'hôpital général a donc été souhaitée à la fois par les médecins somaticiens (qui sollicitaient une aide pour le traitement de leurs patients) mais aussi par certains psychiatres qui ont souhaité développer cette nouvelle approche de la médecine [5,6].

Sur le plan historique :

En 1902, MOSHER établit la première unité de psychiatrie de liaison à l'Albany Hospital de New York [7].

Puis, sous l'impulsion d'Alan Gregg (Director of Medicine), la Fondation Rockefeller finance la création de cinq unités psychiatriques au sein de l'University General Hospital entre 1931 et 1941 [8].

Une cinquième unité à Denver s'appellera le "Psychiatry Liaison Department" et sera confiée à Billings, qui introduira le terme "liaison psychiatry" dans la littérature en 1939 [9].

Après un passage au Massachusetts General Hospital, Z.-J. En 1959, Lipowski organise le premier service de liaison de consultation à l'Hôpital Royal Victoria de Montréal, Canada. En 1967 et 1968, il publie un article qui peut être considéré comme le texte fondateur de la psychiatrie de liaison actuelle : « Review of Consultative Psychiatry and Psychosomatic Medicine » [9,10].

À partir des années 1970, la psychiatrie de liaison s'est développée en Europe et dans de nombreux autres pays du monde.

En France, le développement de la psychiatrie de liaison s'accompagne de la création de la Société de Psychologie Médicale à Rennes en 1957, rebaptisée Société de Psychologie Médicale et de Psychiatrie de liaison en 1980 [11].

Une riche littérature scientifique s'est également développée, avec des revues spécialisées dans le domaine (General Hospital Psychiatry, International Journal of Psychiatry in Medicine, Journal of Psychosomatic Research, Psychiatric Medicine, Psychosomatics).

2. Activités de la psychiatrie de liaison

L'équipe de psychiatrie assure des activités de psychiatrie de liaison pour les patients hospitalisés dans divers service médicaux et chirurgicaux. Au-delà du dépistage des troubles psychiatriques, ses activités sont variées et se font en concertation avec les équipes soignantes à l'origine de la demande d'avis psychiatrique. Ils se composent de [12] :

- Des prestations cliniques : permettant une évaluation psychiatrique, la recherche d'une cause psychiatrique à des manifestation d'allures psychiatrique chez des patient hospitalisés pour des symptômes organiques, participation à la recherche étiologique des manifestations somatiques atypiques, évaluation d'une situation d'urgence psychiatrique.

- Activités thérapeutiques, Prescription de médicaments psychotropes et leurs critères de surveillance, discussion des indications de psychothérapies, orientation vers l'hospitalisation ou la consultation psychiatrique, prise en charge des problèmes psychologiques liés au vécu subjectif de l'hospitalisation et des difficultés d'adaptation à la maladie, la gestion des difficultés relationnelles entre le patient et les équipes soignantes, la prise en charge des manifestations iatrogènes des traitements des affections organiques et psychiatriques.
- Activités pédagogiques : Soutien aux équipes de médecine somatique et la sensibilisation sur la santé mentale et à l'importance de la relation médecin-patient.
- Interventions à caractère scientifique : publication de travaux de recherche multidisciplinaire.

3. Modèle d'organisation de la psychiatrie de liaison :

L'organisation de l'activité de psychiatrie de liaison est variable. Il est décrit 3 grands modèles organisationnels [13] :

3.1. Modèle centré sur la consultation versus liaison :

Le modèle centré sur la liaison : le professionnel en santé mentale évolue directement au sein du service de soins somatiques, par sa présence régulière, il participe pleinement à toutes les activités clinique et thérapeutiques, au transfert de compétences lors des staff médico-chirurgicaux.

Dans le modèle centré sur la consultation : le professionnel en santé mentale, exerce une activité de consultation au profit de l'équipe de soins somatiques qui le sollicite pour un avis spécialisé.

Ces deux activités justifient l'appellation « *psychiatrie de consultation-liaison* »

3.2. Modèle « détaché » versus « attaché »

Dans le modèle « détaché » : les intervenants en soin de santé mentale sont directement détachés à une unité fonctionnelle de psychiatrie de liaison, elle-même rattachée sur le plan fonctionnel à une structure de santé mentale. Cette organisation centralisée permet une coordination et une supervision de l'offre de soins afin de garantir sa qualité et son adéquation aux besoins.

Dans le modèle « attaché » : les professionnels en soin de santé mentale sont rattachés sur le plan fonctionnel à la structure de soins somatiques dans laquelle ils interviennent. Cette organisation favorise leur intégration au sein de l'équipe et un travail de liaison de qualité.

3.3. Le modèle « réactif » versus « proactif » :

Dans le modèle réactif : les intervenants en soin de santé mentale assurent des consultations non programmées d'évaluation et d'orientation lorsqu'ils sont sollicités. Il se base sur le modèle de la psychiatrie d'urgence.

Dans le modèle proactif : les professionnels en soin de santé mentale, assurent des consultations programmées, notamment préthérapeutiques ou multidisciplinaires, en lien avec des activités spécifiques des services de soins somatiques.

4. Organisation de l'activité de psychiatrie de liaison au sein du service de psychiatrie de l'HMIMV

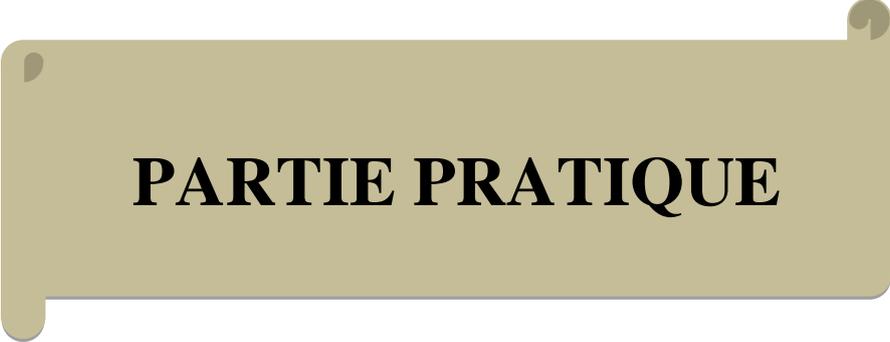
Le service de psychiatrie de l'HMIMV exerce une activité de consultation-liaison, au profit de tous les services de médecine somatique. Les équipes organisées autour d'un psychiatre sénior d'astreinte et d'un résident de psychiatrie, assurent 24h/24 pendant 7j, les activités de psychiatrie de liaison.

Les équipes chargées d'assurer les avis psychiatriques reçoivent les appels des différents services, à travers un numéro spécialement dédié. Les demandes sont évaluées par le médecin sénior. Selon le degré d'urgence et le type de demande, la

consultation relative à la demande sera réalisée par le psychiatre senior accompagné du résident, ou par le résident, sous la supervision du psychiatre sénior.

La consultation est réalisée dans le service demandeur dès lors un avis spécialisé a été demandé. Une des difficultés de la psychiatrie de liaison est de pouvoir réaliser un travail de psychiatrie efficace, dans un environnement non dédié à la psychiatrie et cela tout en respectant la prise en charge des autres professionnels de santé et l'intimité du patient.

Au terme de l'évaluation, la décision de la prise en charge et l'orientation du patient pour un éventuel suivi ultérieur sont prises par le psychiatre sénior, ou par le résident, sous la supervision du psychiatre senior.



PARTIE PRATIQUE

III. Matériels et méthodes

1. Matériels :

1.1. Présentation de l'étude :

Il s'agit d'une étude transversale, évaluant les activités de psychiatrie de liaison du service de psychiatrie de l'HMIMV, au cours d'une période de 4 mois s'étendant de Décembre 2021 à Mars 2022.

1.2. Définition de la population étudiée :

Il s'agit des patients suivis au sein des différents services médico-chirurgicaux de l'HMIMV, ayant bénéficié, d'une consultation de psychiatrie dont la demande pouvait émaner du médecin traitant, de l'équipe soignante, du patient admis dans les services de médecine somatique ou de l'entourage du patient.

1.3. Critères d'exclusion :

Ont été exclus de notre étude :

Les patients, référés au service de psychiatrie, sans qu'un avis ai été directement sollicité par un médecin somaticien ou le patient.

Les patients évacués directement d'une autre structure et admis en consultation ou en hospitalisation de psychiatrie.

1.4. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude

Les patients de tout âge, homme et femme, admis dans un service médico-chirurgical, dont un avis spécialisé de psychiatrie, a été demandé par un médecin somaticien, le patient ou son entourage.

2. Méthodes :

Pour chaque demande de psychiatrie de liaison, nous avons établi un hétéro-questionnaire remplis par le professionnel de santé mental, résident ou psychiatre sénior.

2.1. Paramètres étudiés :

Les caractéristiques sociodémographiques : âge, sexe, situation matrimoniale, lieu de résidence.

Les antécédents (ATCD) psychiatriques, médico-chirurgicaux et des conduites addictives chez les patients vus en psychiatrie de liaison.

Le service ayant demandé l'avis de psychiatrie de liaison regroupés en...

Le demandeur, à l'origine de l'avis sollicité : le patient lui-même, son entourage ou l'équipe soignante.

Le motif de la demande

Le diagnostic retenu à l'issue de la consultation de psychiatrie.

Les attitudes thérapeutiques : prescription de psychotrope, psychothérapie.

L'orientation du patient à l'issue de la consultation : orientation en consultation, admission en hospitalisation, évacuation dans un autre centre psychiatrique.

2.2. Le recueil des données :

Les données ont été collectées et étudiées à l'aide du programme Jamovi version 2.3.12.0.

Concernant les statistiques descriptives :

Les variables quantitatives ont été exprimés en moyenne avec écart-type pour les variables gaussiennes ou médiane avec intervalle interquartile pour les variables asymétriques, et les variables qualitatives en effectif (pourcentage)

Concernant les statistiques analytiques :

Les statistiques analytiques ont été étudié par l'intermédiaire du test de khi deux et le test exact de Fisher si les conditions du premier non pas été remplies

Le seuil de la significativité a été fixé à 5% ($p < 0.05$).

3. Résultats :

Sur une période de 4 mois, allant du mois de Décembre 2021 au mois de Mars 2022, nous avons recensé 106 demandes d'avis psychiatriques, émanant des différents services médico-chirurgicaux de l'HMIMV.

3.1. Description de la population étudiée :

3.1.1. Critères démographiques :

Age

La médiane des âges était de 34 ans, avec des extrêmes allant de 15 ans à 86 ans et correspondant au 25^{ème} percentile et 75^{ème} percentile.

Sexe

Il s'agissait de 70 hommes (66 %) et de 36 femmes (34 %). Il existe donc une prédominance masculine avec un sex ratio à 2.

Situation matrimoniale

Dans notre étude, 54 patients (50,9%) étaient mariés, et 42 (39,6%) étaient des célibataires

3.1.2. Antécédents

Les antécédents psychiatriques les plus représentés étaient la schizophrénie et le trouble dépressif caractérisé, avec respectivement 15 (14,2%) et 14 (13,2%) des patients interrogés. Il s'agissait d'une première rencontre avec la psychiatrie dans 68 % des cas.

Cinquante-quatre (50,9%) des patients avaient des ATCD médico-chirurgicaux, les ATCD les plus retrouvés sont le diabète et l'hypertension artérielle retrouvé chez 4,7% des patients, suivi de virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez 3,8% des

patients, puis l'insuffisance rénale chronique (IRC), l'hypothyroïdie, la sarcoïdose et la maladie de Behçet concernant chacun 2,8% patients.

3.1.3. L'usage de substance

Un trouble de l'usage de substance (TUS) a été retrouvé chez 41,5% des participants. Le tabac était la substance la plus utilisée (41,5%) suivie par le cannabis (23,6 %).

Tableau 1 : caractéristiques de la population étudiée

Caractéristiques	Valeurs
Age*	34 [26,3-51,8]
Sexe ** :	
M	70 (66%)
F	36 (34%)
ATCDs médico-chirurgicaux (oui)	54 (50,9%)
ATCDs psychiatriques :	
Aucun	72 (67,9%)
SCZ	15 (14,2%)
TDC	14 (13,2%)
Usage des substances (oui) :	44 (41,5%)
Tabac	44 (41,5%)
Cannabis	25 (23,6%)
Alcool	22 (20,8%)
Psychotropes (BZD)	4 (3,8%)
Solvants organiques	1 (0,9%)

* : médiane [intervalle interquartile]

** : effectif (pourcentage)

3.1.4. Identité du demandeur

La sollicitation d'un avis psychiatrique a été faite par une équipe soignante dans la quasi-totalité des cas (88,7%), à la demande du patient ou de la famille du patient dans respectivement 6,6% et 4,7% des cas.

3.1.5. Services demandeurs

Durant la période de l'étude, 22 services au sein de l'HMMIV ont sollicité un avis spécialisé de psychiatrie. Les services des urgences (38,7%) et de médecine (37,7 %) étaient les plus demandeurs d'avis psychiatrique. Parmi les services de médecine qui ont le plus sollicité un avis psychiatrique, on retrouve les services de cardiologie 9 (8,5%), de médecine interne 7 (6,6%), de virologie 5 (4,7%), d'hématologie clinique 4 (3,8%), d'oncologie médicale et de gastro-entérologie 3 (2,8%) chacun, dermatologie, pneumologie, rééducation fonctionnelle 2 (1,9%). Parmi les services de chirurgie, le service de chirurgie orthopédiques 7 (6,6%) était le plus demandeur d'avis psychiatriques. (Tableau 2)

**Tableau 2 : Nature des services médico-chirurgicaux demandeurs d'avis
psychiatrique.**

Service demandeur	Valeurs
Urgences	41 (38,7%)
Services de médecine	40 (37,7%)
Cardiologie	9 (8,5%)
Médecine interne	7 (6,6%)
Virologie	5 (4,7%)
Hématologie clinique	4 (3,8%)
Oncologie médicale	3 (2,8%)
Gastro-entérologie	3 (2,8%)
Dermatologie	2 (1,9%)
Pneumologie	2 (1,9%)
Rééducation fonctionnelle	2 (1,9%)
Endocrinologie	1 (0,9%)
Néphrologie	1 (0,9%)
Rhumatologie	1 (0,9%)
Services de chirurgie	18 (17%)
Chirurgie orthopédique	7 (6,6%)
Chirurgie vasculaire	2 (1,9%)
Urologie	2 (1,9%)
ORL	2 (1,9%)
Gynécologie-obstétrique	2 (1,9%)
Neurochirurgie	2 (1,9%)
Chirurgie viscérale	1 (0,9%)
Service des Brulés	6 (5,7%)
Réanimation	1 (0,9%)

3.1.6. Motifs de la demande d'avis psychiatrique :

Les motifs de la demande étaient dominés par **les troubles du sommeil (39,6%)**, suivis de **l'agitation psychomotrice et l'anxiété dans respectivement 26,4%** des cas chacun, **les symptômes dépressifs** comprenant par exemple la tristesse, les crises de pleurs, le ralentissement psychomoteur, le sentiment de désespoir, le repli sur soi **(20,8%)**, les troubles de comportement (17%), parmi les troubles du comportement, l'hétéroagressivité (8,5%) et l'irritabilité (5,7%) étaient les plus retrouvés. **Les plaintes somatiques chez des patients déjà suivi pour des troubles psychiatriques**, dont un avis psychiatrique a été demandé pour une évaluation psychiatrique ou un réajustement de son traitement (16%), la verbalisation de propos délirant (13,2%), **les tentatives de suicide** et l'évaluation psychiatrique d'un patient dont **les plaintes somatiques** dont l'ensemble du bilan somatique clinique et paraclinique est revenu sans orientation précise vers une cause organique (tels que des vomissements incoercibles ou des douleurs rebelles et invalidants) étaient retrouvés dans 11,3% des cas chacun (**Tableau 3**).

Tableau 3 : Motif de la demande d'avis psychiatrique

Motif de la demande de l'intervention de psy de liaison	Valeurs
Troubles du sommeil	42 (39,6%)
Agitation	28 (26,4%)
Verbalisation de propos délirant	14 (13,2%)
Troubles du comportement	18 (17%)
Agressivité	9 (8,5%)
Irritabilité	6 (5,7%)
Automutilation	3 (2,8%)
Mutisme	1 (0,9%)
Tentative de suicide	12 (11,3%)
Anxiété	28 (26,4%)
Symptômes dépressifs	22 (20,8%)
Plainte somatiques/psychiatrie	17 (16%)
Suspicion d'une cause psychiatrique	12 (11,3%)
Confusion	6 (5,7%)
Refus de soins	3 (2,8%)
Trouble de l'usage de substance	4 (3,8%)
Annonce d'un diagnostic	1 (0,9%)
Plaintes de la famille	(0,9%)

3.1.7. Les diagnostics retenus

Les diagnostics de troubles psychiatriques retenus étaient par ordre décroissant : le trouble dépressif caractérisé (20,8%), les troubles psychotiques (18,9%) représentés par la schizophrénie (rechute psychotique, réajustement thérapeutique) et l'écllosion d'un premier accès psychotique, la confusion mentale (5,7%), l'accès maniaque (4,7%), le trouble état de stress aigu (4,7%), le trouble de conversion (2,8%), la démence (1,9%), le syndrome malin des neuroleptiques (SMN) , le trouble anxiété généralisée (TAG), le trouble du spectre autistique (TSA) et le trouble de l'adaptation respectivement retrouvés chez un patient. (Tableau 3)

Chez 39 patients (36,8%) l'évaluation psychiatrique n'a pas permis de retenir le diagnostic d'un trouble psychiatrique.

Tableau 4 : Répartition des diagnostics retenus

Diagnostic retenu	Valeurs
TDC	22 (20,8%)
Troubles psychotiques	20 (18,9%)
Accès maniaque	5 (4,7%)
Confusion mentale	6 (5,7%)
Etat de stress aigu	5 (4,7%)
SMN	1 (0,9%)
Démence	2 (1,9%)
Trouble de conversion	3 (2,8%)
TAG	1 (0,9%)
Trouble de l'adaptation	1 (0,9%)
TSA	1 (0,9%)
Aucun Diagnostic retenu	39 (36,8%)

3.1.8. Prise en charge

La prescription d'un psychotrope a été faite en monothérapie chez 48 (45,3%) patients et une bithérapie chez 41(38,7%) des patients.

Concernant l'usage des psychotropes, de façon globale, nous avons eu recours aux **anxiolytiques (benzodiazépine et hydroxyzine) dans 69,7%** des cas, aux antipsychotiques (sédatifs et antiproductifs) dans 29,2% des cas, aux antidépresseurs dans 21,7 % des cas et aux thymorégulateurs dans 1,9% des cas.

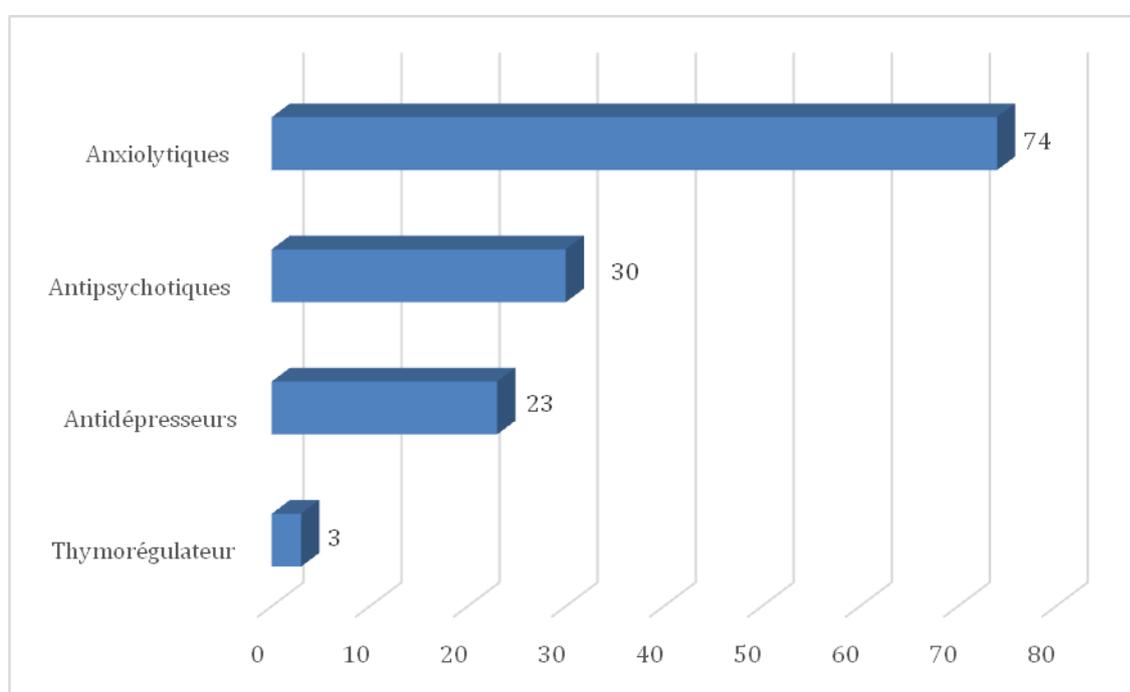


Figure 1 : Répartition des médicaments utilisés

Tableau 5 : Répartition des psychotropes utilisés

Psychotropes	Valeurs
Monothérapie	48 (45,3%)
Anxiolytique	33 (31,1%)
Benzodiazépine	5 (4,7%)
Hydroxyzine	28 (26,4%)
Antipsychotique	11 (10,4%)
Antidépresseur	4 (3,8%)
Bithérapie	41 (38,7%)
Antidépresseur + Anxiolytique	19 (17,9%)
Antipsychotique + Anxiolytique	19 (17,9%)
Thymorégulateur + Anxiolytique	3 (2,8%)
Pas de psychotropes	17 (16%)

88% des patients évalués ont bénéficié d'une psychothérapie (psychothérapie de soutien et psychoéducation).

3.1.9. Orientation du patient :

L'orientation du patient après l'évaluation a été faite vers une prise en charge urgente en milieu psychiatrique a été faite chez 25 patients, réparti comme suit : **50 patients (47,2%) ont été orienté en consultation psychiatrique, 13 patients (12,3%) ont été transféré en unité psychiatrique et 12 patients (11,3%) ont été évacué vers une**

autre structure psychiatrique. Les patients évacués dans d'autres structures, étaient des civils qui nécessitaient une hospitalisation sous contrainte.

Les patients évacués dans d'autres structures, étaient des civils qui nécessitaient une hospitalisation sous contrainte.

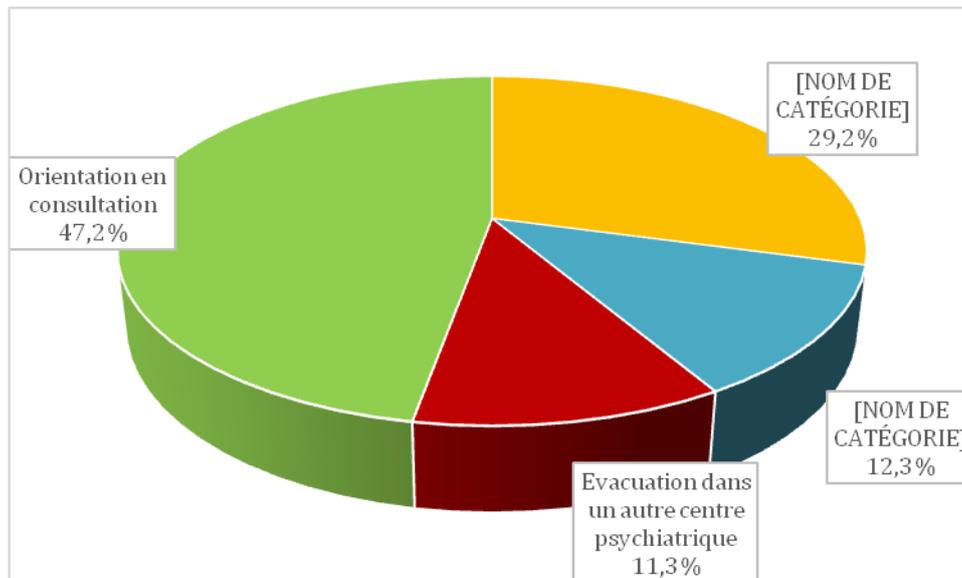


Figure 2 : Répartition du devenir des patients et du type d'orientation

3.2. Etude analytique :

La plupart des patients hospitalisés au sein du service de psychiatrie (84,6%), et évacués dans un autre centre psychiatrique (100%) sont des malades vus aux urgences, et 44% des patients orientés en consultations étaient des patients vus dans les services de médecine. Cette différence est statistiquement très significative ($p < 0,001$).

Lorsqu'un avis psychiatrique a été demandé pour une agitation psychomotrice, les diagnostics les plus souvent retenus sont, les troubles psychotiques (35,7%), suivi de l'accès maniaque et la confusion mentale (21,4%). Dans 21,4% des cas d'agitation,

aucune cause psychiatrique n'a été évoqué. Cette différence est statistiquement très significative ($p < 0,001$).

Concernant les demandes, pour symptômes dépressifs, le diagnostic de TDC est retenu dans 77,3% des cas, alors que dans 18,2% des cas, aucun diagnostic n'a été posé. Cette différence est statistiquement très significative ($p < 0,001$).

Les tentatives de suicide étaient dans un cadre dépressif dans 41,7 % des cas, psychotique dans 8,3% des cas, ESA dans 8,3 % des cas, alors que dans 45,5% des cas, aucun diagnostic n'a été posé. Cette différence n'est pas statistiquement significative ($p = 0,886$).

Pour des plaintes anxieuses, on retrouve par ordre décroissant des diagnostics posés, le TDC (46,4%), l'ESA (14,3%), alors que dans 28,6% des cas, aucun diagnostic n'a été posé. Cette différence est statistiquement très significative ($p < 0,001$).

Lorsque la demande incluait le motif de trouble de sommeil, les diagnostics les plus fréquemment retenus étaient, le trouble dépressif dans 26,2% des cas, alors que dans 42,9% des cas, l'évaluation psychiatrique n'a pas permis de retenir un diagnostic. Cette différence est statistiquement significative ($p = 0,067$).

Devant une plainte somatique pouvant évoquer une cause psychiatrique, l'avis psychiatrique n'a pas pu retenir un diagnostic dans la moitié des cas, et dans 25% des cas, un trouble de conversion a été retenu comme diagnostic. Cette différence est statistiquement significative ($p = 0,049$).

Concernant la prescription des psychotropes, nous avons retrouvé une corrélation statistiquement très significative ($p < 0,001$) entre la prescription des benzodiazépines dans et la prise en de symptômes dépressif (24,4% des prescriptions de BZD) dans 22% des agitation psychomotrice (22%) et 14,6% des troubles du comportement (14,6%). Egalement entre la prescription de l'hydroxyzine et la prise en charge des troubles du sommeil (39,4%), la prescription des antipsychotiques dans la gestion des

agitations (36,4%) et des troubles psychotiques (verbalisation de propos délirant, réajustement thérapeutique chez des patients déjà suivi), (respectivement 36,4% des prescriptions d'antipsychotiques). Cette corrélation est statistiquement très significative ($p < 0,001$).

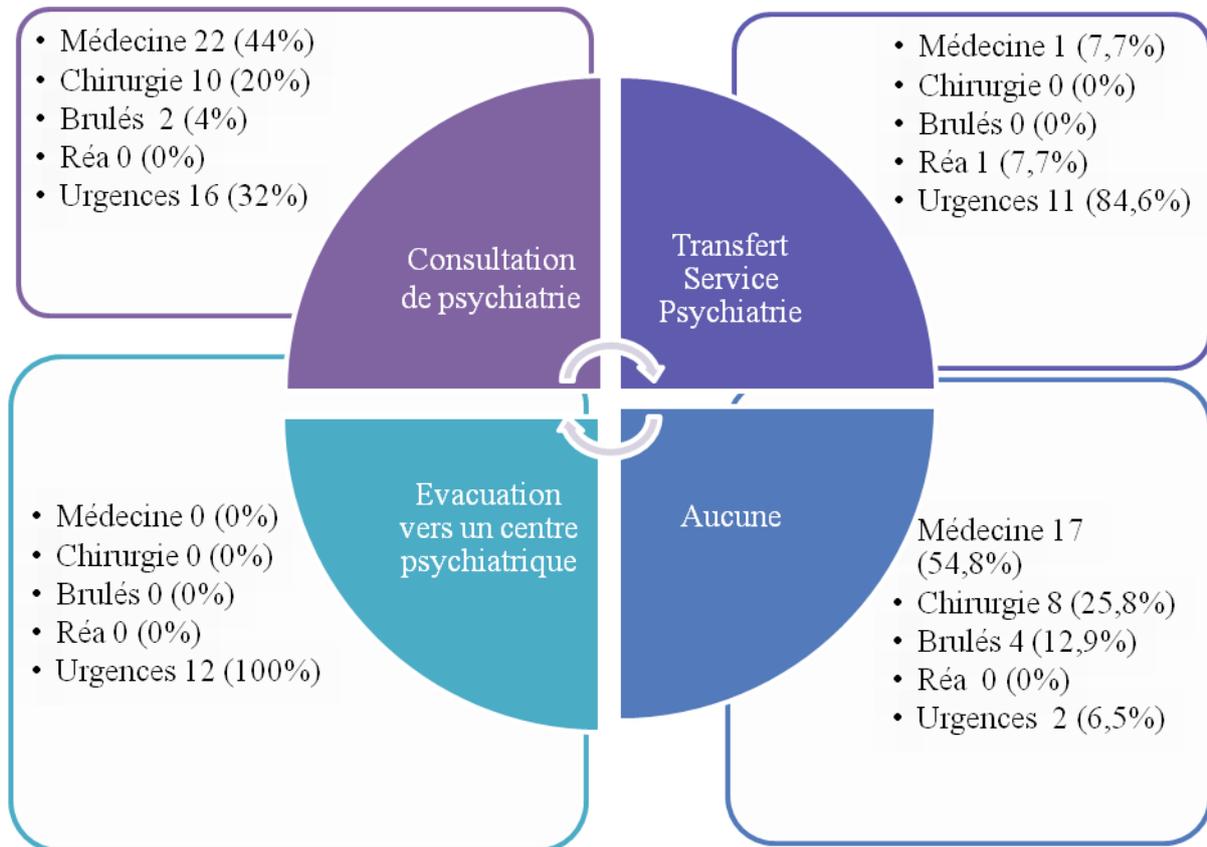


Figure 3 : Contingence entre le service demandeur et le devenir du patient

IV. Discussion

Dans l'exercice de psychiatrie de liaison, l'équipe de médecine somatique est confrontée à des symptômes pouvant évoquer une cause psychiatrique, qui seront rapportés par le malade ou perçus par le personnel soignant comme des manifestations génératrices d'angoisse. Une demande d'intervention de l'équipe de psychiatrie de liaison pourra désamorcer une situation qui échappe à la fois aux soignants et aux patients.

Le service de psychiatrie de l'HMIMV exerce une activité de consultation-liaison, au profit de tous les services de médecine somatique. Nous avons dans notre travail évalué cette activité, au cours d'une période de 4 mois s'étendant de Décembre 2021 à Mars 2022.

Durant cette période, les activités de psychiatrie de liaison assurées par l'équipe de psychiatres dédiées, s'intéressant aux patients hospitalisés dans divers services médico-chirurgicaux, comprenaient des prestations cliniques (évaluation des manifestations psychiatriques, établissement d'un diagnostic psychiatrique chez un patient souffrant d'une affection organique), des interventions thérapeutiques (prescription de psychotropes, mise en place d'un accompagnement psychothérapeutique), et une discussion des modalités de suivi et de prise en charge des troubles psychiatriques, des manifestations psychologiques liés au vécu subjectif des patients par rapport à l'hospitalisation et aux difficultés d'adaptation à la maladie, les difficultés relationnelles entre équipes médicales et patients, et des complications iatrogènes des traitement pharmacologiques (psychiatriques et non psychiatriques).

Au cours de la période de notre étude, nous avons recensé 106 interventions de psychiatrie de liaison, à la demande des médecins et des équipes soignantes des différents services médico-chirurgicaux.

Dans notre étude, la sollicitation d'un avis psychiatrique a été faite par une équipe soignante dans la quasi-totalité des cas (88,7%), à la demande du patient ou de la famille du patient dans respectivement 6,6% et 4,7% des cas. L'intervention a été réalisé dans la majorité des cas par un médecin résident de psychiatrie, sous la supervision du psychiatre sénior.

Saraiva et al, dans une étude observationnelle transversale multicentrique, évaluant l'activité de psychiatrie de liaison de 18 hôpitaux en Angleterre, trouvent que la majorité du travail de liaison en Angleterre est effectuée par des infirmières de psychiatrie ou par des psychiatres. Ils retrouvent des différences entre les médecins et les infirmières dans leurs rôles, à la fois en termes de types de demandes d'intervention et de prise en charge, notamment l'évaluation et la prise en charge des symptômes psychiatriques dans le contexte d'une maladie physique ; l'évaluation des troubles aigus du comportement dans un contexte médical nécessitant des connaissances médicales spécifiques (gestion des psychotropes) [14].

Durant la période de l'étude, **22 services au sein de l'HMMIV ont sollicité un avis spécialisé de psychiatrie**. Les services des urgences (38,7%) et de médecine (37,7 %) étaient les plus demandeurs d'avis psychiatrique. Parmi les services de médecine qui ont le plus sollicité un avis psychiatrique, on retrouve les services de cardiologie 9 (8,5%), de médecine interne 7 (6,6%), de virologie 5 (4,7%), d'hématologie clinique (3,8%).

Saraiva et al, retrouve un tiers des demandes d'avis psychiatrique provenaient des services des urgences. [14].

Barrimi et al, dans une étude évaluant la prévalence et la nature des troubles psychiatriques rencontrés lors des activités de psychiatrie de liaison au CHU de Fès, sur une période de 24 mois. Les services les plus demandeurs d'avis psychiatrique étaient la dermatologie (16 %) et la néphrologie (11 %) [15].

La demande d'une intervention de psychiatrie de liaison, urgente ou non, met en difficulté l'équipe soignante. Il s'agit alors au psychiatre de jouer un double rôle : Premièrement de prendre en charge le patient sur le plan diagnostique, thérapeutique et d'orienter la prise en charge ultérieure. Deuxièmement, il s'agit de soulager l'équipe soignante qui a demandé l'avis psychiatrique, face à sa difficulté et ses craintes associée à l'origine psychiatrique ou non de sa demande.

Dans notre étude, **les motifs de la demande** étaient dominés par **les troubles du sommeil (39,6%), suivis de l'agitation psychomotrice et l'anxiété dans respectivement 26,4% des cas chacun et les symptômes dépressifs (20,8%).**

Barrimi et al, trouvent retrouve parmi les motifs les plus fréquents des demandes d'avis psychiatrique, l'évaluation des conduites suicidaires avec les états d'agitation (17 % chacun), suivie par les symptômes dépressifs (16 %) [15]

Dans notre étude, les diagnostics psychiatriques les plus souvent retenus étaient le trouble dépressif caractérisé (20,8%) et les troubles psychotiques (18,9%).

Nous avons retrouvé une corrélation statistiquement très significative entre le motif de la demande et le diagnostic retenu ($p < 0,001$). Ainsi devant une agitation psychomotrice, les diagnostics les plus souvent retenus sont, les troubles psychotiques (35,7%), suivi de l'accès maniaque et la confusion mentale (21,4%). Pour les symptômes dépressifs, le diagnostic de trouble dépressif caractérisé est retenu dans 77,3% des cas. Pour des plaintes anxieuses, on retrouve par ordre décroissant des diagnostics posés, le trouble dépressif caractérisé (46,4%), l'état de stress aigu (14,3%), alors que dans 28,6% des cas, aucun diagnostic n'a été posé.

Les diagnostics psychiatriques le plus fréquemment retrouvés dans les études évaluant les activités de psychiatrie de liaison, sont les troubles anxiodépressifs et les troubles de l'adaptation. Ils apparaissent généralement en réaction à l'hospitalisation et à la pathologie somatique qui l'a rendue nécessaire. La plus grande étude dans ce domaine

est l'étude collaborative du groupe de travail européen de consultation-liaison : l'European Consultation-Liaison Workgroup (ECLW). Les raisons les plus courantes de référence aux services de psychiatrie de liaison dans l'étude ELCW sont les troubles psychiatriques d'installation récente (47 %), les automutilations (17 %), les plaintes somatiques inexplicables (22 %) et l'abus de substances (10 %) [16].

Le travail d'évaluation psychiatrique à partir de la demande de l'équipe de médecine somatique, peut aboutir au constat de l'absence de symptômes psychiatrique, ou objectiver des symptômes non suffisant pour établir un diagnostic de trouble psychiatrique.

Les réponses apportées à toute demande de consultation de psychiatrie de liaison ne permettent pas toujours d'établir un diagnostic. Dans notre étude chez 39 patients (36,8%) l'évaluation psychiatrique n'a pas permis de retenir le diagnostic d'un trouble psychiatrique. Dans 21,4% des cas d'agitation, 28,6% des plaintes pour anxiété, 18,2% des plaintes pour des symptômes dépressifs, aucune cause psychiatrique n'a été évoqué. Cette différence est statistiquement très significative ($p < 0,001$).

Lorsque la demande incluait le motif de trouble de sommeil, les diagnostics les plus fréquemment retenus étaient, le trouble dépressif caractérisé dans 26,2% des cas, alors que dans 42,9% des cas, l'évaluation psychiatrique n'a pas permis de retenir un diagnostic. Cette différence est statistiquement significative ($p = 0,067$). Le trouble du sommeil était dans ce cas attribué à une insomnie réactionnelle aux conditions de l'hospitalisation.

Les tentatives de suicide étaient dans un cadre dépressif dans 41,7 % des cas, liés à un trouble psychotique dans 8,3% des cas, à un état de stress aigu dans 8,3 % des cas, alors que dans 45,5% des cas, aucun diagnostic n'a été posé. Cette différence n'est pas statistiquement significative ($p = 0,886$)

Les diagnostics les plus fréquemment portés chez Barrimi et al étaient : le trouble dépressif dans 47 % des cas, les troubles psychotiques dans 11 % des cas et les troubles anxieux dans 9 %. Les tentatives de suicide étaient dans un cadre dépressif dans 55 % des cas, psychotique dans 36 % des cas, anxieux dans 6 % des cas, et au cours d'une confusion mentale dans 3 % des cas [15].

Dans notre étude, l'évaluation psychiatrique d'un patient pour des plaintes somatiques dont l'ensemble du bilan somatique clinique et paraclinique est revenu sans orientation vers une cause organique (tels que des vomissements incoercibles ou des douleurs rebelles et invalidants) étaient retrouvés dans 11,3% des cas. Dans la moitié des cas aucun diagnostic n'a pas été retrouvé, alors, et dans 25% des cas il s'agissait d'un trouble de conversion ($p=0,60$).

La présence de signes cliniques somatiques non objectivé par un bilan somatique et paraclinique complet biologique et d'imagerie, aura tendance à pousser l'équipe soignante vers une demande de psychiatrie de liaison pour élargir la recherche étiologique dans un double sens. Premièrement, celui d'attribuer une origine psychiatrie à des plaintes somatique, ce qui peut être considéré par le patient comme une négligence de sa souffrance somatique, et le patient pourrait alors percevoir négativement la rencontre avec le psychiatre. Deuxièmement le patient bénéficie d'une prise en charge globale multidisciplinaire, pouvant orienter vers des pathologies comorbides, ou des formes atypiques de pathologies somatiques ou psychiatrique. D'où la nécessité d'une bonne coordination et une bonne communication entre l'équipe de psychiatrie de liaison le patient et l'équipe soignante. Il faudra alors pouvoir reprendre avec l'équipe soignante à l'origine de la demande, les circonstances de la demande et proposer de poursuivre la recherche étiologique vers une cause non psychiatrie aux symptômes constatés.

L'absence de symptômes psychiatrique objectivé par l'équipe de psychiatrie de liaison ne signifie pas forcément que cette demande était injustifiée, mais peut révéler les

attentes d'une équipe soignante face à une situation jugée difficile, pouvant être de nature conflictuelle, en rapport avec un sevrage de substance addictive, ou la présence d'antécédent psychiatrique chez le patient. C'est pourquoi l'équipe de psychiatrie de liaison se doit de laisser une porte ouverte pour être recontacté ou revoir systématiquement le patient, même si aucun diagnostic ou aucune orientation particulière n'ont été posés. L'équipe de psychiatrie de liaison de l'HMIMV marque la mention : « veuillez nous recontacter au besoin » sur le compte rendu de l'évaluation psychiatrique.

Un cas particulier qui marque la collaboration entre les équipes de psychiatrie de liaison et les services médico-chirurgicaux, est celui du refus de soins de la part du patient, ou la demande du médecin somaticien pour évaluation psychiatrique pour une préparation du malade à un acte médico-chirurgical tel qu'une greffe, ou une amputation, ou lors de l'annonce d'un diagnostic grave. Le rôle du psychiatre ici, bien qu'il n'existe pas de symptômes psychiatriques avérés, est de favoriser l'acceptation de la maladie, sans pour autant se substituer au médecin traitant dans sans relation avec son patient.

La prise en charge des patients dans notre étude a consisté en la prescription d'un psychotrope en monothérapie chez 45,3% des cas et une bithérapie chez 38,7% des cas, une psychothérapie de soutien et une psychoéducation dans 88% des cas, et une décision d'orientation du patient pour le suivi et la poursuite de la prise en charge dans 70,8% des cas.

De façon globale, nous avons eu recours aux anxiolytiques (benzodiazépine et hydroxyzine) dans 69,7% des cas, aux antipsychotiques (sédatifs et antiproductifs) dans 29,2% des cas, aux antidépresseurs dans 21,7 %.

Dans la majorité des cas, les benzodiazépines ont été utilisées pour des plaintes en rapport avec des symptômes dépressifs et les agitations psychomotrices, l'hydroxyzine dans la prise en charge des troubles du sommeil (39,4%).

La plupart des prescriptions d'antipsychotiques ont été faite pour la gestion des agitations et des troubles psychotiques (verbalisation de propos délirant, réajustement thérapeutique chez des patients déjà suivi). Cette corrélation est statistiquement très significative ($p < 0,001$).

Les troubles anxieux, dépressifs et le trouble d'adaptation sont les diagnostics les plus couramment retrouvés dans la plupart des études, et les soins psychiatriques reposent en grande partie sur un traitement antidépresseur et un soutien psychologique. Notre approche des soins psychiatriques est comparable à celle décrite dans des études similaires [15,17,18].

Après l'évaluation La plupart des patients hospitalisés au sein du service de psychiatrie (84,6%), et évacués dans un autre centre psychiatrique (100%) sont des patients vus aux urgences, et 44% des patients orientés en consultations étaient des patients vus dans les services de médecine. Cette différence est statistiquement très significative ($p < 0,001$).

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'unité de psychiatrie de l'HMIMV ne dispose pas d'un service d'accueil des urgences. L'hospitalisation au sein de l'unité de psychiatrie n'est pas réglementée pas le Dahir de 1959 régissant les modalités de prise en charge des malades de psychiatrie au Maroc. Les patients civils nécessitant une hospitalisation sous contrainte sont alors systématiquement évacués dans d'autres centres psychiatriques.

V. Conclusion :

La psychiatrie de liaison encore appelé psychiatrie de consultation-liaison (issu de la traduction de l'anglo-saxon (consultation-liaison psychiatry), est une activité pratiquée au sein d'un centre hospitalier général. Elle est entièrement dédiée à la prise en charge globale, bio-psycho-sociale des patients.

Aux États-Unis, où est née cette discipline, elle est actuellement reconnue comme une surspécialité à part entière, aux côtés de l'addictologie, la pédopsychiatrie, la gérontopsychiatrie, ou la psychiatrie légale

Sa finalité est d'offrir aux médecins des services médico-chirurgicaux, exerçant dans les centres hospitaliers généraux, un accès rapide à des professionnels de la santé mentale pour prendre en charge les aspects psychiatriques des patients qu'ils suivent dans leurs services.

La Psychiatrie de liaison s'applique aux patients et à leurs familles, mais aussi à l'équipe médicale soignante. Elle regroupe une palette d'interventions extrêmement diversifiée, allant des activités cliniques et thérapeutiques aux activités d'enseignement et de recherche. Il est donc important qu'elle soit réalisée par une équipe bien structurée, agissant en complémentarité et en collaboration avec les médecins somaticiens, pour une prise en charge multidisciplinaire des patients.

Son évolution est actuellement en plein essor. Elle devrait être valorisée en tant que discipline à part entière, rapprochant un peu plus la médecine somatique et la psychiatrie.



RESUMES

Résumé :

Introduction : la psychiatrie de liaison encore appelée psychiatrie de consultation-liaison (consultation-liaison psychiatry) est une discipline à part entière de la psychiatrie. Elle s'intègre dans la prise en charge globale des patients suivis ou hospitalisés au sein d'un centre hospitalier général.

Objectifs : évaluer les enjeux et les pratiques de la psychiatrie de liaison de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V (HMIMV) en portant une attention particulière à l'organisation et les différentes interventions au sein de l'hôpital.

Methodologie : Il s'agit d'une étude transversale, évaluant les activités de psychiatrie de liaison du service de psychiatrie de l'HMIMV-Rabat, au cours d'une période de 4 mois s'étendant de Décembre 2021 à Mars 2022.

Résultats : nous avons recensé 106 demandes d'avis psychiatriques, émanant des différents services médico-chirurgicaux de l'HMIMV, la médiane des âges était de 34 ans. Il existait une prédominance masculine (66 %). Il s'agissait d'une première rencontre avec la psychiatrie dans 68 % des cas. Les services des urgences (38,7%) et de médecine (37,7 %) étaient les plus demandeurs d'avis psychiatrique. Les motifs de la demande étaient dominés par les troubles du sommeil (39,6%), l'agitation psychomotrice et l'anxiété (respectivement 26,4%), et les symptômes dépressifs (20,8%). Les diagnostics les plus retenus étaient le trouble dépressif caractérisé (20,8%) et les troubles psychotiques (18,9%). De façon globale, nous avons eu recours aux anxiolytiques dans 69,7% des cas, aux antipsychotiques, dans 29,2% des cas, aux antidépresseurs dans 21,7 %. Pour une prise en charge ultérieure, 47,2% des patients ont été orientés en consultation psychiatrique, 12,3% ont été transférés en unité psychiatrique.

Conclusion : La psychiatrie de liaison encore appelée psychiatrie de consultation-liaison, s'intègre pleinement dans une prise en charge globale bio-psycho-social. Elle occupe une place prépondérante au sein d'un centre hospitalier général, rapprochant un peu plus la médecine somatique et la psychiatrie.

Mots-clés : Psychiatrie de consultation-liaison ; Évaluation ; Prise en charge ; Orientation.

Abstract:

Introduction: The consultation-liaison psychiatry, is a discipline in its own right within psychiatry. It is part of the overall management of patients followed or hospitalized within a general hospital center.

Objectives: To evaluate the issues and practices of liaison psychiatry at the Mohammed V Military Hospital (HMIMV), with particular attention to the organization and the different interventions within the hospital.

Methodology: This is a cross-sectional study, evaluating the liaison psychiatry activities of the HMIMV-Rabat psychiatry department, over a 4-month period from December 2021 to March 2022.

Results: We counted 106 requests for psychiatric advice, emanating from the various medical-surgical services of the HMIMV, the median age was 34 years. There was a male predominance (66%). It was a first encounter with psychiatry in 68% of cases. had a medical/surgical history. The emergency department (38.7%) and medical department (37.7%) were the most frequent requesters of psychiatric advice. The reasons for requesting advice were dominated by sleep disorders (39.6%), psychomotor agitation and anxiety (26.4% respectively), and depressive symptoms (20.8%). The most common diagnoses were characterized depressive disorder (20.8%) and psychotic disorders (18.9%). Overall, we used anxiolytics in 69.7% of cases, antipsychotics in 29.2% and antidepressants in 21.7%. For further treatment, 47.2% of patients were referred to a psychiatric consultation, 12.3% were transferred to a psychiatric unit.

Conclusion: Liaison psychiatry, also called consultation-liaison psychiatry, is fully integrated in a global bio-psycho-social care. It occupies a prominent place within a general hospital center, bringing somatic medicine and psychiatry a little closer together.

Keywords: Consultation-liaison psychiatry; Evaluation; Care; Orientation

ملخص

الطب النفسي التواصلي، او ما يُطلق عليه أيضًا الطب النفسي التشاوري ، هو تخصص في حد ذاته مشتق من الطب النفسي .إنه جزء من الرعاية الشاملة للمرضى الذين يتم متابعتهم أو إستشفائهم بالمركز الاستشفائي العام.

الأهداف: تقييم ممارسات الطب النفسي التواصلي في المستشفى العسكري الدراسي محمد الخامس مع إبداء اهتمام خاص بالتنظيم والتدخلات المختلفة داخل المستشفى.

لكل طلب استشارة للطب النفسي التواصلي، تمت تعبئة استبيان من قبل طبيب نفسي مقيم أو طبيب نفسي متخصص.

النتائج: حددنا 106 طلب استشارة نفسية ، من مختلف الأقسام الطبية والجراحية في المستشفى العسكري الدراسي محمد الخامس، وكان متوسط العمر 34 عامًا مع غلبة للذكور 66% و 68% منهم كان أول لقاء مع الطب النفسي.

شكل قسم الطوارئ (38.7%) واقسام الطب (37.7%)، الاقسام الأكثر طلبًا للاستشارة النفسية. في حين تغلبت اضطرابات النوم (39.6%)، والانفعالات الحركية والقلق (26.4%) على التوالي والأعراض الاكتئابية (20.8%) على دوافع طلبات الاستشارة. كانت الامراض أكثر تشخيصا هي اضطراب الاكتئاب (20.8%) والاضطرابات الذهانية (18.9%) بشكل عام. استخدمنا مضادات القلق في 69.7% من الحالات ، ومضادات الذهان في 29.2% من الحالات ، ومضادات الاكتئاب في 21.7%.

لمزيد من الرعاية ، تم تحويل 47.2% من المرضى إلى استشارة نفسية ، و 12.3% إلى الاستشفاء بوحدة الطب النفسي.

الخلاصة : تم دمج الطب النفسي التواصلي ، الذي يُطلق عليه أيضًا الطب النفسي التشاوري ، بشكل كامل في مقارنة رعاية بيولوجية ونفسية واجتماعية شاملة . هذه الأخيرة تحتل مكانة بارزة داخل مركز استشفائي عام ، مما يقرب الطب الجسدي والطب النفسي من بعضهما لبعض
الكلمات المفتاحية : الطب النفسي التشاوري التواصلي؛ تقييم؛ توجيه، رعاية



REFERENCES

Références :

1. Creed F, Morgan R, Fiddler M, et al. Depression and anxiety impair health-related quality of life and /are associated with increased costs in general medical in-patients. *Psychosomatics*. 2002;43(4):302
2. American Board of Psychiatry and Neurology. Certification ; www.abpn.com/certification/certificates.html
3. Lemogne C, Cole P, Consoli SM, et al. *Psychiatrie de liaison*. Paris : Lavoisier ; 2018.
4. HAYEZ J-Y. *Le psychiatre à l'hôpital d'enfant, somatisations et pédopsychiatrie de liaison*. PUF. Paris; 1991.
5. R.Zumbrunnen. *Psychiatrie de liaison*. MASSON. 1991. 230 p
6. Zumbrunnen R. *Psychiatrie de liaison*. Paris: Masson « Collection Médecine et Psychothérapie »; 1992
7. 1er Congrès Inter Regional De Psychiatrie De Liaison. 2009 Sept 25; Chu Rennes
8. TALBOTT JA. La psychiatrie de liaison aux U.S.A. *Psychiatr Fr*. 1994;(3):31-44.].
9. Lipowski ZJ. Consultation de psychiatrie et médecine psychosomatique à l'hôpital général. *Revmedpsychosom*1969; (I :1131–55. II : 171–204. III : 300–334).
10. Chocard A-S, Malka J, Tourbez G, Duverger P, Gohier B, Garré J-B. *Psychiatrie de liaison: Quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison ?* *Ann Méd-PsycholRevPsychiatr*. oct2005;163(8):691-6].) (10[

BRETENOUX I ; GUILLIBERT E. Quel avenir pour la psychiatrie de liaison. Rev Fr PsychiatrPsychol Médicale. 2000;(34):31-4

11. MARIE CARDINE Michel; TERRA JL. La société de Psychologie Médicale et de psychiatrie de liaison de langue Française. Rev Fr PsychiatrPsychol Médicale. 2007;(103):7-9.

12. Consoli SM. Psychiatrie à l'hôpital général. Paris: Elsevier, EMC « Psychiatrie »; 1998 (37-958-A-10 : 11 p)

13. Lemogne C, Cole P, Consoli SM, et al. Psychiatrie de liaison. Paris : Lavoisier ; 2018

14. Saraiva S, Guthrie E, Walker A, Trigwell P, West R, Shuweidi F, Crawford M, Fossey M, Hewison J, Murray CC, Hulme C, House A. The nature and activity of liaison mental services in acute hospital settings: a multi-site cross sectional study. BMC Health Serv Res. 2020 Apr 15;20(1):308. doi: 10.1186/s12913-020-05165-x. PMID: 32293431; PMCID: PMC7157982.

15. Barrimi M, Elghazouani F, Aarab C, Tliji A, Rharrabti S, Lahlou F, Rammouz I, Aalouane R. Une expérience de psychiatrie de liaison au Maroc : étude transversale sur 24 mois [Experience of liaison psychiatry in Morocco: transversal study over 24 months]. Encephale. 2014 Oct;40(5):373-9. French. doi: 10.1016/j.encep.2013.03.010. Epub 2013 Oct 2. PMID: 24095294.

16. Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, Cardoso G, Creed F, Crespo MD, Guimarães-Lopes R, Mayou R, van Moffaert M, Rigatelli M, Sakkas P, Tienari P. European consultation-liaison services and their user populations: the European Consultation-Liaison Workgroup Collaborative Study. Psychosomatics. 2000 Jul-Aug;41(4):330-8. doi: 10.1176/appi.psy.41.4.330. PMID: 10906355

17. 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.
18. Grant JE, Meller W, Urevig B. Changes in psychiatric consultations over ten years. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:261-5.