



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2016

Thèse N° 225/16

LA PERCEPTION DE LA PSYCHIATRIE DE LIAISON PAR LES PRATICIENS AU SEIN DU CHU HASSAN II DE FES

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31/10/2016

PAR

Mr. HOMADI ABDELMOUNAIM
Né le 27/03/1986 à Bouanane

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Psychiatrie de liaison - Perception - Praticiens - Services Médico-chirurgicaux

JURY

M. BELAHSEN MOHAMMED FAOUZI.....	PRESIDENT
Professeur de Neurologie	
M. AALOUANE RACHID.....	RAPPORTEUR
Professeur agrégé de Psychiatrie	
M. SQALLI HOUSSAINI TARIK.....	} JUGES
Professeur de Néphrologie	
M. RAMMOUZ ISMAIL.....	
Professeur de Psychiatrie	
M. TACHFOUTI NABIL.....	
Professeur agrégé d'Epidémiologie clinique	

LISTE DES ABREVIATIONS

ADT	: Antidépresseur tricyclique
ATCD	: Antécédents
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CL	: Consultation de liaison
DMS	: Durée moyenne de séjour
EDM	: Episode dépressif majeur
EMC	: Encyclopédie médicale
IMC	: Indice de Masse Corporelle
ISRS	: Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
NL	: Neuroleptiques
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PEC	: Prise en charge
SDF	: Sans domicile fixe
TS	: Tentative de suicide

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Ø Tableaux :

- Tableau N°1 : Organigramme médical des services du CHU Hassan II-Fès
- Tableau N°2 : Tableaux descriptifs des répondeurs
- Tableau N°3 : Questions à échelle d'évaluation
- Tableau N°4 : Étude des facteurs explicatifs de l'information sur l'existence de la mise en place de la psychiatrie de liaison chez les médecins somaticiens du CHU Hassan II
- Tableau N°5 : Étude des facteurs explicatifs de l'information sur les modalités de déroulement d'un avis psychiatrique
- Tableau N°6 : Étude des facteurs explicatifs de l'évaluation de la prévalence des troubles psychiatriques au niveau du CHU Hassan II de Fès
- Tableau N°7 : Étude des facteurs explicatifs de l'évaluation du degré de communication avec le psychiatre de liaison
- Tableau N°8 : Étude des facteurs explicatifs de l'évaluation du degré d'accessibilité à un avis psychiatrique
- Tableau N°9 : Étude des facteurs explicatifs de l'évaluation du degré de satisfaction du médecin demandeur
- Tableau N°10 : Étude des facteurs explicatifs de l'évaluation du degré de collaboration du médecin demandeur.
- Tableau N°11 : Étude des facteurs explicatifs des difficultés liés à la non disponibilité des psychotropes dans les services médico-chirurgicaux
- Tableau N°12 : Étude des facteurs explicatifs de l'intérêt de la sensibilisation à des médecins a l'égard des troubles psychiatriques
- Tableau N°13 : Étude des facteurs explicatifs de l'intérêt d'organisation de manifestations scientifiques communes entre psychiatres et somaticiens
- Tableau N°14 : Étude des facteurs explicatifs de l'intérêt d'instauration de consultations multidisciplinaires
- Tableau N°15 : Les diagnostics psychiatriques en fonction des motifs de demande d'avis
- Tableau N°16 : Les motifs de demande des avis psychiatriques
- Tableau N°17 : Effectifs et taux de réponses de quelques études similaires à la notre.

Ø Figures

- Figure 1 : Représentation des médecins en fonction du sexe
- Figure 2 : Représentation des médecins en fonction du lieu d'obtention du doctorat
- Figure 3 : Répartition des médecins selon le lieu d'obtention du doctorat
- Figure 4 : Répartition des médecins selon le statut actuel
- Figure 5 : Répartition des médecins selon le stage en psychiatrie
- Figure 6 : Répartition des médecins selon l'évaluation du niveau diagnostique des troubles psychiatriques
- Figure 7 : Répartition des médecins selon l'évaluation du niveau thérapeutique
- Figure 8 : Répartition des médecins selon l'évaluation du niveau de suivi des troubles psychiatriques
- Figure 9 : Répartition des médecins selon l'évaluation des niveaux : diagnostique, traitement et de suivi
- Figure 10 : Évaluation de la perception de la prévalence des troubles psychiatriques
- Figure 11 : Information sur la mise en place de la psychiatrie de liaison
- Figure 12 : Attitude du médecin face à trouble psychiatrique
- Figure 13 : Degré d'urgence pour la demande de l'avis
- Figure 14 : Moyens de demande de l'avis
- Figure 15 : Attitude des patients vis-à-vis de l'avis psychiatrique
- Figure 16 : Difficultés rencontrées par les médecins lors de la demande d'un avis
- Figure 17 : Délai du traitement de l'avis psychiatrique
- Figure 18 : Avis est-il fait en présence du médecin demandeur?
- Figure 19 : Perception des motifs indiquant la demande d'un avis
- Figure 20 : Attentes pour améliorer la PEC des troubles psychiatriques des patients hospitalisés au CHU Hassan II-Fès
- Figure 21 : Services médico-chirurgicaux demandeurs des avis psychiatriques au CHU Hassan II-Fès
- Figure 22 : Troubles psychiatriques (DSM IV)
- Figure 23 : Répartition du score global de connaissances sur l'ensemble de l'effectif des médecins de l'enquête (N = 176)

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
Chapitre 1 : PARTIE PRATIQUE	12
I. Objectif du travail	13
II. Matériel et méthodes	13
1. Type d'étude	13
2. Période d'étude	14
3. Population d'étude	14
4. Source des informations	15
5. Variables d'étude	18
6. Analyse statistique	19
III. Résultats.....	20
A. Étude descriptive	20
1. Données sociodémographiques	20
1.1. Age	20
1.2. Sexe	20
2. Statut professionnel	21
2.1. Lieu d'obtentions du doctorat	21
2.2. Autres caractéristiques des médecins recrutés dans le Centre Hospitalier Universitaire de Fès	22
3. Données portant sur l'expérience et la formation du praticien	24
3.1. Expérience ou stage au service de psychiatrie	24
3.2. Formation du médecin en psychiatrie	25
3.3. Perception des compétences du praticien dans la prise en charge des troubles psychiatriques.	25
4. Prévalence des troubles psychiatriques selon la perception des médecins	28
5. Information sur la mise en place de la psychiatrie de liaison.....	29
6. Attitude du médecin face à un trouble psychiatrique	30
7. Demande de l'avis psychiatrique	31

8. Moyens de demande de l'avis psychiatrique	32
9. Informations rapportées dans la demande de l'avis psychiatrique	32
10. Qui sollicite la demande de l'avis	32
11. Perception de l'attitude des patients vis-à-vis de l'avis psychiatrique.....	33
12. Les contraintes de l'avis psychiatrique chez le médecin du CHU Hassan II-Fès	34
13. Délai du traitement de l'avis psychiatrique	35
14. Réception d'un compte rendu.....	35
15. L'avis est-il fait en présence du médecin demandeur	35
16. Evaluation des avis psychiatriques	36
17. Les motifs indiquant la demande de l'avis	37
18. Nécessité de la présence d'un psychiatre au CHU Hassan II-Fès	38
19. Présence d'une unité d'hospitalisation médico-psychiatrique au CHU Hassan II de Fès	38
20. Les attentes pour améliorer la prise en charge des troubles psychiatriques des patients hospitalisés au CHU Hassan II-Fès	39
21. Suggestions à propos de la psychiatrie de liaison	40
B. Étude analytique.....	41
Chapitre 2 : Discussion	61
I. Argumentaire de l'étude	62
II. Psychiatrie de liaison.....	63
1. Intérêt.....	63
2. Dispositif	66
2.1 Equipe de la psychiatrie de liaison	68
a. Le psychiatre de liaison	68
b. L'interne en psychiatrie de liaison	68
c. L'infirmier psychiatrique	68
d. Le psychologue de liaison	68

2.2 Apport de la psychiatrie de liaison	71
2.3 Types d'intervention en psychiatrie de liaison	73
a. Interventions à caractère diagnostique	74
b. Interventions à caractère thérapeutique	74
c. Interventions à caractère pragmatique	75
d. Interventions à caractère multidisciplinaire	75
e. Interventions à caractère pédagogique	75
f. Interventions à caractère scientifique	76
3. Psychiatrie de liaison au CHU de Fès	78
III. Troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés dans les services médico-chirurgicaux	87
IV. Attitude des praticiens vis-à-vis des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés	89
V. Adhésion des praticiens à la psychiatrie de liaison	90
1. Information sur la mise en place de la psychiatrie de liaison	91
2. Demande des avis psychiatriques	91
3. Moyens utilisés	92
4. Motifs de la demande	92
VI. Facteurs impliqués dans la perception des praticiens de la psychiatrie de liaison ..	93
1. Données sociodémographiques des praticiens	93
2. Statut des praticiens	94
3. Formation en psychiatrie	94
4. Facteurs liés aux services hospitaliers	96
VII. Collaboration et communication entre les médecins des services médico-chirurgicaux et l'équipe de la psychiatrie de liaison	96
1. Communication	96
2. Collaboration	101
VIII. Difficultés rencontrées	104

1. Manque d'unité d'hospitalisation médico-psychiatrique.....	104
2. Éloignement du service de psychiatrie	104
3. Difficulté à cerner la nature du trouble psychiatrique et/ou de son degré d'urgence.....	105
4. La charge du travail	105
5. La non disponibilité des psychotropes dans les services médicaux	106
6. Refus du patient ou de la famille	107
IX. Suggestions des soignants en vue d'améliorer la psychiatrie de liaison au CHU de Fès	108
1. Organisation de la psychiatrie de liaison.....	108
2. Moyens de sensibilisation.....	109
2.1 Sensibilisation à l'égard des troubles psychiatriques.....	109
2.2 Consultations pluridisciplinaires	110
2.3 Organisation régulière de manifestations scientifiques communes entre médecins somaticiens et psychiatres	111
3. Amélioration des moyens de communication interpersonnels	111
4. Instauration du système FEED BACK.....	113
5. Autres	114
X. Apport et limites de l'étude	115
1. Apport de l'étude	115
2. Difficultés et limites de l'étude	116
CONCLUSION	120
RESUMES	123
REFERENCES	131
ANNEXE	142

INTRODUCTION

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

La psychiatrie de liaison est définie, par Zumbrennen (1), comme « la partie de la psychiatrie qui s'occupe de troubles psychiatriques se manifestant chez les patients des autres disciplines médicales ». Elle s'exerce à l'hôpital général, hors du « territoire » habituel de la psychiatrie. Elle regroupe « l'ensemble des prestations cliniques, thérapeutiques, préventives, pédagogiques et de recherche prodiguées par l'équipe psychiatrique dans les différents services d'un hôpital général » (2). Elle a pour principal but de permettre aux médecins somaticiens d'avoir un accès rapide et spécialisé concernant les problématiques psychologiques et psychiatriques rencontrées chez leurs patients dans leurs services.

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

Elle s'est développée au cours des dernières décennies et se trouve aujourd'hui bien acceptée, tant par les somaticiens que par les psychiatres, même si sa mise en œuvre reste parfois difficile. La prise en charge des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés à l'hôpital général permet l'amélioration de leur qualité de vie, la diminution de leur durée du séjour, du nombre des examens complémentaires et ainsi des coûts des soins hospitaliers (3). Par ailleurs,

elle est confrontée à de nombreuses contraintes, liées pour l'essentiel à sa position extérieure par rapport aux lieux où le psychiatre intervient, alors que la psychiatrie se conçoit généralement au centre du dispositif de soins en santé mentale.

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

La psychiatrie de liaison apparaît comme une discipline d'actualité très prometteuse. Cependant chez nous au Maroc sa situation demeure très jeune voire embryonnaire et inconnue.

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.

Malheureusement, au cours de cette activité, l'équipe de psychiatrie a été confrontée à plusieurs difficultés parmi lesquelles l'éloignement du CHU: le médecin devait faire un trajet de 10 Km pour assurer son activité, la non-coopération et l'absence de collaboration de certains services demandeurs, la faible adhésion des médecins somaticiens, l'indisponibilité des familles au cours de l'entretien psychiatrique, ce qui a rendu la prise en charge difficile et la perte de vue de certains patients.

A ce jour, les recherches abordant la perception de la psychiatrie de liaison par les soignants sont encore peu nombreuses dans le monde et absentes au Maroc.

Dans le but d'évaluer la perception de cette activité auprès des soignants. On a mené une enquête transversale au Centre Hospitalier Hassan II-Fès.

Chapitre 1 :

PARTIE PRATIQUE

I. Objectifs du travail

Notre étude, consiste à évaluer la perception de cette activité auprès des soignants.

Pour cela, nous nous sommes assignés les objectifs suivants :

- Déterminer l'implication et le niveau de collaboration des soignants dans l'activité de la psychiatrie de liaison ;
- Dépister les difficultés et les contraintes rencontrées par les soignants dans la participation à la psychiatrie de liaison ;
- Partager les connaissances pour renforcer les compétences mutuelles des soignants et assurer une PEC psychiatrique de ces troubles ;
- Sensibiliser les équipes soignantes à l'importance de dépistage des troubles psychiatriques pour améliorer la prise en charge globale des patients.

II. Matériel et méthodes

1. Type d'étude

Notre étude est une enquête transversale, réalisée auprès d'une population des soignants du CHU de Fès : personnel médical, à travers un auto-questionnaire déterminant la perception et la position des soignants à l'égard de cette discipline de psychiatrie.

Après la sélection des services, une autorisation de diffusion du questionnaire auprès des directeurs de l'Hôpital de Spécialité, de l'Hôpital Mère-Enfant et de l'Hôpital d'Oncologie a été demandée.

2. Période d'étude

L'enquête a commencé le 30/06/2016 et pris fin le 30/08/2016. On a fait le tour des services hospitaliers du CHU Hassan II de Fès, dont les chefs de services ont accordé la participation de leurs médecins traitants.

On a expliqué aux soignants l'intérêt et le but de l'étude, qui se sont chargés à remettre le questionnaire aux participants -après avoir obtenu leur consentement- et en respectant l'anonymat. Les questionnaires remplis ont été récupérés par les médecins enquêteurs.

3. Population d'étude

On a inclus dans notre étude une population ciblée, qui concerne le personnel médical exerçant dans les services médico-chirurgicaux du Centre Hospitalier Hassan II-Fès : Professeurs, résidents et internes.

Ainsi, on a sollicité différents services ;

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dermatologie | <input type="checkbox"/> ORL |
| <input type="checkbox"/> Urgences | <input type="checkbox"/> Radiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Réanimation | <input type="checkbox"/> oncologie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie orthopédique et traumatologie | <input type="checkbox"/> Hépto-Gastro-entérologie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie Générale | <input type="checkbox"/> Rhumatologie |
| <input type="checkbox"/> Neurologie médicale | <input type="checkbox"/> Médecine interne |
| <input type="checkbox"/> Neurochirurgie | <input type="checkbox"/> Pneumologie |
| <input type="checkbox"/> Gynécologie-Obstétrique | <input type="checkbox"/> Endocrinologie |
| <input type="checkbox"/> Génétique | <input type="checkbox"/> Urologie |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie | <input type="checkbox"/> Néphrologie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie vasculaire | <input type="checkbox"/> Pédiatrie médicale |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie thoracique | <input type="checkbox"/> Pédiatrie chirurgicale |
| <input type="checkbox"/> Ophtalmologie | <input type="checkbox"/> Chirurgie cardio-vasculaire |

On a exclu de notre étude :

- Les médecins exerçant dans le service de psychiatrie.
- L'échantillon de médecins sur lequel a été testé le questionnaire.
- Les médecins ayant refusé de participer à l'enquête.
- Le personnel paramédical.
- Les étudiants en médecine de 3eme à la 7eme année.
- Les médecins exerçant en ; biologie et anatomie pathologie.

4. Sources des informations

Il a été nécessaire de créer un auto-questionnaire pour permettre la réalisation de cette étude. Il a pour but de pouvoir rassembler les perceptions des médecins somaticiens vis-à-vis de la psychiatrie de liaison.

Toute la difficulté de l'élaboration de ce questionnaire réside dans son caractère concis, synthétique et compréhensible pour les médecins n'utilisant pas la sémantique psychiatrique.

Pour sa réalisation, différentes sources ont donc été nécessaires :

- Les publications nationales et internationales actuelles sur la psychiatrie de liaison comprenant : enjeux actuels, perspectives futures, axes de développement, méthodes de travail...
- Les avis de psychiatres d'expérience exerçant dans le domaine de la psychiatrie de liaison sur le Centre Hospitalier Universitaire Hassan II de Fès.
- Les différentes thématiques de la recherche médicale clinique communes aux différentes spécialités : aspects diagnostiques, thérapeutiques, éthiques...

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

La collecte des données a été faite à partir d'un questionnaire (Annexe n° 1), réalisé auprès d'une population des soignants du CHU de Fès : personnel médical dont la population totale des soignants participant à cette enquête est de 615 médecins, ils sont répartis au CHU Hassan II avec 111 professeurs, 436 résidents, et 68 internes d'âge, de sexe, de statut médical et d'expériences différentes.

Afin de faire ressortir les vrais besoins du praticien, la réalisation de cet auto-questionnaire s'avérait nécessaire non seulement pour chercher à confirmer l'importance de la psychiatrie de liaison au sein de chaque service hospitalier, mais aussi pour recueillir et transmettre la perception des participants, les attentes, les difficultés et contraintes face à cette discipline non somatique. Il s'agit d'un auto-questionnaire anonyme et confidentiel.

Le questionnaire comprenait des questions sur trois rubriques, dont la première porte sur le cursus de formation, l'expérience professionnelle des participants, en particulier en psychiatrie, l'âge, le sexe, le lieu d'obtention de doctorat, le statut du soignant, le lieu d'exercice, et l'ancienneté.

La deuxième rubrique consiste à rechercher les spécificités de la demande de la part des médecins traitants des avis psychiatriques pour les patients hospitalisés dans les services médico-chirurgicaux: (motifs, moyens...), déterminer les difficultés qu'ils rencontrent chez leurs malades auxquels ils demandent un avis psychiatrique, évaluer le degré d'acceptation du patient de l'avis psychiatrique, le

degré de satisfaction du médecin demandeur, le degré d'amélioration du patient après l'avis, le degré d'accessibilité à un avis psychiatrique, le degré de collaboration de l'équipe psychiatrique et le degré de communication avec le psychiatre de liaison.

La troisième rubrique porte sur la perception des professionnels de l'organisation de la psychiatrie de liaison au sein du CHU et leurs attentes.

Enfin une question libre a été mise en place à la fin du questionnaire afin de permettre à la population interrogée pouvoir compléter ses réponses par des aspects qui n'auraient été abordés lors des questions précédentes et d'exprimer ses suggestions et les autres attentes à propos de la psychiatrie de liaison. Elle est donc restée à la libre appréciation de chaque praticien interrogé.

Afin d'éviter le refus des soignants interrogés il était important de respecter les points suivants :

- Le questionnaire devait être court et simple (questions claires et à réponses courtes ou questions avec choix à cocher).
- Le questionnaire devait être facile à remplir (le temps de passation ne devait pas excéder les dix minutes pour répondre aux différentes questions).

5. Variables d'étude

Les variables de notre étude étaient ;

- Données sociodémographiques :

Ces données concernent :

- L'âge ;
- Sexe ;
- L'âge d'obtention du diplôme de doctorat ;
- La situation professionnelle ;
- L'ancienneté ou nombre d'année d'exercice dans la spécialité.

- Données portant sur l'expérience et la formation du soignant :

- Expérience ou stage au service de psychiatrie ;
- Formation continue en psychiatrie ;
- Prévalence des troubles psychiatriques au sein de chaque service d'exercice ;
- Information sur la mise en place de la psychiatrie de liaison.
- Données portant sur les spécificités de la demande de la part des avis psychiatriques pour les patients hospitalisés dans les services médico-chirurgicaux:
 - Attitude du soignant face à un trouble psychiatrique ;
 - Demande antérieure d'avis ;
 - Nombre de demande d'avis ;
 - L'urgence de la demande ;
 - Moyens de la demande ;
 - Les informations mentionnées sur la demande ;
 - Qui demande l'avis ?
 - Difficultés rencontrées pour demander un avis ;
 - Délai de traitement d'avis ;

- Le degré d'acceptation du patient de l'avis psychiatrique ;
 - Le degré de satisfaction du médecin demandeur ;
 - Le degré d'amélioration du patient après l'avis ;
 - Le degré d'accessibilité à un avis psychiatrique ;
 - Le degré de collaboration de l'équipe psychiatrique ;
 - Le degré de communication avec le psychiatre de liaison
 - Motifs indiquant l'avis psychiatrique.
- Données portant sur la perception des professionnels de l'organisation de la psychiatrie de liaison au sein du CHU et leurs attentes :
 - Nécessité de la présence d'un psychiatre de liaison dans les services médico-chirurgicaux ;
 - Le rythme de cette présence ;
 - La structure de pratique de la psychiatrie de liaison ;
 - Les moyens pour demander l'avis;
 - Nécessité de la présence d'une unité d'hospitalisations médico-psychiatrique et d'un psychiatre de liaison dans les services médico-chirurgicaux ;
 - Les attentes des médecins traitants.

6. Analyse statistique

Les données ont été initialement saisies sur le logiciel Microsoft Office Excel 2011. Puis l'étude statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS version 20 avec l'aide de médecin épidémiologiste.

Les premiers résultats ont été reportés puis décrits sous Microsoft Word 2011.

Ensuite une analyse uni-variée a été réalisée avec le test statique pour la comparaison des moyennes, et le test de khi 2 pour la comparaison des résultats, retenant ainsi toutes les valeurs avec des différences statistiquement significatives.

III. Résultats

A. Étude descriptive

L'étude transversale « la perception de la psychiatrie de liaison par les soignants» est réalisée auprès de 615 médecins disponibles au moment de l'enquête selon la liste administrative.

Le nombre de médecins hospitaliers exerçant au CHU Hassan II-Fès est de 615 mais seuls 494 ont répondu à notre questionnaire: 64 ont refusé de participer à cette enquête à cause de la charge du travail, 5 ont été en congé de maternité et 52 en congé administratif. Le taux de participation a été de 80.32%.

1. Données sociodémographiques

1.1. Age

Parmi les 494 médecins répondants, l'âge moyen était de 30,25 ans avec des extrêmes de 23 et 59 ans et un écart type de 5,3.

1.2. Sexe

Dans notre étude les femmes représentent 47,6% (236) et les hommes 52,4% (258), on note que la représentation des deux sexes est relativement proche.

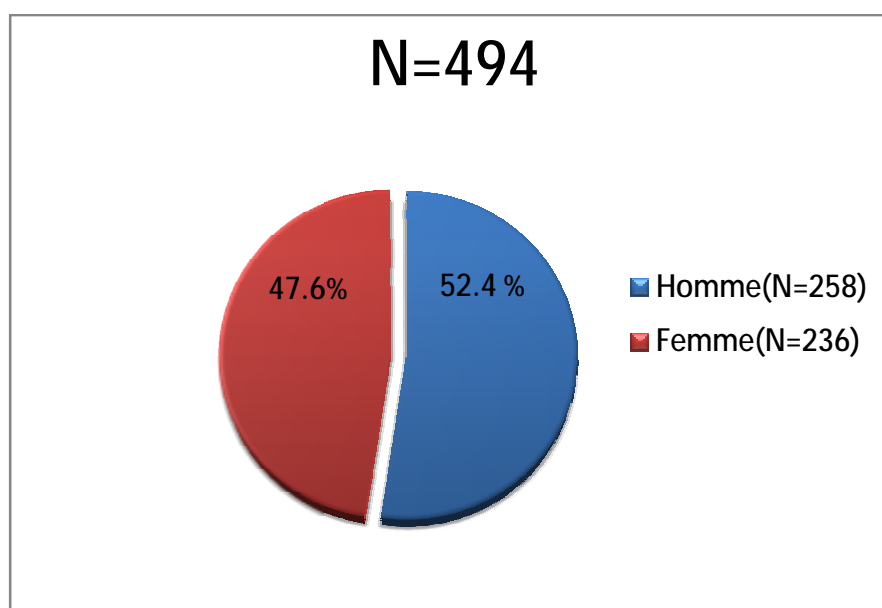


Figure 1 : Représentation des médecins en fonction du sexe

2. Statut professionnel

2.1. Lieu d'obtention du doctorat

Les médecins ayant obtenu leurs doctorats en médecine au Maroc ont représenté 89,3%.

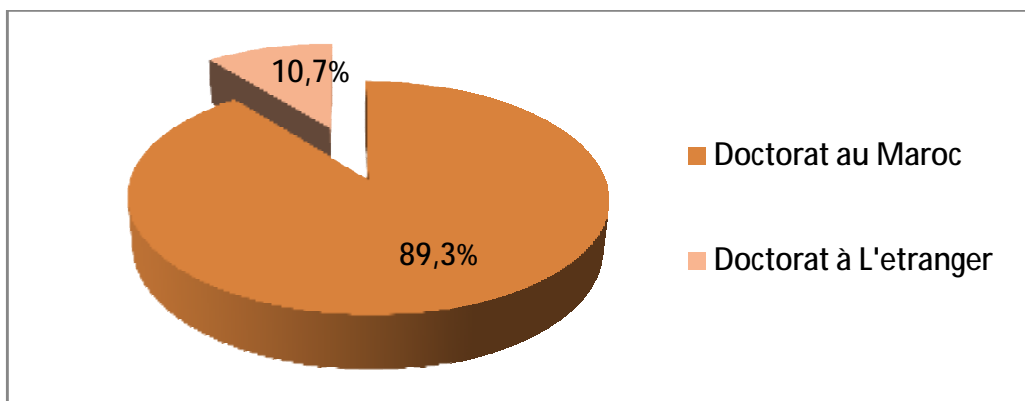


Figure 2 : Représentation des médecins en fonction du lieu d'obtention du doctorat

La plupart des médecins ont obtenu leur diplôme à Fès (85,9%), le reste est réparti comme suite:

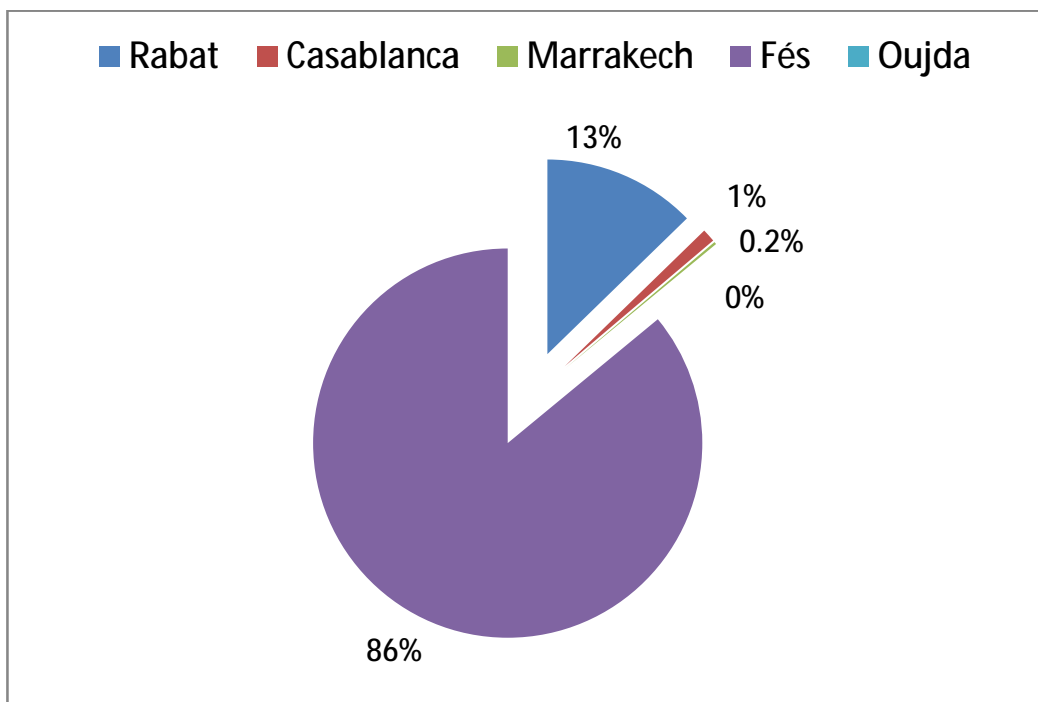


Figure 3 : Répartition des médecins selon le lieu d'obtentions du doctorat

2.2. Autres caractéristiques des médecins recrutés dans le Centre HospitalierUniversitaire de Fès :

Au total 615 médecins hospitaliers ont été recrutés pour l'étude, repartis selon le tableau suivant :

Tableau N°1 : Organigramme médical des services du CHU Hassan II-Fès

Organigramme médical des services du CHU Hassan II						
Service	Professeur	Résident	Interne	Total	Répondeurs	%
Cardiologie	3	15	1	19	19	100
Dermatologie	2	20	1	23	23	100
HGE*	6	19	1	26	20	76.92
Neurologie médicale	3	11	1	15	14	93.33
Neurologie chirurgicale	4	13	4	21	16	76.2
Réanimation	11	38	15	64	54	84.37
Oncologie	3	18	0	21	17	80.95
Radiothérapie	3	17	0	20	18	90
Néphrologie	3	29	1	33	29	87.87
Urologie	6	18	2	26	17	65.38
Chirurgie thoracique	2	5	1	8	6	75
Chirurgie générale	9	24	4	37	29	78.4
Chirurgie pédiatrique	8	16	6	30	16	53.33
Médecine interne	3	3	2	8	7	87.5
Pneumologie	4	10	1	15	13	86.66
COT*	7	40	6	53	48	90.56
Rhumatologie	2	8	0	10	10	100
ORL*	5	17	1	23	21	91.3
Pédiatrie médicale	11	29	4	44	42	95.45
Gynéco _ obstétrique	8	30	4	42	31	73.8
Ophthalmologie	3	19	0	22	4	18.18
Endocrinologie	1	20	0	21	16	76.2
CCV*	1	5	0	6	3	50
Urgences	-----	-----	11	11	11	100
Chirurgie vasculaire	2	7	2	11	7	63.63
Génétique	1	5	0	6	3	50
TOTAL	111	436	68	615	494	80.32

- HGE* : Hépto-gastro-entérologie
- COT* Chirurgie orthopédique et traumatique
- ORL* : Oto-rhino-laryngologie
- CCV* : Chirurgie cardio-vasculaire

Le nombre d'envoi total a été de 615, le nombre de réponses de 494, soit un taux de retour au questionnaire global de 80.32 %.

Le nombre de retour est très variable selon les spécialités, passant de 18.18 % pour le service d'Ophtalmologie à 100% pour les services de Dermatologie, de Cardiologie, de Rhumatologie et des urgences.

Tableau N°2 : Tableaux descriptifs des répondeurs

	N*	%
<u>Selon le Service</u>		
Cardiologie	19	100
Dermatologie	23	100
Hépatogastro-entérologie	20	76.92
Neurologie médicale	14	93.33
Neurologie chirurgicale	16	76.2
Réanimation	54	84.37
Oncologie	17	80.95
Radiothérapie	18	90
Néphrologie	29	87.87
Urologie	17	65.38
Chirurgie thoracique	6	75
Chirurgie générale	29	78.4
Chirurgie pédiatrique	16	53.33
Médecine interne	7	87.5
Pneumologie	13	86.66
Chirurgie orthopédique et traumatique	48	90.56
Rhumatologie	10	100
Oto-rhino-laryngologie	21	91.3
Pédiatrie médicale	42	95.45
Gynéco _ obstétrique	31	73.8
Ophtalmologie	4	18.18
Endocrinologie	16	76.2
Chirurgie cardio-vasculaire	3	50
Urgences	11	100
Chirurgie vasculaire	7	63.63
Génétique	3	50
<u>Selon le Statut</u>		
Professeur	73	14.8
Résident	358	72.5
Interne	63	12.8

	N	Médiane	Moyenne	ET *
<u>Selon les Années d'exercice</u>	494	3	3,3	4,6

N* : Nombre des médecins

- écart-type*

La répartition par statut médical place les Résidents en premiers répondeurs (72.5%), puis les Professeurs (14.8%), et enfin les Internes (12.8%),

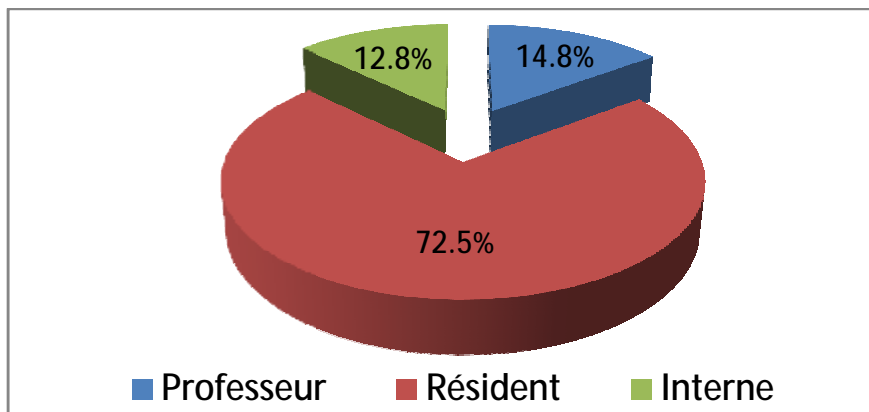


Figure 4 : Répartition des médecins selon le statut actuel

La moyenne d’années d’exercice des médecins répondeurs était de 3,3 années, avec un écart type de 4,6 ans.

3. Données portant sur l’expérience et la formation du praticien

3.1. Stage en psychiatrie

La grande majorité des médecins de notre population du CHU Hassan II de Fès avait bénéficié d’un stage unique au service de psychiatrie au cours de leurs cursus universitaires (92,3%).

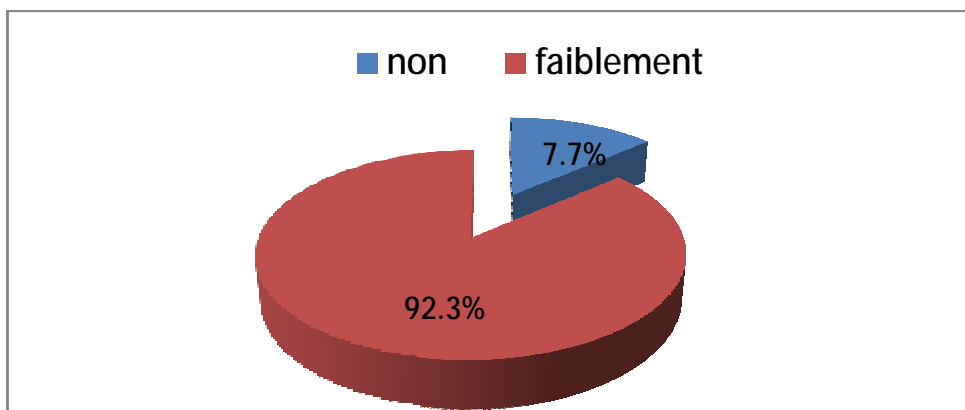


Figure 5 : Répartition des médecins selon le passage par un stage au service de psychiatrie

3.2. Formation continue en psychiatrie

La grande majorité des médecins répondants soit (98.7%), n'ont jamais reçu une formation continue dans le domaine de la psychiatrie.

3.3. Perception des compétences du praticien dans la prise en charge des troubles psychiatriques

▼ Sur le plan diagnostique

130 médecins répondants (26.3%) jugent que la formation de base qu'ils ont reçue à la faculté de Médecine leur permet de bien prendre en charge les troubles psychiatriques, alors que 3.4% mentionnent l'incapacité de diagnostiquer les troubles psychiatriques.

239 (48.6%) médecins répondants jugent pour moyen de prendre en charge les troubles psychiatriques sur le plan diagnostique.

107 (21.7%) médecins répondants jugent pour faible de prendre en charge les troubles psychiatriques sur le plan diagnostique.

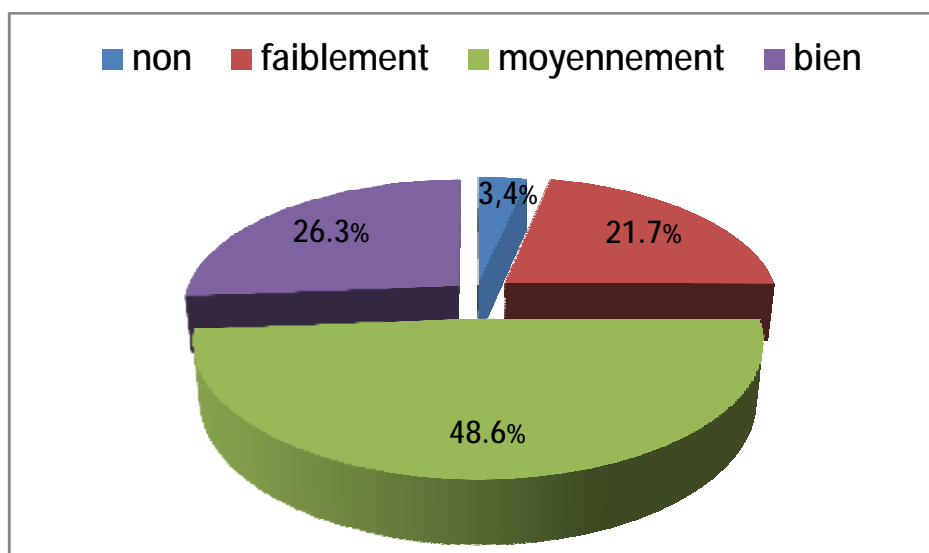


Figure 6 : Répartition des médecins selon l'évaluation du niveau diagnostique des troubles psychiatriques.

▼ Sur le plan Thérapeutique :

Près des deux tiers des répondants soit 59.5 % (292) jugent pour faible de prendre en charge les troubles psychiatriques.

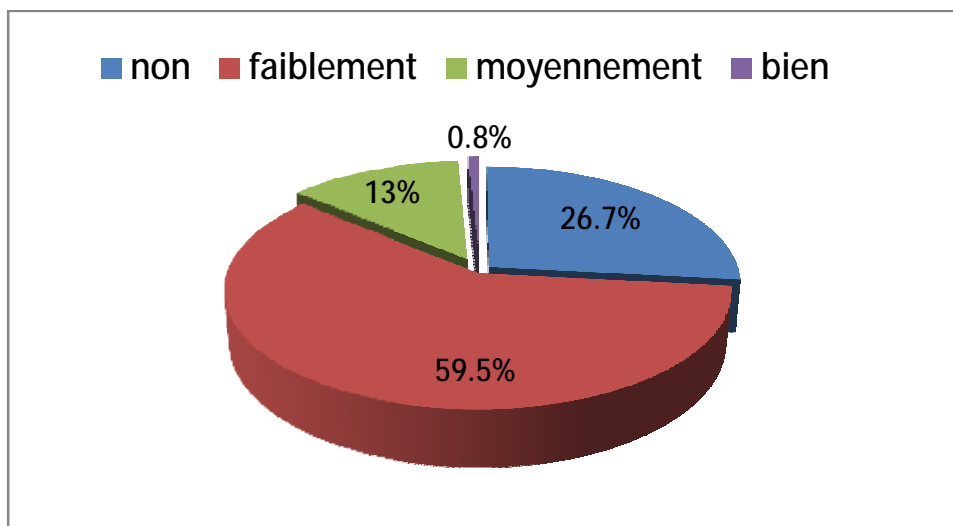


Figure 7: Répartition des médecins selon l'évaluation du niveau thérapeutique

▼ Sur le plan de suivi :

90% soit (444) sont incapables de prendre en charge les troubles psychiatriques sur le plan suivi.

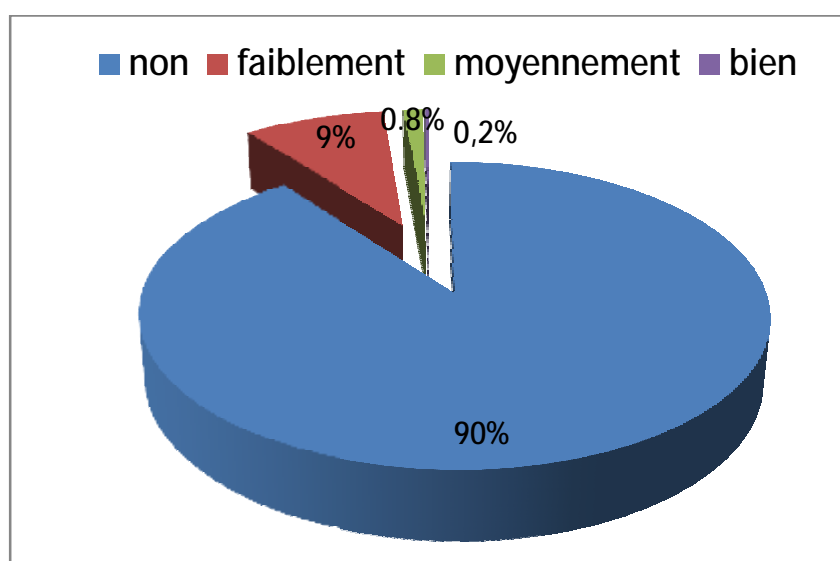


Figure 8 : Répartition des médecins selon l'évaluation du niveau suivi

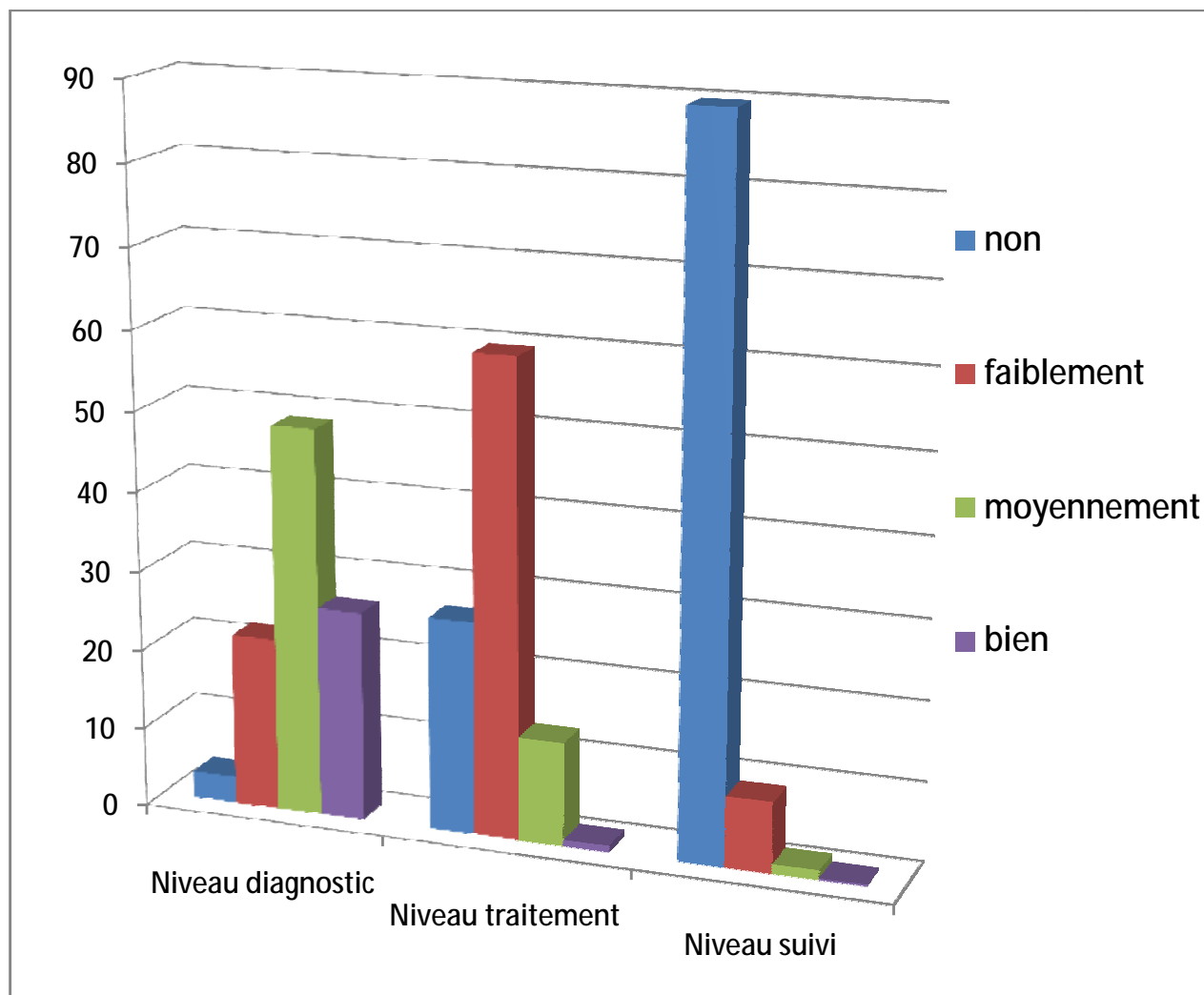


Figure 9 : Répartition des médecins selon l'évaluation des trois niveaux : diagnostique, traitement et suivi

4. Prévalence des troubles psychiatriques selon la perception des médecins:

54.7% des médecins répondants estiment que les troubles psychiatriques dans les services médico-chirurgicaux, ont une prévalence moyenne voire élevée. Cependant, 12.1% des médecins jugent qu'ils sont rares.

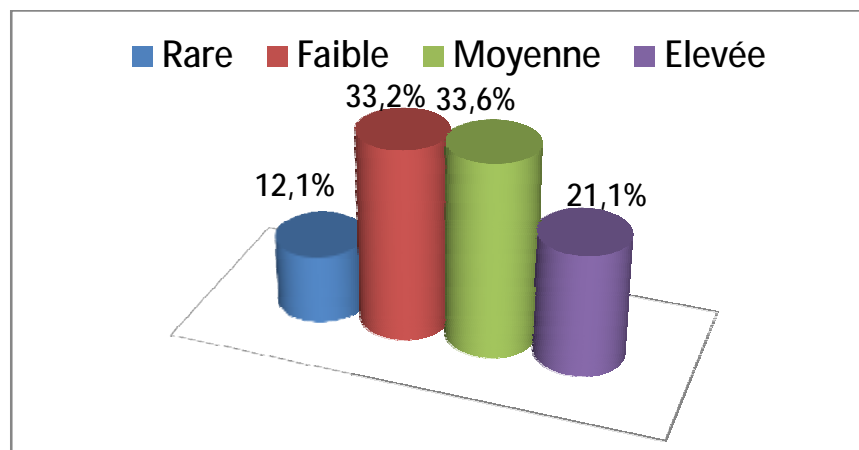


Figure 10 : Évaluation de la perception de la prévalence des troubles psychiatriques

5. Information sur la mise en place de la psychiatrie de liaison.

64,4% des médecins enquêtés ne sont pas au courant de la mise en place de la psychiatrie de liaison, dont les internes représentent la majorité à 85.7%.

35.6% des médecins enquêtés sont informés sur la mise en place de la psychiatrie de liaison cependant rien que 10% de ces médecins sont renseignés sur les modalités de déroulement de la demande de l'avis psychiatrique.

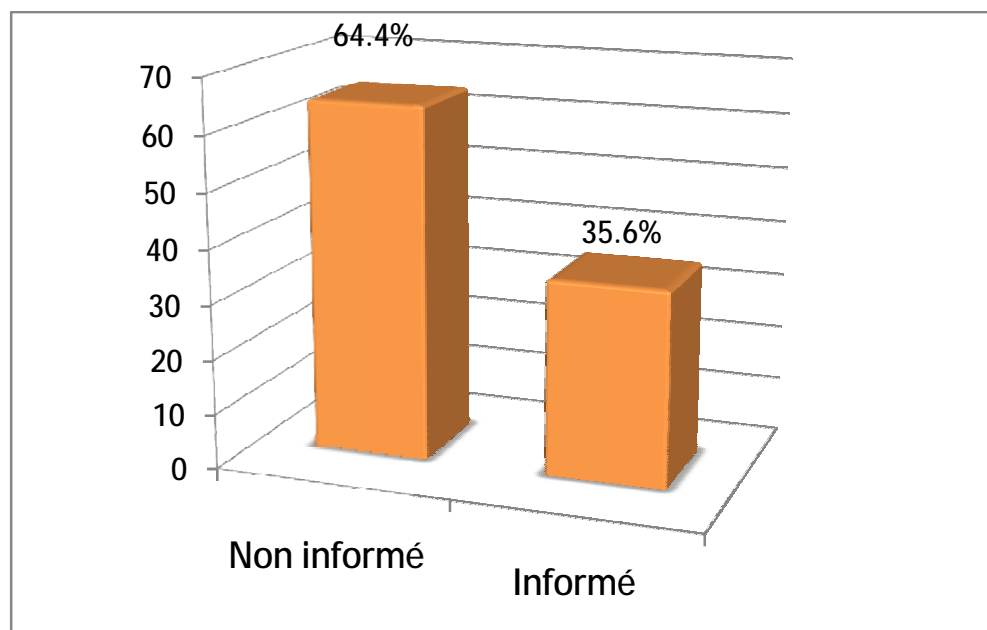


Figure 11 : Information sur la mise en place de la psychiatrie de liaison

6. Attitude du médecin face à un trouble psychiatrique chez un patient hospitalisé:

En ce qui concerne l'attitude adoptée par les médecins face à un trouble psychiatrique, presque tous les médecins (98%), n'hésitent pas à demander l'avis du psychiatre. Le reste est résumé dans le graphisme suivant ;

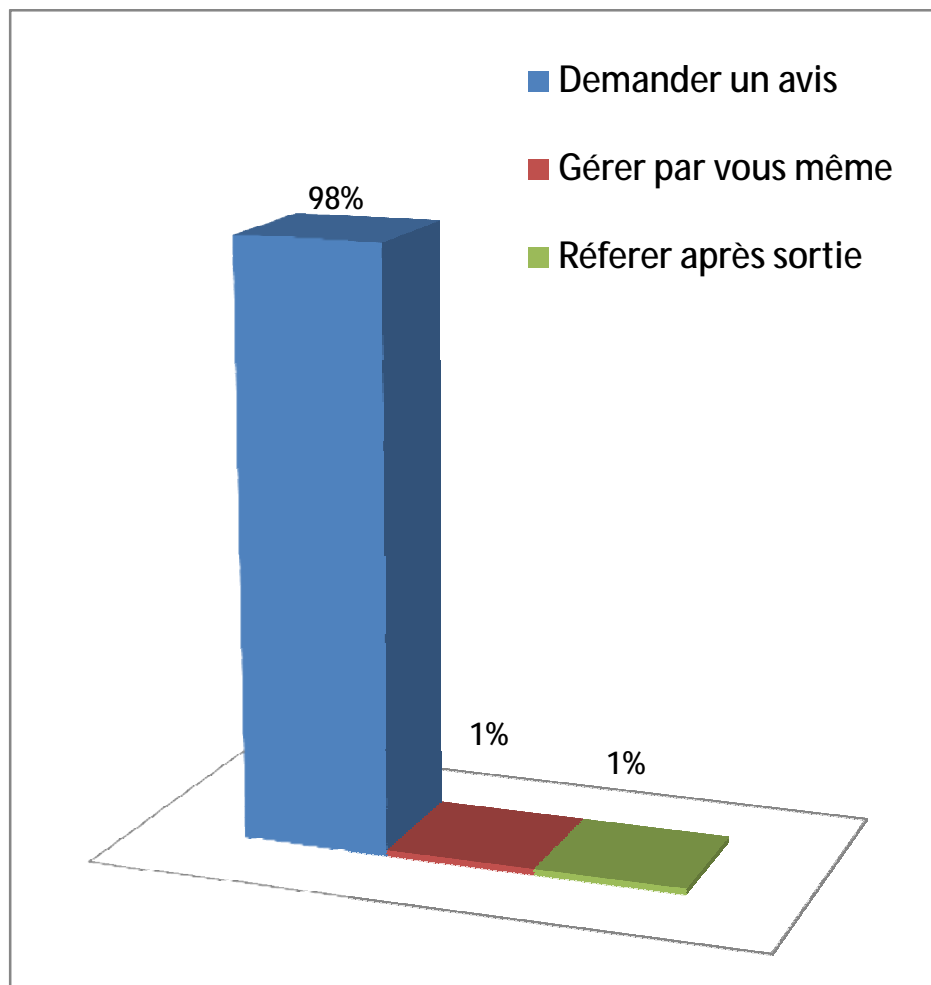


Figure 12 : Attitude du médecin face à un trouble psychiatrique

7. Demande de l'avis psychiatrique.

	N	%
Selon la question		
<u>Avez-vous déjà fait appel au service de psychiatrie de liaison :</u>		
- Oui	484	94,53
- Non	27	5,46
<u>Si oui est ce que c'est :</u>		
- Souvent	17	3,4
- Parfois	124	25,1
- Rarement	290	58,7
<u>Si oui est ce que votre demande d'avis était :</u>		
- Urgente :	365	87,1
- Différée :	54	12,9
<u>Si non est-ce :</u>		
- Difficultés à repérer un trouble psychiatrique,	15	3
- Le trouble psychiatrique n'est pas une priorité dans la prise en charge de vos patients hospitalisés,	0	0
- Difficultés liées à la demande de l'avis,	12	2,4
- Autre :...(réponse libre)*	0	0

94.53% des médecins ayant déjà fait appel à la psychiatrie de liaison, ce qui représente un taux élevé et non attendu, avec une fréquence de demande basse chez 58.7% et élevée chez 3.4% des enquêtés, et un niveau d'urgence instantanée chez 87.1% et différé chez 12.9%.

Les raisons de la non sollicitation du psychiatre sont partagées entre les difficultés à repérer un trouble psychiatrique chez (51%) et les difficultés liées à la demande de l'avis chez (49%).

8. Moyens de demande de l'avis psychiatrique :

95% des enquêtés utilisent le téléphone pour demander un avis psychiatrique.

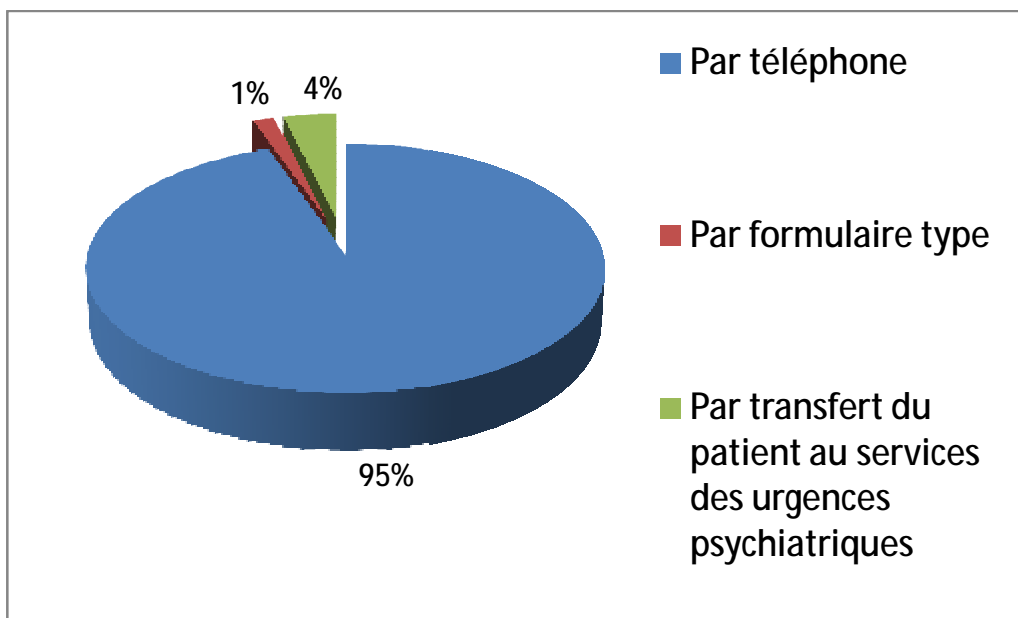


Figure 14: Moyens de demande de l'avis

9. Informations rapportées dans la demande de l'avis psychiatrique

- 67% des répondants rapportent les informations suivantes :
 - § Diagnostic de la pathologie organique,
 - § Traitements prescrits,
 - § Motif de l'avis psychiatrique.
- 15% des répondants rapportent que le:
 - § Diagnostic de la pathologie organique,
 - § Motif de l'avis psychiatrique.

10. Qui sollicite la demande de l'avis ?

Tous les médecins répondants sollicitent par eux même l'avis psychiatrique.

11. Perception de l'attitude des patients vis-à-vis de l'avis psychiatrique par leurs médecins traitants :

Presque la totalité des médecins jugent l'attitude de leurs patients vis-à-vis de l'avis psychiatrique comme défensive et défavorable.

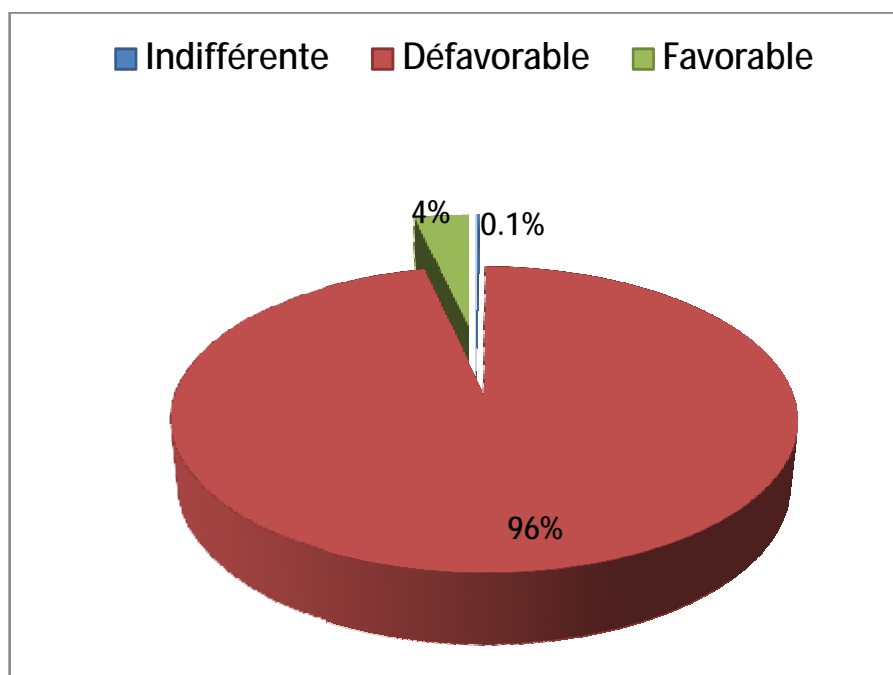


Figure 15 : Attitude des patients vis-à-vis de l'avis psychiatrique

12. Les contraintes de l'avis psychiatrique chez le médecin du CHU

Hassan II-Fès

Pour 100% les médecins enquêtés, l'éloignement du service de psychiatrie et le manque d'unité d'hospitalisation médico-psychiatrique sont les obstacles majeurs pour demander un avis.

Tandis que la moitié des enquêtés ont des difficultés à cerner la nature d'un trouble psychiatrique et son degré d'urgence.

Le reste est reparti selon la graphique suivante :

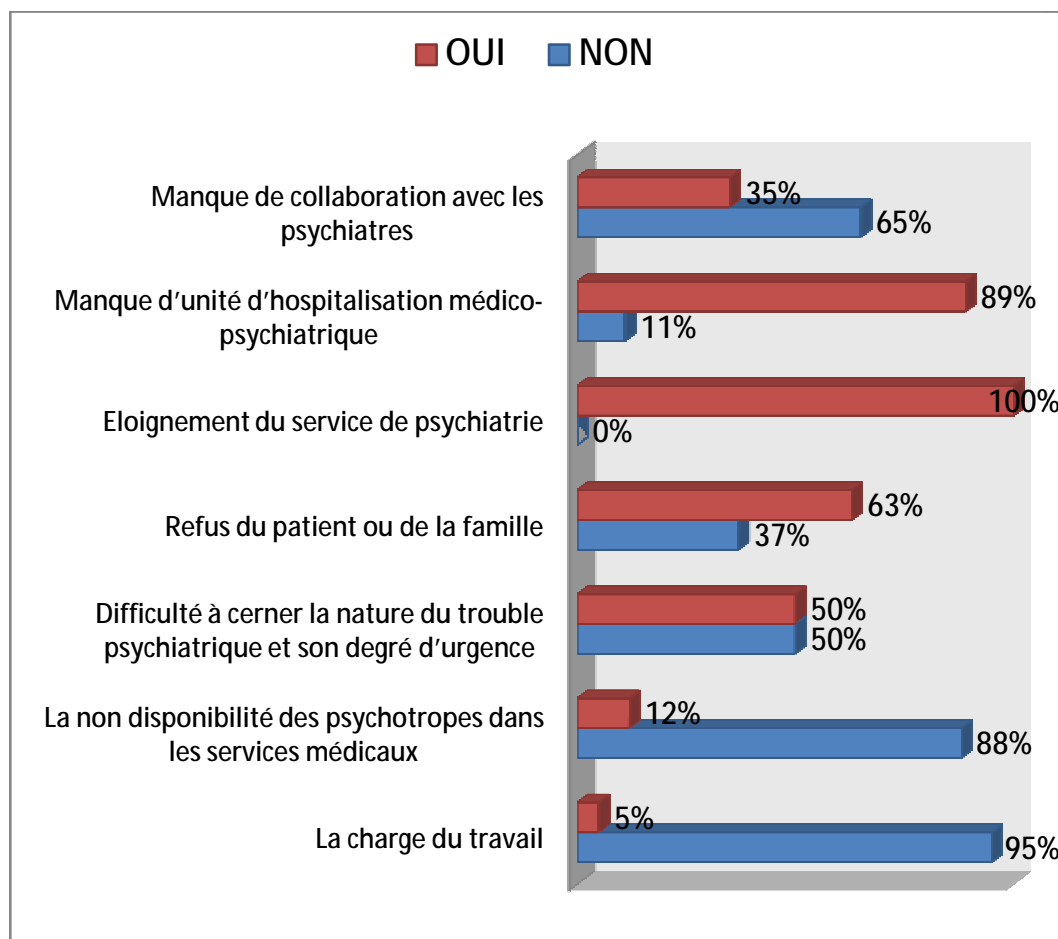


Figure 16 : Difficultés rencontrées par les médecins lors de la demande d'un avis

13. Délai du traitement de l’avis psychiatrique

80% des médecins répondants jugent que le traitement de l’avis psychiatrique est fait souvent dans un délai de retard :

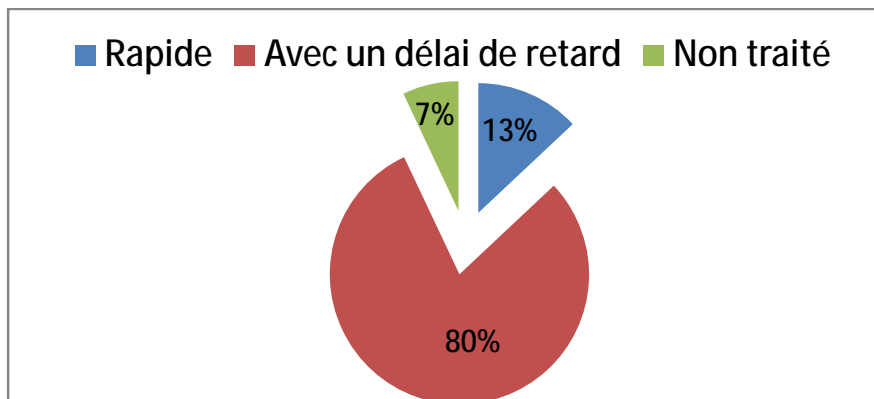


Figure 17: Délai du traitement de l'avis psychiatrique

14. Réception d’un compte rendu

90% des répondants reçoivent un compte-rendu sous forme oral et écrit dans la majorité des cas (96%).

15. L’avis est-il fait en présence du médecin demandeur ?

71% des répondants ont été présents avec le psychiatre lors de l’avis.

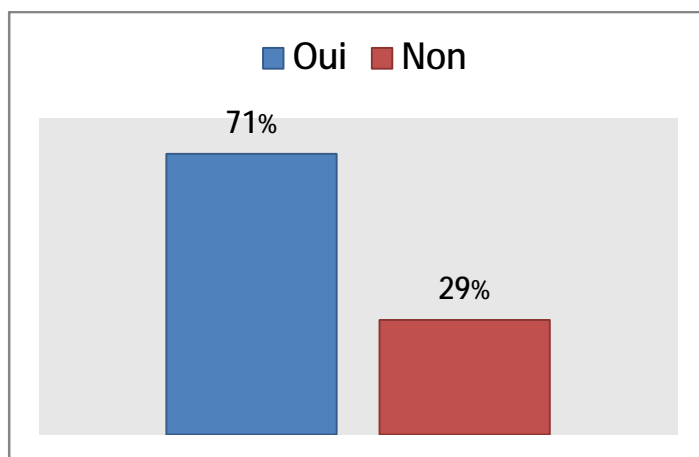


Figure 18 : Avis est-il fait en présence du médecin demandeur ?

16. Evaluation des avis psychiatriques:

Cette évaluation est variable selon le statut et les services médico-chirurgicaux ;

Tableau N°3 : Questions à échelle d'évaluation

	N	%
Acceptation du patient pour l'avis psychiatrique		
Faible	166	33.6
Modérée	265	53.7
bien	45	9.2
très bien	18	3.5
Satisfaction du médecin demandeur		
Faible	121	24.6
Modérée	180	36.4
bien	149	30.2
très bien	52	10.3
Collaboration de l'équipe psychiatrique		
Faible	96	19.5
Modérée	100	20.2
bien	209	42.3
très bien	89	18
Degré d'amélioration du patient après l'avis		
Faible	160	32.4
Modérée	180	36.3
bien	140	28.3
très bien	14	3
Communication avec le psychiatre de liaison		
Faible	76	15.4
Modérée	100	20.3
bien	229	46.3
très bien	89	18

17. Les motifs indiquant la demande de l'avis

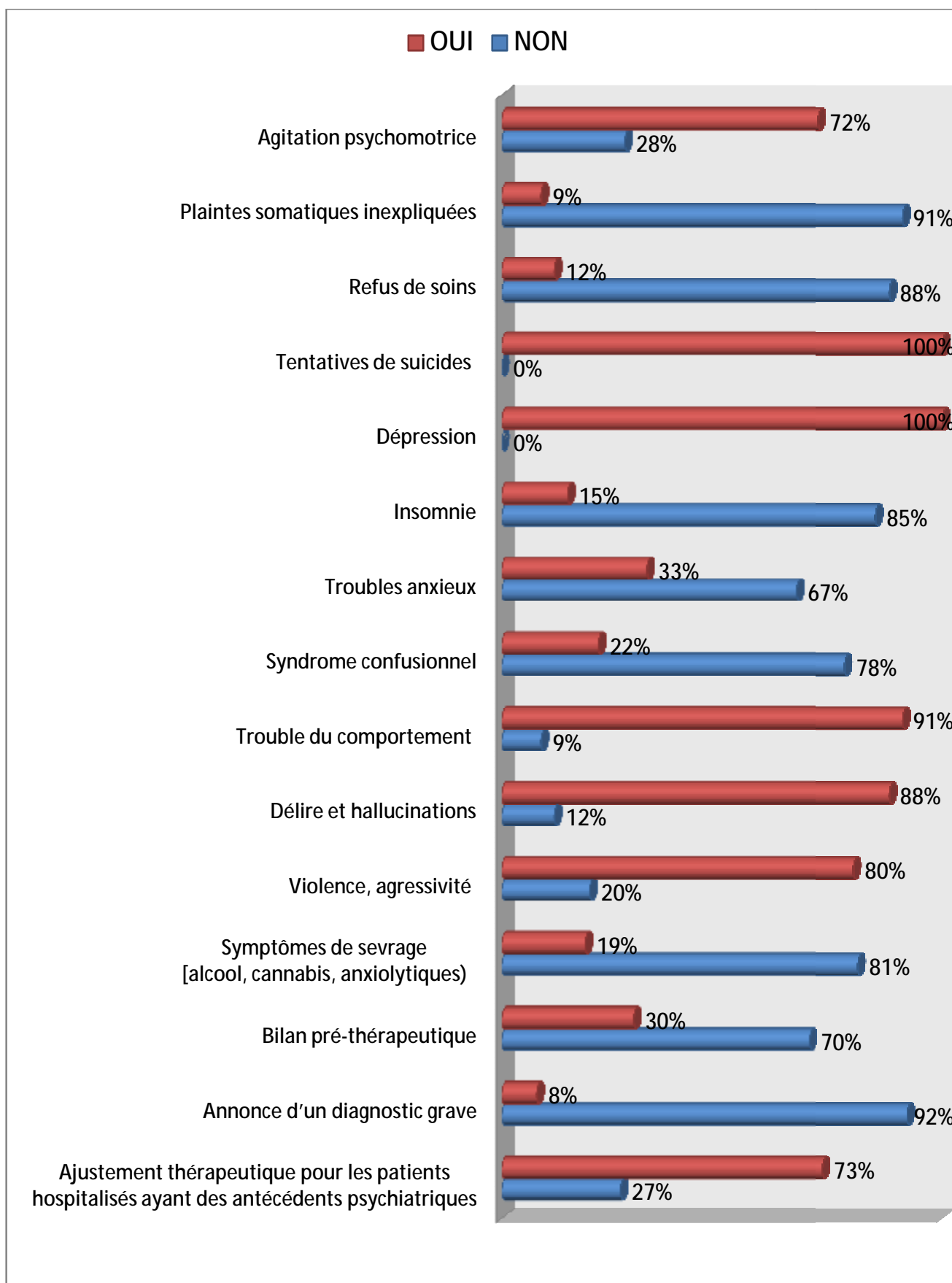


Figure 19 : Perception des motifs indiquant la demande d'un avis

18. Nécessité de la présence d'un psychiatre au CHU Hassan II-Fès

100% des répondants pensent que la présence d'un psychiatre au CHU Hassan II de Fès est nécessaire pour la prise en charge des troubles psychiatriques des patients hospitalisés dans les services médico-chirurgicaux.

90% des répondants le veulent :

- A un rythme en plein temps ;
- Dans les services médicaux ;
- Dont le moyen de communication est le téléphone.

19. Présence d'une unité d'hospitalisation médico-psychiatrique au CHU Hassan II de Fès

96% des répondants notent la nécessité de la présence d'une unité d'hospitalisation médico-psychiatrique au CHU Hassan II de Fès pour la prise en charge des troubles psychiatriques des patients hospitalisés dans les services médico-chirurgicaux

20. Les attentes pour améliorer la prise en charge des troubles psychiatriques des patients hospitalisés au CHU Hassan II-Fès

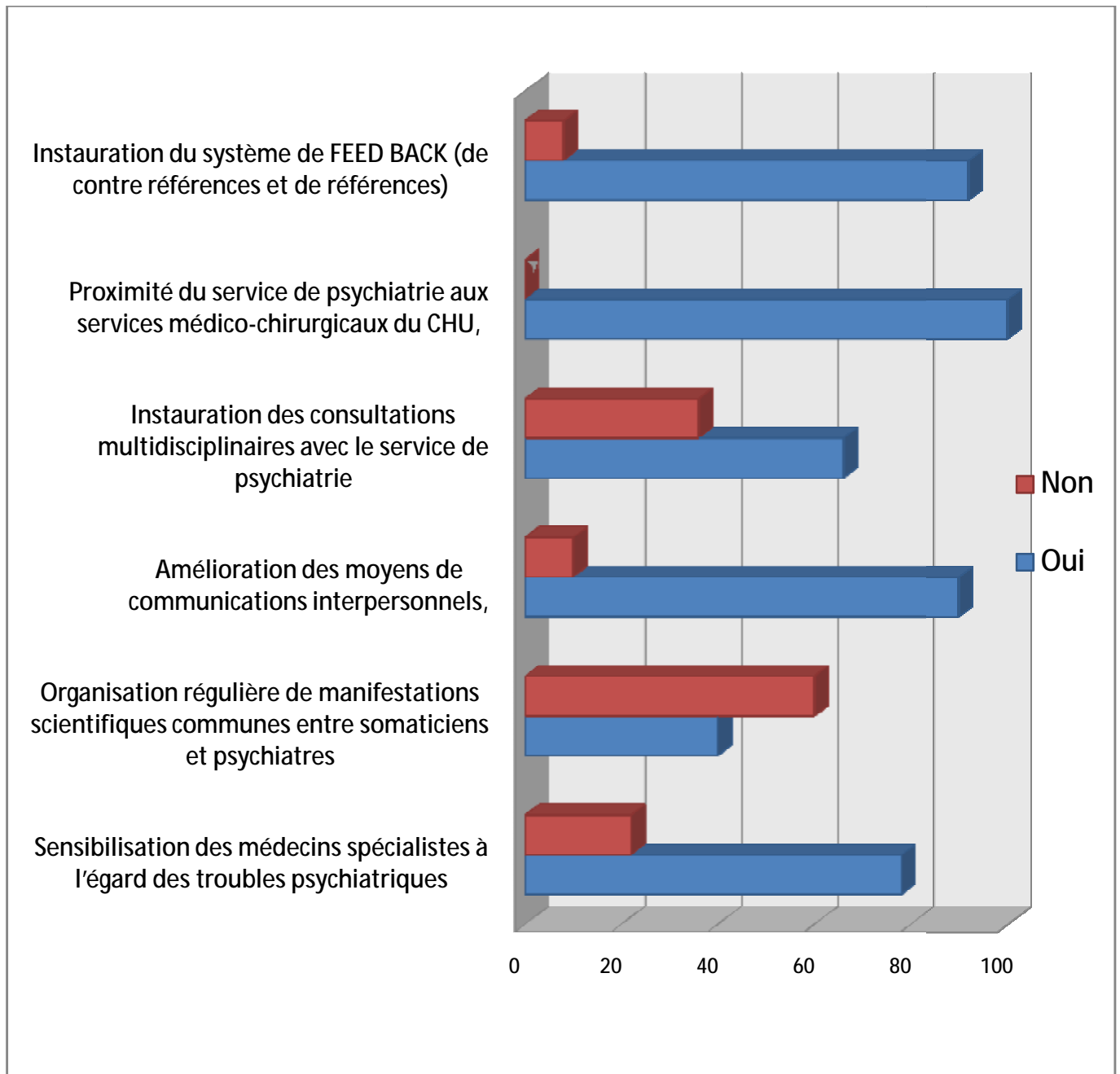


Figure 20: Attentes pour améliorer la prise en charge des troubles psychiatriques des patients hospitalisés au CHU Hassan II-Fès

21. Suggestions à propos de la psychiatrie de liaison

Cette réponse se présentait sans caractère obligatoire, ainsi, 7 médecins ont souhaité s'exprimer parmi les 494 ayant répondu au questionnaire.

Les réponses sont assez variées. Néanmoins, on retrouve trois groupes de réponses recueillant multiples suggestions :

- Le premier groupe exprimant simplement son insatisfaction du service délivré par l'équipe de psychiatrie de liaison et propose la nécessité d'une :
 - Unité d'hospitalisation pré et post-partum,
 - Unité de préparation à l'accouchement,
 - Prise en charge des parents en cas d'antécédents de malformation dans la fratrie ou en cas de découverte de malformation anténatal chez le fœtus.
- Le deuxième groupe exprimant une attente envers le développement d'un meilleur lien avec l'équipe de psychiatrie de liaison, notamment une meilleure disponibilité et une collaboration dans un cadre de confiance ;
- Le dernier groupe de réponses exprime la difficulté de trouver une unité d'hospitalisation appropriée pour les enfants victimes de sévices sexuelles et/ou de violences.

B. Étude analytique

Cette analyse a pour but de préciser le degré d'association entre les variables binaires de nos résultats, considérant comme différence significative toute association avec une P value <0,05.

Elle a été réalisée avec le test statique pour la comparaison des moyennes, et le test de khi 2 pour la comparaison des résultats.

Tableau N°4 : Étude des facteurs explicatifs de l'information sur l'existence de la mise en place de la psychiatrie de liaison chez les médecins somaticiens du CHU Hassan II-

Fès.

PARAMETRES	INFORMATION SUR LA MISE EN PLACE DE LA PSYCHIATRIE DE LIAISON		P VALUE
	OUI	NON	
Age (ans)	33.37+/- 5.319	29,63+/- 5.247	<0.001
Sexe			0.511
F	34,0	66,0	
H	37.1	62.9	
Doctorat			0.004
Maroc	37,6	62,4	
Etranger	18,9	81,1	
Nombre d'année d'exercice	4,01+/- 4.76	2,87+/- 4.64	0.01
Statut			<0.001
Professeur	69,3	30,7	
Résident	37,2	62,8	
Interne	11,1	88,9	
Stage			0.013
Oui	62,8	37,2	
Non	81,6	18,4	
Niveau diagnostique			0.073
Bien +Moyen	37,6	62,4	
Faible+Non	29,8	70,2	
Niveau thérapeutique			0.467
Bien +Moyen	36,8	63,2	
Faible+Non	35,4	64,6	
Niveau suivi			0.209
Bien +Moyen	57,1	42.9	
Faible+Non	35,3	64,7	

L'analyse a permis de retenir les associations significatives suivantes:

- le passage par un stage de psychiatrie ($p=0,013$): les médecins ayant bénéficié de ce stage ont été mieux informés sur l'existence de la mise en place de la psychiatrie de liaison au niveau du CHU Hassan II de Fès que leurs homologues qui n'en ont pas bénéficié.
- L'âge ($p=<0.001$): il s'est avéré que les médecins moins jeunes (33.37 ± 5.319) avaient de meilleures connaissances que les jeunes médecins ($29,63\pm 5.247$) sur l'existence de la mise en place de cette activité au niveau du CHU Hassan II de Fès.
- Le nombre d'années d'exercice ($p=0,01$): En effet les médecins avec plus d'années d'exercices à leur actif se sont révélés meilleurs informés sur le sujet que ceux moins d'expérience dans la spécialité.
- Lieu d'obtention du doctorat ($p=0.004$) : Les médecins ayant obtenus leur diplôme au Maroc ont été plus informés que ceux qui l'ont obtenu à l'étranger.
- Le statut médical des médecins spécialistes ($p=<0.001$): Les professeurs sont bien informés que les résidents, ces derniers sont mieux informés que les internes.

Par ailleurs, il ne semble pas y avoir d'association significatives entre l'information sur la mise en place de la psychiatrie de liaison et le ;

- Sexe ;
- Niveau diagnostique;
- Niveau thérapeutique;
- Niveau suivi.

Tableau N°5 : Étude des facteurs explicatifs de l'information sur les modalités de déroulement d'un avis psychiatrique

PARAMETRES	INFORMATION SUR LES MODALITES DE DEROULEMENT DE L'AVIS PSYCHIATRIQUE		P VALUE
	OUI	NON	
Age (ans)	31,35+/- 5,405	31,58+/- 5,271	0,796
Sexe			0.741
F	71,4	28,6%	
H	68,8	31,2%	
Doctorat			1
Maroc	69,9	30,1%	
Etranger	70,0%	30,0%	
Nombre d'année d'exercice	3,93+/- 4,811	4,33+/- 4,764	0,622
Statut			0.159
Professeur	63,9%	36,1%	
Résident	73,1%	26,9%	
Interne	42,9%	57,1%	
Stage			0.676
Oui	69,3%	30,7%	
Non	85,7%	14,3%	
Niveau diagnostique			0.312
Bien +Moyen	72,1%	27,9%	
Faible+Non	62,2%	37,8%	
Niveau thérapeutique			0.488
Bien +Moyen	38%	62%	
Faible+Non	37%	73%	
Niveau suivi			0.333
Bien +Moyen	56,1%	43.9%	
Faible+Non	39,3%	60,7%	

L'analyse a permis de retenir l'absence d'association significative entre l'information sur les modalités de déroulement d'un avis psychiatrique et tous les facteurs explicatifs ;

Tableau N°6 : Étude des facteurs explicatifs de l'évaluation de la prévalence des troubles psychiatriques au niveau du CHU Hassan II de Fès

PARAMETRES	PERCEPTION DE LA PREVALANCE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES		P VALUE
	Elevée+moyenne	Faible+rare	
Age (ans)	30,77+/- 5,737	29,62+/- 4,738	0,018
Sexe			0,426
F	62,5%	37,5%	
H	31,2%	68,8%	
Doctorat			0,023
Maroc	44,6%	55,4%	
Etranger	19,9%	80,1%	
Nombre d'année d'exercice	3,67+/- 5,122	2,80+/- 4,120	0,041
Statut			0,393
Professeur	75,0%	25,0%	
Résident	63,2%	36,8%	
Interne	71,4%	28,6%	
Stage			0,691
Oui	66,3%	33,7%	
Non	57,1%	42,9%	
Niveau diagnostique			0,241
Bien +Moyen	56,8%	43,2%	
Faible+Non	68,3%	31,7%	
Niveau thérapeutique			0,482
Bien +Moyen	39,8%	60,2%	
Faible+Non	39,4%	60,6%	
Niveau suivi			0,777
Bien +Moyen	47,1%	52,9%	
Faible+Non	55,3%	44,7%	

L'analyse a permis de retenir les associations significatives suivantes:

- L'âge ($p=0,018$): l'analyse a montré une très grande différence dans la notion de perception de la prévalence des troubles psychiatriques. En effet, Il était beaucoup plus estimé important par les médecins ayant une moyenne d'âge plus élevée que ceux ayant une moyenne d'âge moins élevée.
- Le nombre d'années d'exercice ($p=0,041$): en effet les médecins avec plus d'années d'exercices jugent que les troubles psychiatriques dans les services médico-chirurgicaux soient important que ceux ayant moins d'expérience dans la spécialité.
- Lieu d'obtention du doctorat ($p=0.023$) : Les médecins ayant obtenu leurs diplômes au Maroc ont jugé important le taux des troubles psychiatriques au niveau du CHU Hassan II-Fès que ceux qui l'ont obtenu à l'étranger.

Les paramètres avec des différences, mais non statistiquement significatives étaient :

- Sexe;
- Niveau diagnostique;
- Niveau thérapeutique;
- Niveau suivi;
- Passage par un stage en psychiatrie ;
- Statut médical.

Tableau N°7 : Étude des facteurs explicatifs de l'évaluation du degré de communication avec le psychiatre de liaison

PARAMETRES	EVALUTAION DU DEGRE DE COMMUNICATION AVEC LE PSYCHIATRE		P VALUE
	Très bien + bien	Modérée +Faible	
Age (ans)	31,01+/- 6,411	30,46+/- 4,992	0,334
Sexe			0,336
F	30.0%	70.0%	
H	32.1%	67.9%	
doctorat			0,254
Maroc	30,4%	69,6%	
Etranger	38,8%	61,2%	
Nombre d'année d'exercice	3,94+/- 5,759	3,33+/- 4,501	0.235
Statut			0,004
Professeur	66,2%	33,8%	
Résident	55,2%	44,8%	
Interne	28,8%	71,2%	
Stage			0.0013
Oui	91,6%	8,4%	
Non	68,8%	31,2%	
Niveau diagnostique			0,049
Bien +Moyen	32,6%	67,4%	
Faible+Non	29,2%	70,8%	
Niveau thérapeutique			0,0202
Bien +Moyen	31,8%	68,2%	
Faible+Non	30,4%	69,6%	
Niveau suivi			0.008
Bien +Moyen	50,1%	49,9%	
Faible+Non	30,3%	69,7%	

L'analyse a permis de retenir les associations significatives suivantes:

- le passage par un stage de psychiatrie ($p=0,0013$): Les médecins ayant bénéficié de ce stage ont perçu cette communication bonne voire très bonne que leurs homologues qui n'en ont pas bénéficié.
- Le statut médical des médecins spécialistes ($p=<0.004$): Les professeurs pensent qu'il existe une meilleure communication avec les psychiatres. cette communication est moins bonne selon les résidents et les internes.
- Sur les trois niveaux :
 - Niveau diagnostique ($p=0,049$)
 - Niveau thérapeutique ($p=0,0202$)
 - Niveau suivi ($p=0.008$)

Il semble y avoir de forte association significative entre la communication avec le psychiatre et la bonne formation dans la prise en charge sur les trois plans diagnostique, thérapeutique et suivi.

Les paramètres avec des différences, mais non statistiquement significatives étaient :

- L'âge.
- le sexe.
- le lieu d'obtention du diplôme.
- Nombre d'année d'exercice.

**Tableau N°8 : Étude des facteurs explicatifs de l'évaluation du degré de
d'accessibilité à un avis psychiatrique**

PARAMETRES	EVALUTAION DU DEGRE DE D'ACCESSIBILITE A UN AVIS PSYCHIATRIQUE		P VALUE
	Très bien + bien	Modérée +Faible	
Age (ans)	31,01+/- 6,411	30,46+/- 4,992	0,334
Sexe			0.555
F	9,5%	90,5%	
H	13,4%	86,6%	
Doctorat			0,543
Maroc	16,5%	83,5%	
Etranger	20,4%	79,6%	
Nombre d'année d'exercice	4,7+/- 6,812	3,31+/- 4,449	0.29
Statut			0,174
Professeur	19,4%	80,6%	
Résident	17,7%	82,3%	
Interne	7,0%	93,0%	
Stage			0,816
Oui	85,7%	14,3%	
Non	83,0%	17,0%	
Niveau diagnostique			0,085
Bien +Moyen	19,0%	81,0%	
Faible+Non	11,7%	88,3%	
Niveau thérapeutique			1
Bien +Moyen	15,7%	84,3%	
Faible+Non	17,1%	82,9%	
Niveau suivi			0.845
Bien +Moyen	66,7%	33,3%	
Faible+Non	56,2%	43,8%	

L'analyse a permis de retenir l'absence d'association significative entre l'évaluation du degré de l'accessibilité à un avis psychiatrique et tous les facteurs explicatifs ;

**Tableau N°9 : Étude des facteurs explicatifs de l'évaluation du degré de satisfaction
du médecin demandeur**

PARAMETRES	EVALUTAION DU DEGRE DE SATISFACTION DU MEDECIN DEMANDEUR		P VALUE
	Très bien + bien	Modérée +Faible	
Age (ans)	32,12 +/- 6,399	29,98+/- 4,867	<0.001
Sexe			0,836
F	31,0%	69,0%	
H	32,0%	68,0%	
Doctorat			0,256
Maroc	30,6%	69,4%	
Etranger	38,8%	61,2%	
Nombre d'année d'exercice	4,64+/- 5,853	3,04 +/- 4,388	0.002
Statut			0,001
Professeur	50,0%	50,0%	
Résident	28,8%	71,2%	
Interne	20,9%	79,1%	
Stage			0,451
Oui	30,9%	69,1%	
Non	37,2%	62,8%	
Niveau diagnostique			0,235
Bien +Moyen	31,6%	68,4%	
Faible+Non	39,8%	60,2%	
Niveau thérapeutique			0.341
Bien +Moyen	30,8%	69,2%	
Faible+Non	37,4%	62,6%	
Niveau suivi			0.328
Bien +Moyen	67,1%	32,9%	
Faible+Non	55,3%	44,7%	

Les associations significatives sont:

- L'âge ($p < 0.001$): En effet les médecins moins jeunes ($32,12 \pm 6,399$) avaient de meilleures satisfactions du rôle du psychiatre lors dans la prise en charge de leurs patients que les jeunes médecins ($29,98 \pm 4,867$).
- Le nombre d'années d'exercice ($p = 0.002$): les médecins avec plus d'années d'exercices se sont révélés satisfaits du rôle du psychiatre lors dans la prise en charge de leurs patients que ceux moins d'expérience dans la spécialité.
- Le statut médical des médecins spécialistes ($p = 0.001$): Les professeurs sont bien satisfaits du rôle du psychiatre que les résidents et les internes.

Les paramètres avec des différences, mais non statistiquement significatives étaient le :

- Sexe ;
- Niveau diagnostique ;
- Niveau thérapeutique;
- Niveau suivi;
- Passage par un stage en psychiatrie ;
- Lieu d'obtention du doctorat.

Tableau N°10 : Étude des facteurs explicatifs de l'évaluation du degré de collaboration du médecin demandeur.

PARAMETRES	EVALUTAION DU DEGRE DE COLLABORATION DU MEDECIN DEMANDEUR		P VALUE
	Très bien + bien	Modérée +Faible	
Age (ans)	30,62+/- 5,582	29,59 +/- 4,814	0.039
Sexe			0.222
F	45,1%	54,9%	
H	48,6%	51,4%	
doctorat			0,764
Maroc	31,6%	68,4%	
Etranger	38,5%	61,5%	
Nombre d'année d'exercice	3,51 +/- 4,788	2,86+/- 4,554	0.004
Statut			0.245
Professeur	28,8%	71,2%	
Résident	37,2%	62,8%	
Interne	41,3%	58,7%	
Stage			0,296
Oui	30,9%	69,1%	
Non	44%	66%	
Niveau diagnostique			0.202
Bien +Moyen	48,4%	51,6%	
Faible+Non	49,4%	67,6%	
Niveau thérapeutique			0.331
Bien +Moyen	31,8%	68,2%	
Faible+Non	36,4%	63,6%	
Niveau suivi			1
Bien +Moyen	67,1%	32,9%	
Faible+Non	66,3%	33,7%	

L'analyse a permis de retenir les associations significatives suivantes:

- L'âge ($p=0.039$): En effet, les médecins moins jeunes ($30,62 \pm 5,582$) avaient de meilleures satisfactions de la collaboration du psychiatre lors dans la prise en charge de leurs patients que les jeunes médecins ($29,59 \pm 4,814$).
- Le nombre d'années d'exercice ($p=0.004$): les médecins avec plus d'années d'exercices se sont révélés satisfaits de la collaboration du psychiatre lors de la prise en charge de leurs patients, que ceux ayant moins d'expérience dans la spécialité.

Les paramètres avec des différences, mais non statistiquement significative étaient :

- Sexe ;
- Niveau diagnostique ;
- Niveau thérapeutique ;
- Niveau suivi ;
- Passage par un stage en psychiatrie ;
- Lieu d'obtention du doctorat ;
- Statut médical.

**Tableau N°11 : Étude des facteurs explicatifs des difficultés liées à la non disponibilité
des psychotropes dans les services médico-chirurgicaux**

PARAMETRES	CONTRAINTE DE LA NON DISPONIBILITE DES PSYCHOTROPES DANS LES SERVICES MEDICAUX		P VALUE
	Oui	Non	
Age (ans)	35,69+/- 8,592	30,07+/- 5.104	<0,001
Sexe			0,715
F	50,8%	49,2%	
H	49,7%	50,3%	
Doctorat			0,775
Maroc	10,7%	89,3%	
Etranger	10,5%	89,5%	
Nombre d'année d'exercice	4,32+/- 5,222	4,83+/- 6,272	0.945
Statut			<0,001
Professeur	15,1%	84,9%	
Résident	0,6%	99,4%	
Interne	4,8%	95,2%	
Stage			0,209
Oui	13,5%	86,5%	
Non	19,7%	80,3%	
Niveau diagnostique			0,379
Bien +Moyen	44,9%	55,1%	
Faible+Non	53,2%	46,8%	
Niveau thérapeutique			0,144
Bien +Moyen	91,2%	8,8%	
Faible+Non	97,7%	2,3%	
Niveau suivi			0,207
Bien +Moyen	58,9%	41,1%	
Faible+Non	57,2%	42,8%	

L'analyse a permis de retenir les associations significatives suivantes:

- L'âge ($p < 0,001$): les médecins moins jeunes ($35,69 \pm 8,592$) ont pensé que la non disponibilité des psychotropes dans les services hospitalisés est une grande contrainte, que les médecins jeunes ($30,07 \pm 5,104$).
- Le statut médical des médecins spécialistes ($p < 0,001$): Les professeurs ont pensé plus que la non disponibilité des psychotropes les empêche de demander un avis, que les résidents et les internes.

Les paramètres avec des différences, mais non statistiquement significative étaient le :

- Sexe
- Niveau diagnostique
- Niveau thérapeutique
- Niveau suivi
- Passage par un stage en psychiatrie
- Lieu d'obtention du doctorat
- Statut médical
- Nombre d'année d'exercice

Tableau N°12 : Étude des facteurs explicatifs de l'intérêt de la sensibilisation des médecins à l'égard des troubles psychiatriques

PARAMETRES	SENSIBILISATION DES MEDECINS SPECIALISTES A L'EGARD DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES		P VALUE
	Oui	Non	
Age (ans)	33,62+/- 5.697	28,65+/- 2.846	0,001
Sexe			0,134
F	88%	12%	
H	78%	22%	
Doctorat			0,459
Maroc	87,3%	12,7%	
Etranger	89,1%	10,9%	
Nombre d'année d'exercice	3,58+/- 5,083	1,8+/- 1,903	0,001
Statut			0,001
Professeur	97%	2,2%	
Résident	77%	23%	
Interne	81%	19%	
Stage			0,397
Oui	27,7%	72,3%	
Non	18,2%	81,8%	
Niveau diagnostique			0,791
Bien +Moyen	82,3%	19,2%	
Faible+Non	82,3%	17,7%	
Niveau thérapeutique			1
Bien +Moyen	71,2%	28,8%	
Faible+Non	70,7%	29,3%	
Niveau suivi			0,388
Bien +Moyen	100%	0%	
Faible+Non	80%	20%	

L'analyse a permis de retenir les associations significatives suivantes:

- L'âge ($p < 0.001$): En effet, les médecins moins jeunes ($33,62 \pm 5.697$) avaient de grandes attentes (sensibilisation des médecins à l'égard des troubles psychiatriques), que les médecins plus jeunes ($28,65 \pm 2.846$).
- Le nombre d'années d'exercice ($p = 0.001$): les médecins avec plus d'années d'exercices se sont révélés demandeurs plus de sensibiliser les médecins somaticiens à l'égard des troubles psychiatriques, pour améliorer la prise en charge que ceux ayant moins d'expérience dans la spécialité.
- Le statut médical des médecins spécialistes ($p = 0.001$): Les professeurs demandent de sensibiliser les médecins somaticiens à l'égard des troubles psychiatriques, pour améliorer la PEC, que les résidents et aux internes.

Les paramètres avec des différences, mais non statistiquement significatives étaient :

- Sexe,
- Niveau diagnostique,
- Niveau thérapeutique,
- Niveau suivi,
- Passage par un stage en psychiatrie,
- Lieu d'obtention du doctorat.

Tableau N°13 : Étude des facteurs explicatifs de l'intérêt d'organisation de manifestations scientifiques communes entre psychiatre et somaticien

PARAMETRES	ORGANISATION REGULIERE DE MANIFESTATION SCIENTIFIQUES COMMUNES ENTRE PSYCHIATRES ET SOMATICIENS		P VALUE
	Oui	Non	
Age (ans)	35,69+/- 8.592	30,07+/- 5.104	<0.0001
Sexe			0,194
F	78,3%	21,7%	
H	78%	22%	
Doctorat			0,105
Maroc	66%	34%	
Etranger	45%	55%	
Nombre d'année d'exercice	3,93+/- 5,573	2,63+/- 3,341	0.003
Statut			0,007
Professeur	64,4%	35,6%	
Résident	45,0%	55,0%	
Interne	42,9%	57,1%	
Stage			0,111
Oui	56,0%	44,0%	
Non	68,4%	31,6%	
Niveau diagnostique			1
Bien +Moyen	71,2%	28,8%	
Faible+Non	70,7%	29,3%	
Niveau thérapeutique			0,109
Bien +Moyen	39,7%	60,3%	
Faible+Non	48,89	51,2%	
Niveau suivi			0,388
Bien +Moyen	99,2%	0.8%	
Faible+Non	71%	29%	

L'analyse a permis de retenir les associations significatives suivantes:

- L'âge ($p < 0.001$): En effet les médecins moins jeunes ($35,69 \pm 8.592$) avaient de grandes attentes (Organisation de manifestations scientifiques communes entre psychiatres et somaticiens), que les médecins plus jeunes ($30,07 \pm 5.104$), afin d'améliorer la prise en charge.
- Le nombre d'années d'exercice ($p = 0.003$): les médecins avec plus d'années d'exercices trouvent plus l'intérêt d'organiser des manifestations scientifiques communes entre psychiatre et somaticien, pour améliorer la prise en charge que ceux ayant moins d'expérience dans la spécialité.
- Le statut médical des médecins spécialistes ($p = 0.007$): Les professeurs demandent plus d'organiser des manifestations scientifiques communes entre psychiatres et somaticiens, pour améliorer la prise en charge par rapport aux résidents et aux internes.

Les paramètres avec des différences, mais non statistiquement significatives étaient :

- Sexe ;
- Niveau diagnostique ;
- Niveau thérapeutique ;
- Niveau suivi ;
- Passage par un stage en psychiatrie ;
- Lieu d'obtention du doctorat.

Tableau N°14 : Étude des facteurs explicatifs de l'intérêt d'instauration des consultations multidisciplinaires

PARAMETRES	INSTAURATION DES CONSULTATIONS MULTIDISCIPLINAIRES		P VALUE
	Oui	Non	
Age (ans)	30+/- 5.761	28+/- 4.657	0,006
Sexe			0,237
F	78,3%	21,7%	
H	78%	22%	
Doctorat			0,310
Maroc	52 ,5%	47,5%	
Etranger	51%	49%	
Nombre d'année d'exercice	3,88+/- 5,315	2,52+/- 3,700	0.001
Statut			0,002
Professeur	74,4%	25,6%	
Résident	55,0%	44,0%	
Interne	47,9%	52,1%	
Stage			0,222
Oui	73,0%	27,0%	
Non	78,4%	21,6%	
Niveau diagnostique			0,711
Bien +Moyen	71,2%	28,8%	
Faible+Non	66,7%	33,3%	
Niveau thérapeutique			0,169
Bien +Moyen	49,7%	50,3%	
Faible+Non	48,89	51,2%	
Niveau suivi			0,488
Bien +Moyen	55,2%	44,8%	
Faible+Non	60%	40%	

L'analyse a permis de retenir les associations significatives suivantes:

- L'âge ($p < 0.006$): Les médecins moins jeunes (30 ± 5.761) avaient de grandes attentes (instauration de consultations multidisciplinaires), que les médecins plus jeunes (28 ± 4.657), afin d'améliorer la PEC.
- Le nombre d'année d'exercice ($p = 0.001$): les médecins avec plus d'années d'exercices pensent que l'instauration de consultations multidisciplinaires pourra améliorer la prise en charge que ceux ayant moins d'expérience dans la spécialité.
- Le statut médical des médecins spécialistes ($p = 0.002$): Les professeurs demandent plus d'organiser des consultations multidisciplinaires, que les résidents et aux internes.

Les paramètres avec des différences, mais non statistiquement significatives étaient le :

- Sexe ;
- Niveau diagnostique ;
- Niveau thérapeutique ;
- Niveau suivi ;
- Passage par un stage en psychiatrie ;
- Lieu d'obtention du doctorat.

CHAPITRE 2 :

DISCUSSION

I. Argumentaire de l'étude

Dans notre pays, la psychiatrie de liaison est une discipline encore jeune, elle n'est pas encore 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 prise en charge des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés permettra l'amélioration de leur qualité de vie, la diminution de la durée du séjour, du nombre des examens complémentaires et des coûts des soins. Pourtant, la psychiatrie de liaison est confrontée à de nombreuses contraintes, liées à sa position extérieure par rapport aux lieux où il intervient, au type de patients, à l'équipe de liaison, mais aussi en grande partie à la perception de cette discipline par les soignants, de ce fait, notre étude a consisté à :

- Evaluer la perception des soignants envers la psychiatrie de liaison ;
- Déterminer l'implication et le niveau de collaboration des soignants dans l'activité de la psychiatrie de liaison ;
- Dépister les difficultés et les contraintes rencontrées par les soignants dans la participation à la psychiatrie de liaison ;
- Partager les connaissances pour renforcer les compétences mutuelles des soignants et assurer une prise en charge psychiatrique de ces troubles ;
- Sensibiliser les équipes soignantes à l'importance du dépistage des troubles psychiatriques pour améliorer la PEC globale des patients.

II. Psychiatrie de liaison :

1. Intérêt :

Un des intérêts majeurs de la psychiatrie de liaison est d'être en première ligne du dispositif de santé mentale, ce qui est un défi au regard de l'OMS. (5)

La pratique de la psychiatrie à l'hôpital général n'est pas forcément synonyme de coûts financiers supplémentaires pour les organisations hospitalières. Ainsi depuis la création des unités de psychiatrie de liaison, différents bénéfices ont été démontrés. Dès 1941, Billings mettait en avant les économies réalisées ainsi que l'amélioration des prestations médicales grâce aux interventions de la psychiatrie de liaison (1) (6).

Strain a montré qu'il pouvait faire fonctionner son service de liaison avec 10 % d'économies, réalisées par la diminution de la DMS (Durée moyenne de séjour) des patients dans un service d'orthopédie (7).

De plus, Hales et Robert en 1985 expliquent que la pratique de la psychiatrie de liaison augmente le taux de diagnostic de troubles psychiatriques ou autres, entraînant une réduction de la durée des séjours hospitaliers en milieu médical ou chirurgical, une diminution de l'usage des services de médecine et un développement des activités de psychiatrie de liaison innovantes(6).

Ces données ont été récemment confirmées en 2014, par une méta-analyse menée par Wood et Wand (8) de 40 études parmi 1659 publications disponibles dans les bases de données actuelles en lien avec l'efficacité de la psychiatrie de liaison. Celles-ci retrouvent ainsi une baisse des coûts ainsi qu'une diminution des durées de séjours hospitaliers.

Dans une étude française en 2015, Royer (9), note que la psychiatrie de liaison permet également d'améliorer la prise en charge des patients dans les

services somatiques en permettant une meilleure acceptabilité des soins. C'est ainsi qu'une étude menée à New York en 1992 par Howanitz montre que 70 % des patients vus pour refus de traitement, changent d'avis dans les 24 heures suivant la consultation de liaison(10).

Dans certains cas particuliers, la présence d'un service de psychiatrie de liaison permet de diminuer l'usage de psychotropes notamment dans les populations gériatriques(11).

En 1996, l'équipe du D. Gitlin, du service de psychiatrie de liaison de l'hôpital de Worcester dans le Massachusetts aux États-Unis a publié des recommandations afin d'améliorer l'apprentissage de la pratique de la psychiatrie de liaison(12).

Royer a montré que le développement de la santé tend actuellement vers l'apparition de nouveaux modèles de prise en charge pour les patients. Parmi ceux-ci, il retrouve la notion de pathologies dites « transversales » qui n'appartiennent à aucun domaine médical spécifique en particulier (9). Ainsi elles ne seraient plus traitées par une unique spécialité médicale mais par un corpus de professionnels exerçant en complémentarité afin de traiter conjointement tous les aspects d'une maladie. (9)

Royer voit l'exemple de l'obésité un bon modèle. En effet, il s'agit d'une maladie endémique, secondaire à la disparition des problématiques de famine. Le développement des sociétés industrialisées amène à une réduction des dépenses caloriques de ses habitants, tout en mettant à disposition une quantité de nourriture en abondance. Cette pathologie, pratiquement anecdotique il y a quelques siècles, est devenue préoccupante pour les nations d'aujourd'hui (9). Les mécanismes physiopathologiques connus sont multifactoriel, c'est la raison pour laquelle les traitements proposés s'intéressent à chacune de ces causes, devenant alors toutes

des leviers d'action thérapeutiques potentiels. (On peut citer les pistes métaboliques, endocrinologiques et psychologiques). (9)

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

- Le développement de consultations mixtes dites conjointes (13) (14) (7): elles permettent au patient de bénéficier au cours de la même consultation d'une prise en charge somatique et psychique, tout en tenant compte des interactions entre ces deux entités ;
- Le développement d'unités dites « médico-psychiatriques »(15) (16) (7) : permettant une prise en charge hospitalière complète pouvant traiter les pathologies psychiatriques et somatiques au même temps.

Ces deux nouvelles propositions nécessitent encore un travail d'acceptation par les professionnels de santé d'une part, et par les structures administratives hospitalières d'autre part. De plus, leur réalisation ne sera effective que si des efforts sur la coordination des soins sont maintenus de façon continue. (9)

Malgré ces deux difficultés, l'accroissement de ce type de structures pourrait permettre un puissant développement pour la psychiatrie de liaison et la psychiatrie en général. (9)

La technicité de la médecine est en évolution constante, nécessitant une adaptation de la psychiatrie de liaison pour suivre ces évolutions. Il est important, dans cette accélération des connaissances et des pratiques scientifiques, de pouvoir donner du « sens » aux soins du patient, dans une démarche de type humaniste. De ce fait, une des difficultés à venir pour la médecine de demain est d'adapter la technicité médicale à l'être humain et non l'inverse. (9)

2. Dispositif :

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

(9)

Cependant ce nouveau mode d'exercice médical soulève de nombreuses autres questions selon Timothé (9), puisqu'il doit pouvoir s'adapter à la perpétuelle évolution de la médecine, de l'organisation hospitalière et des modes de pratiques de soins. Cette perpétuelle évolution doit ainsi pouvoir s'intriquer de la manière la plus efficace possible aux soins globaux du patient.

Malgré ces nouvelles subdivisions liées aux différentes spécialités médicales auxquelles elles se rattachent, de nombreux points communs subsistent avec la psychiatrie en centre hospitalier spécialisé, comme l'importance d'un travail en équipes et un temps dédié à l'écoute du patient, la disponibilité des autres services hospitaliers restant très variable. (9)

Pour identifier sa place, 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 Zumbunnen (1), la psychiatrie de liaison mérite d'être considérée comme une sous-spécialité psychiatrique, ses arguments en faveur sont la reconnaissance académique qui ouvrirait des voies nouvelles dans le domaine de la recherche, et la possibilité d'une meilleure défense des intérêts des psychiatres de liaison vis-à-vis de leurs collègues psychiatres et somaticiens ainsi

que vis-à-vis d'instances non médicales (psychologues, sociologues, administrateurs).

Sur le plan international, la place de la psychiatrie de liaison est variable (17):

Au Royaume-Uni, la General Medical Council, considère la psychiatrie de liaison comme une sous spécialité au sein de la psychiatrie générale (18).

La Société Suisse de Psychiatrie de Consultation-Liaison (Swiss Society of Consultation-Liaison Psychiatry) souhaite que la psychiatrie de liaison soit reconnue comme une sous-spécialité psychiatrique officielle (19).

Actuellement, la psychiatrie de liaison est reconnue par l'American Board of Psychiatry and Neurology (20) 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 neuro-physiologie clinique, la psychiatrie légale, la géro-psi-chiatrie et la médecine de la douleur. Au Royaume-Uni, la General Medical Council, considère la psychiatrie de liaison comme une sous-spécialité au sein de la psychiatrie générale (21). Néanmoins d'autres auteurs (22;23) s'opposent à cette sur-spécialisation en considérant que la psychiatrie de liaison est une pratique plutôt qu'une discipline.

Enfin sur le plan technique, les services de psychiatrie de liaison ont permis la création de lits d'hospitalisation en psychiatrie dans les hôpitaux généraux.

En France, ce type de structure reste peu développé. Mais, aux États-Unis l'importance de ces structures est telle qu'en 1990, 60% des hospitalisations psychiatriques avaient lieu dans un hôpital général selon J.Talbott, 1994. (9)

Au Maroc, la psychiatrie de liaison est une discipline encore jeune voire embryonnaire, vu le nombre restreint des psychiatres et la quasi absence des psychologues cliniciens dans les services de médecine et de chirurgie. 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. (24)

La psychiatrie de liaison arrive à maturité, coïncidant avec un contexte de contraintes macroéconomiques majeures(25). Il est par conséquent important que les psychiatres de liaison puissent défendre leur demande de moyens avec une bonne argumentation afin que les établissements hospitaliers puissent répartir de façon rationnelle les ressources humaines dont ils disposent. (9)

En raison de la place dite de « soins primaires », la psychiatrie de liaison se retrouve fortement impliquée dans un double objectif difficile : la déstigmatisation des maladies mentales et la désinstitutionnalisation de la psychiatrie. Elle doit donc lutter contre les réticences et les anciennes pratiques des professionnels de santé ou des pratiques institutionnelles. (9)

Pour être la plus efficace possible, la psychiatrie de liaison doit être disponible en première intention et dans des délais les plus brefs, pour faciliter l'orientation et la PEC du patient tout en lui assurant les meilleurs soins disponibles. (9)

2.1 Equipe de la psychiatrie de liaison :

L'activité de psychiatrie de liaison ne se limite pas aux psychiatres de liaison seulement, mais regroupe les psychiatres, les internes en psychiatrie, les psychologues cliniciens et les infirmiers en psychiatrie (24). 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 (26)

a. Le psychiatre de liaison

Le psychiatre de liaison se situe dans une position intermédiaire, il est en contact permanent avec la médecine somatique et les somaticiens. Son activité clinique est marquée par la prise en compte systématique des aspects

psychologiques et sociaux, et par son souci de les intégrer aux données somatiques (1).

Il doit avoir de nombreuses qualités sur divers plans (24) :

- sur le plan théorique, le psychiatre de liaison doit avoir de compétences en psychiatrie, avec une bonne connaissance de la nosographie psychiatrique, de façon à pouvoir poser des diagnostics clairs, précis et multiaxiaux, avec une forte connaissance des psychotropes (maniement, interactions, effets secondaires indésirables...), des psychothérapies, 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. Il doit également savoir à quel moment transférer un patient en milieu spécialisé psychiatrique et organiser le relais de la prise en charge.
- 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.
- En outre sur le plan pédagogique, il doit avoir un attrait marqué pour la pédagogie et de bonnes aptitudes dans ce domaine. En effet, comme le souligne Zumbrunnen (1), chaque consultation constitue un « mini enseignement», et devrait être en soi une source d'enseignement pour celui qui la demande.
- Enfin 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. (28)

b. 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 (29). Il semble important que les internes réalisent leurs stages de liaisons 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. (9)

c. L'infirmier psychiatrique

La présence d'infirmiers de psychiatrie, au sein d'une équipe de psychiatrie de liaison, est importante. Ils interviennent en complémentarité des autres membres de l'équipe de psychiatrie de liaison, en apportant la connaissance de la spécificité des soins infirmiers (28).

d. Le psychologue de liaison

Le psychologue clinicien, représente un élément essentiel de l'équipe de liaison. Il apporte, en effet, un éclairage intéressant qui, associé aux stratégies de la médecine, permet d'envisager une prise en charge globale du patient. Il est également porteur d'un savoir dans le domaine du fonctionnement psychique, qui est très complémentaire du savoir psychiatrique(30).

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 (30).

2.2 Apport de la psychiatrie de liaison

La psychiatrie de liaison, assure en fait une double mission: une mission de consultation, et une mission de liaison (31). Les américains utilisent le terme de « Consultation-Liaison Psychiatrie »(32). 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 (33).

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 (33).

La psychiatrie de liaison doit répondre à plusieurs demandes :

▼ 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 rencontrées. Il vient donc à la rencontre du patient hospitalisé en service de médecine ou de chirurgie. (24)

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(34).

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 (35). C'est ce travail qui constitue l'activité, au sens strict, de liaison.

▼ 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. (24)

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. (24)

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 sur sa souffrance psychique(36). Il s'inspire pour cela de deux modèles.

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 (37). 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 » ;

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 ».

▼ 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 (38).

Le contact avec l'entourage du patient peut avoir une triple fonction(35) : 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.

2.3 Types d'intervention en psychiatrie de liaison

La psychiatrie de liaison est une discipline comportant trois types d'activités (31):

- Une activité clinique ;
- Une activité pédagogique et d'enseignement ;
- 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 (39):

- a. 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.
- b. 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-comportementale, etc.).
 - Médiation entre l'équipe médicochirurgicale 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.

c. 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.

d. 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.

e. 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...).
- 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.

f. 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 (39). Elles nécessitent de la part du psychiatre de liaison des qualités particulières, ainsi qu'une pleine connaissance des multiples implications et conséquences de son action.

La nécessité de la création d'unités de psychiatrie de liaison a été rendue indispensable en raison de l'accueil, dans les hôpitaux généraux, de patients souffrant de troubles psychiques liés, ou surajoutés à leur affection physique (1) (17).

La présence de psychiatres à l'hôpital général a donc été souhaitée par les médecins somaticiens (qui sollicitaient une aide pour le traitement de leurs patients

psychiatriques dont ils devaient s'occuper mais aussi par certains psychiatres qui ont souhaité développer cette nouvelle approche de la médecine(1).

Quant au CHU de Fès, La création d'une unité de psychiatrie de liaison 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 (31). Malheureusement, la mise en place d'une unité de psychiatrie de liaison est coûteuse (31).

3. Psychiatrie de liaison au CHU de Fès

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 six ans au CHU de Fès, est la première au Maroc.

Une étude transversale marocaine a été faite en 2013 a mis l'accent sur l'organisation de cette discipline au sein du CHU Hassan II de Fès (31):

L'équipe qui a assuré cette activité est formée de 10 médecins psychiatres. 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°3) (24). Une liste de roulement des médecins est affichée chaque trimestre dans les différents services du CHU.

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

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

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

Barrimi M (31) a mis l'accent sur les différents aspects de la pratique de la psychiatrie de liaison au sein du centre hospitalier universitaire Hassan II-Fès, Cette activité s'adresse autant aux patients hospitalisés ou suivis dans les différents services médico-chirurgicaux, qu'à leur entourage et aux soignants. Le psychiatre de liaison, quant à lui, doit rendre un double service: au service qui lui fait la demande et au patient qui souffre d'un trouble psychiatrique (40). Il est en premier lieu confronté à des pathologies psychiatriques habituelles, mais il doit également gérer des situations moins fréquentes, comme les douleurs rebelles, l'inconfort des hospitalisations longues, l'acceptation d'un handicap récent, ou encore les difficultés liées à l'altération de l'image du corps (pathologies affichantes, chirurgies mutilantes, pertes ou prises de poids majeures...) (41). Dans certains cas, il est

sollicité pour chercher une solution aux difficultés de l'équipe médicale et aux prises avec des comportements déstabilisants (42).

Dans cette étude, 330 patients ont été examinés dans le cadre de l'activité de psychiatrie de liaison, ce qui représente environ un taux de 0,40% de l'ensemble des patients hospitalisés au CHU Hassan II de Fès au cours de la période d'étude. Ce résultat est comparable à celui retrouvé par une étude tunisienne objectivant un taux de 0,46%. (3)

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

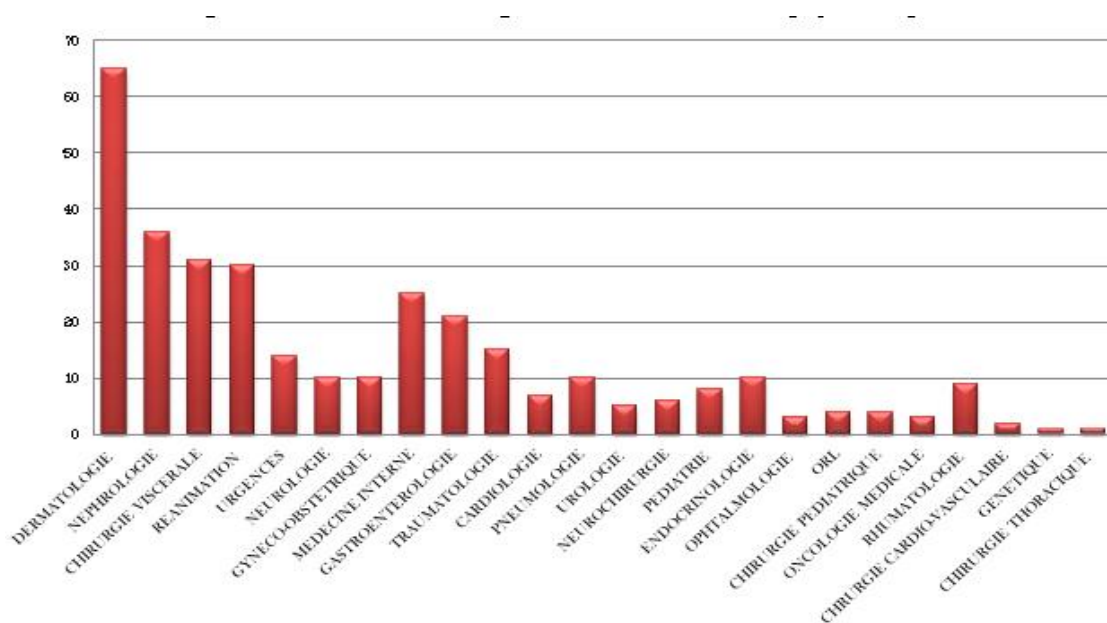


Figure 21 : Services médico-chirurgicaux demandeurs des avis psychiatriques au CHU Hassan II-Fès (31)

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

L'association d'une pathologie somatique et d'un trouble dépressif n'est pas rare. La dépression concerne 25% de la population hospitalisée à l'hôpital général (43), cependant de nombreuses études ont montré qu'elle est souvent sous diagnostiquée chez ces patients (44;45).

Tableau N°15 :Les diagnostics psychiatriques en fonction des motifs de demande d'avis (31).

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

Tableau N°16 : Les motifs de demande des avis psychiatriques (31)

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

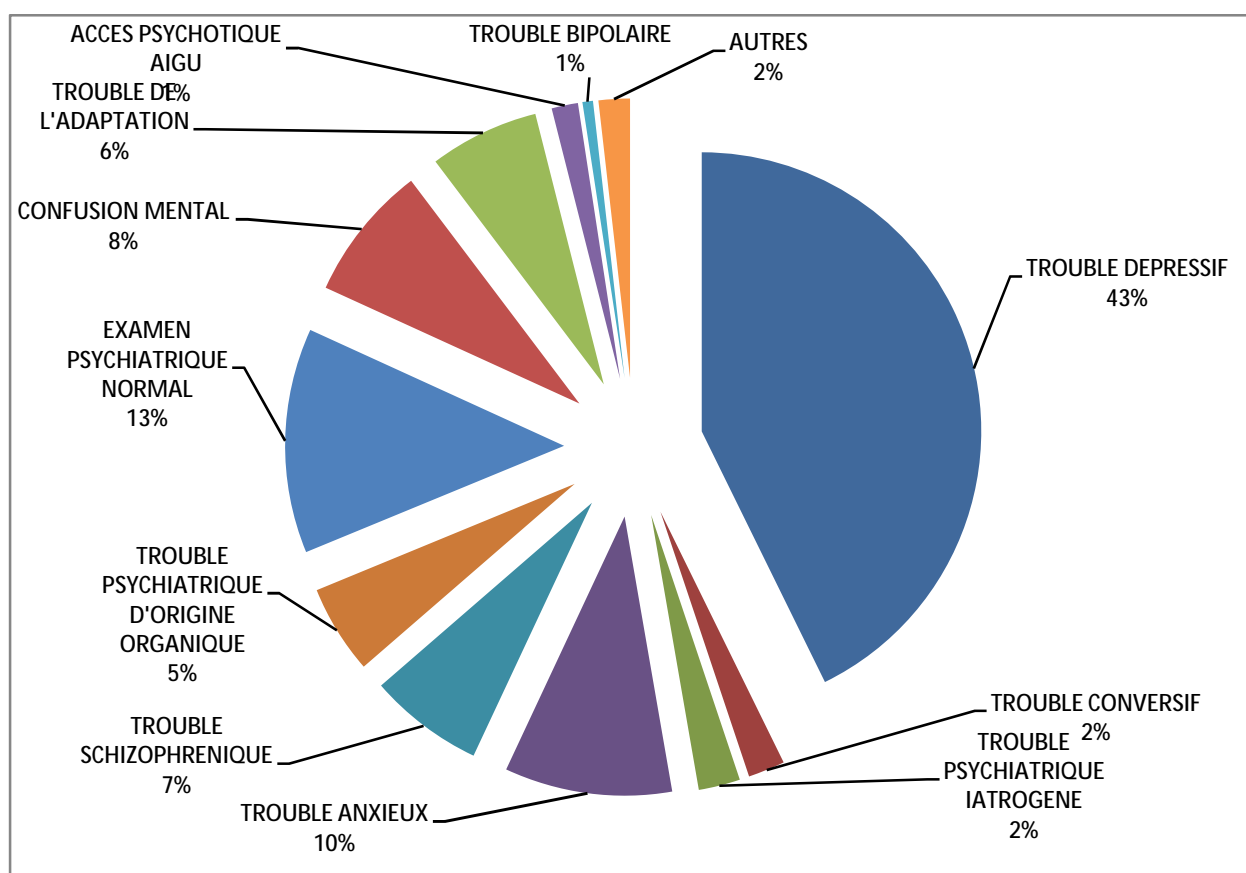


Figure 22: Troubles psychiatriques (DSM IV) (31)

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

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

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

La pathologie organique a été considérée comme un facteur causal des troubles psychiatriques dans près de 20% des cas. (46)

De même, l'iatrogénicité est une source d'inquiétude de tous les troubles psychiatriques aigus en particulier chez les patients âgés, ainsi que les patients présentant des antécédents psychiatriques. Dans cette 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 (47).

La prise en charge psychiatrique dans cette 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%. Cette modalité de prise en charge psychiatrique était comparable à celle évoquée par des études similaires(48) (49). L'évolution était favorable chez près de 71% de nos patients, néanmoins, 28% ont été perdus de vue dont certains ont refusé de venir à l'hôpital psychiatrique pour faire le suivi, ou ils ont préféré de faire le suivi en secteur libéral. Cela suppose toujours la réflexion autour de l'implantation d'une structure de soins psychiatrique au sein de notre CHU. Les quatre patients (1%) décédés au cours de l'étude étaient très altérés sur le plan somatique. Le décès était en rapport avec la pathologie somatique sous-jacente.

Au cours de cette activité, l'équipe de psychiatrie a été confrontée à plusieurs entraves parmi lesquelles l'initiation de la psychiatrie de liaison par une équipe restreinte, l'éloignement des deux structures : le médecin devait faire un trajet de 10 Km pour assurer son activité, celle-ci a été assurée par les propres moyens du service, la non-coopération et l'absence de collaboration de certains services demandeurs, l'indisponibilité des familles au cours de l'entretien psychiatrique qui rend la prise en charge incomplète et la perte de vue de la majorité des patients rendant le suivi non achevé (31).

III. Troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés dans les services médico-chirurgicaux

Notre étude juge que la prévalence des troubles psychiatriques au CHU Hassan II de Fès dans les services médico-chirurgicaux varie de moyen à faible selon 66.8% de nos médecins interrogés, et élevé selon 21%.

De même, une autre étude réalisée en 2014 au CHU Hassan II de Fès a objectivé une variation importante sur le plan des diagnostics des troubles psychiatriques. La dépression était toujours le premier diagnostic porté pendant les quartes années de cette étude, avec un pourcentage de 42 % (24). Cependant, de nombreuses études ont montré qu'elle est souvent sous diagnostiquée chez ces patients (50-51).

Les autres diagnostics rencontrés dans ce travail sont classée par ordre décroissant (24) :

- Trouble anxieux dans 9 % des cas (Trouble panique avec ou sans agoraphobie, trouble obsessionnel compulsif, état de stress post traumatique ...),
- Schizophrénie dans 7% des cas,
- Confusion mentale dans 6% des cas,
- Trouble de l'adaptation dans 6% des cas.

En outre l'association d'une pathologie somatique et d'un trouble psychiatrique n'est pas rare, 5% des diagnostics portés étaient 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 (24).

Ces variations observées dans notre étude et dans l'étude marocaine réalisée en 2014 dans les différents services médico-chirurgicaux de CHU Hassan II-Fès peuvent être expliquées par les facteurs significatifs suivants :

L'âge ($p=0,018$) et le nombre d'années d'exercice ($p=0,041$).

En effet, la perception de la prévalence des troubles psychiatriques est influencée positivement par l'âge et le nombre d'année d'exercice des médecins enquêtés. Ainsi, nous pouvons constater que les médecins de moyenne d'âge élevée et /ou de plus d'années d'exercice dans la spécialité ont globalement de meilleures perceptions, et des connaissances plus profondes en matière des troubles psychiatriques ce qui explique leurs intérêts majeurs pour la prise en charge des troubles psychiatriques, de leurs patients, ainsi pour la psychiatrie de liaison.

De même, les médecins ayant obtenu leurs diplômes au Maroc ont jugé important le taux des troubles psychiatriques au niveau du CHU Hassan II-Fès que ceux qui l'ont obtenu à l'étranger, ceci pourrait être expliqué par le passage de ces médecins par un stage, qu'il soit obligatoire ou volontaire, en psychiatrie, où ils ont bénéficié d'une sensibilisation sur le sujet. Nous avons repartis les médecins en 3 groupes distincts : professeurs, résidents et internes. (Tableau N°6) :

IV. Attitude des praticiens vis-à-vis des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés

Les priorités des médecins dans notre enquête, devant les patients hospitalisés ayant des troubles psychiatriques, sont dominées par une seule attitude :

- Demander un avis (98 %).
- Référer après sortie (1%).
- Gérer par eux même (1%).

Ceci s'oppose aux résultats d'une étude marocaine (52), où les priorités des médecins sont dominées par deux attitudes: Traiter leurs patients par eux-mêmes, ou les référer au psychiatre.

Cette conduite semble être influencée aussi par d'autres facteurs. En effet, la charge du travail du médecin pourrait jouer un rôle important dans la prise d'une telle décision par le praticien. Cette hypothèse a été d'ailleurs confirmée par un nombre d'auteurs qui considèrent qu'une charge importante de travail constitue un obstacle majeur, à ce que le médecin traite lui-même ses patients ayant par exemple un trouble dépressif. (53,54)

V. Adhésion des praticiens à la psychiatrie de liaison

1. Information sur la mise en place de la psychiatrie de liaison

Presque 36% de nos médecins interrogés sont informés sur la mise en place de la psychiatrie de liaison. Cependant, rien que 10% de ces médecins sont aussi renseignés sur les modalités de déroulement de la demande de l'avis psychiatrique. Ceci rejoint les données d'une étude française (9), où le tiers des médecins n'était pas au courant de cette activité de la psychiatrie de liaison.

Dans notre étude, On remarque de fortes relations significatives entre l'information sur l'existence de la mise en place de la psychiatrie de liaison et l'âge ($p < 0.001$), le nombre d'années d'exercice ($p = 0,01$), et le statut médical des médecins spécialistes ($p < 0.001$). (Tableau N°4)

Ceci pourrait être expliqué par le fait que notamment, les professeurs ont de plus d'expérience dans le domaine médical que les jeunes médecins (Résidents et internes), et ont aussi de larges contacts avec les chefs de services, et ils bénéficient de nombreuses réunions avec les affaires administratives, ce qui leur permet d'avoir de plus d'informations sur les structures disponibles.

Cependant, ceci s'oppose au résultat d'une étude Belge (55), où l'âge, et le nombre d'années d'exercice, n'ont pas influencé les réponses obtenues.

On comprend ainsi, que par ces deux types de réponses descriptives et analytiques, qu'il reste un travail important à fournir dans l'information et la formation des équipes médicales vis-à-vis de cette activité.

2. Demande des avis psychiatriques

Presque 95% des médecins interrogés, ont déjà sollicité une équipe de psychiatrie de liaison dans leurs pratiques, ce qui est un résultat attendu étant donné la population de médecins comportant des spécialistes aux services médico-chirurgicaux du CHU.

Parmi les répondants ayant déjà sollicité les services de liaison, 3.4% l'ont fait souvent et 25.7% l'ont fait parfois, ce qui explique la non intégration de la psychiatrie de liaison dans la pratique de ces professionnels de santé. On peut ainsi conclure à des différences, entre des médecins somaticiens, plus évidentes que d'autres à privilégier une approche psychiatrique dans leurs pratiques.

Parmi les raisons pour lesquelles les médecins hospitaliers n'ont jamais sollicité les services de psychiatrie de liaison, la moitié l'explique par des difficultés à repérer un trouble psychiatrique. Or, l'autre moitié l'explique par des difficultés liées à la demande.

Ceci rejoint les résultats d'une étude française en 2015 (9), où l'auteur note que 80% des médecins interrogés ont déjà sollicité une équipe de psychiatrie de liaison dans leur pratique, 40% l'ont fait plus de dix fois au cours des deux dernières années. Cependant, un tiers (33%) de ces médecins explique la non sollicitation des psychiatres, par le manque d'informations sur les structures disponibles (9).

Pour les informations, que doivent figurer sur la demande de l'avis, 100% de nos collègues somaticiens ont rapporté le diagnostic de la pathologie organique et le motif de l'avis psychiatrique, tandis que, 70% rapportent de plus le traitement prescrit, ceci concorde avec l'étude française de Bohn I, où 100% des médecins rapportent le diagnostic, 88 % rapportent le motif de l'avis et 62% rapportent le traitement prescrit. (56)

On conclue ainsi, qu'il reste du travail colossal à fournir dans l'information sur l'activité de la psychiatrie de liaison (organisation et modalité de déroulement) et dans la sensibilisation des équipes médicales vis-à-vis des troubles psychiatriques à dépister.

3. Moyens utilisés

Dans notre étude 95% de nos médecins interrogés, utilisent le téléphone pour demander un avis psychiatrique. Ce qui rejoint les résultats de la littérature (9), ou les praticiens somaticiens n'hésitant pas, à joindre les équipes de psychiatrie par le téléphone, et s'oppose au résultat d'une étude française en 2008 (57), où le contact entre médecin somaticien et psychiatre, a le plus souvent lieu en face à face (87% des réponses) et par téléphone (13% des réponses).

On peut expliquer ce résultat par le fait, que nos médecins veulent obtenir une réponse rapide et surtout à cause de l'éloignement de l'Hôpital de psychiatrie du CHU Hassan II de Fès.

4. Motifs de la demande

Dans notre étude, les motifs qui indiquent des demandes d'avis psychiatriques, étaient selon les médecins enquêtés, l'évaluation d'une tentative de suicide dans 99%, les symptômes dépressifs dans 99 % et les états d'agitation dans 70%.

Dans une étude récente (24), les demandes d'avis psychiatrique sollicitées 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 étaient en rapports avec 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 (24).

VI. Facteurs impliqués dans la perception des praticiens de la psychiatrie de liaison :

1. Données sociodémographiques des praticiens

a. Le sexe :

La population de médecins étudiée est caractérisée par une légère prédominance masculine (52.4%). Ce résultat rejoint celui retrouvé dans l'étude de Royer (9).

b. Nombre d'année d'exercice:

La médiane de 3 années d'exercice, pour une moyenne de 3.3 années, confirme que ce sont les résidents qui ont le plus participé, puis les professeurs, et enfin les internes.

De même dans la littérature, une étude avait constaté que ce sont les internes, qui ont le plus participé, puis les assistants-chef de clinique, ensuite les praticiens hospitaliers, et enfin les professeurs des universités. (9)

2. Statut des praticiens

Dans notre étude, la répartition par statut médical place les résidents en premiers répondeurs (72.5%), puis les professeurs des universités (14.8%), et enfin les internes (12.8%).

Une étude française récente (9), note que ce sont les internes qui ont en premiers répondeurs (40.9%), puis les Praticiens hospitaliers (31.8%), les Assistants-chef de clinique (19.3%) et les Professeur des universités (8%).

3. Formation en psychiatrie

Dans notre étude, la grande majorité des médecins de notre population (92,3%), avait bénéficié d'un stage en service de psychiatrie, au cours de leurs cursus universitaires, ce qui est un résultat attendu étant donné la population de médecins ciblée. Cependant, presque tous ces médecins, n'ont jamais reçu une formation continue dans le domaine de la psychiatrie.

Une étude française (9), montre l'intérêt de ce stage dans les infrastructures hospitalières pour la formation et l'information des futurs médecins. En effet, Martine S, considère que le stage de formation, augmente de manière significative la qualité des connaissances des médecins et améliore leurs compétences. (58)

Dans notre étude, (73.7%), (99%), (99%) des médecins interrogés successivement, ont le sentiment de ne pas être suffisamment formés pour prendre en charge leurs patients sur les plans diagnostique, thérapeutique et de suivi, et rapportent ainsi, que le manque de connaissance en matière de psychiatrie constitue un obstacle majeur pour demander un avis psychiatrique, ceci pourrait être dû au manque de formation puisque la majorité des médecins n'a pas reçu de formation continue en psychiatrie.

Ce résultat rejoint celui retrouvé dans d'autres études (52), dont l'appréciation des connaissances des médecins en psychiatrie, montre qu'elle varie en pratique entre (0 et 15), soulignant le fait qu'aucun des médecins enquêtés n'avait une connaissance quasi-parfaite en psychiatrie. En effet, ces médecins ont globalement une connaissance moyenne en psychiatrie.

Les médecins ont été répartis en trois groupes distincts (52):

- [0-5]: dont nous estimons les connaissances insuffisantes (15,3 % de l'effectif).
- [6-10]: dont les connaissances sont considérées comme moyennes (64,4%).
- [11-15] : dont les connaissances sont bonnes (23,3 %).

La moyenne du score global de connaissances pour l'ensemble de l'effectif de cette enquête (N= 176) est de 8,3523 +/- 2,8945 déviation standard. Le score le plus bas est de 0 (N=3) et le plus élevé est de 15 (N=2). La répartition du score de connaissances sur l'ensemble de l'effectif des médecins de l'enquête est représentée par le graphique (52).

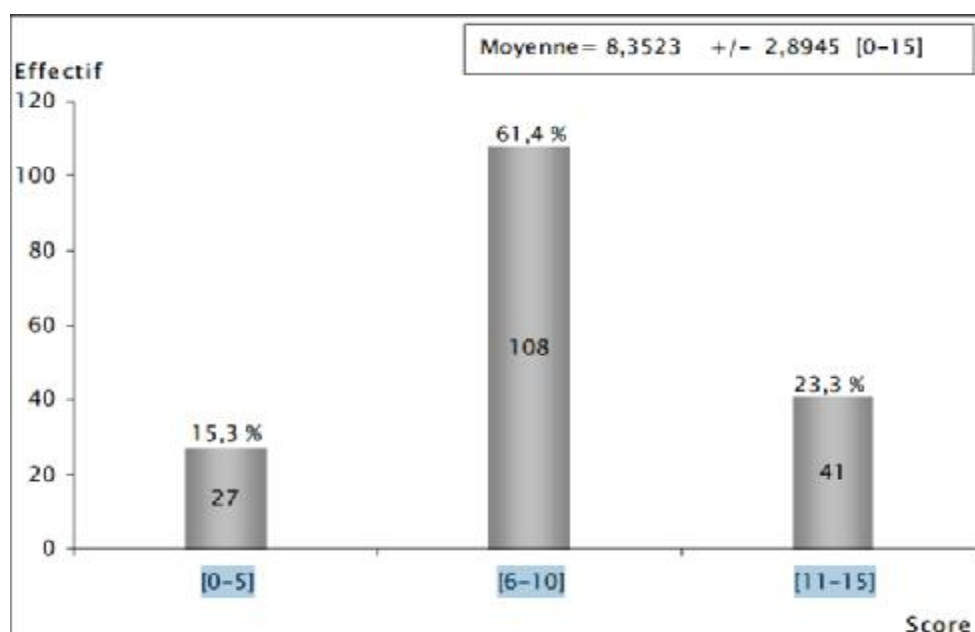


Figure 23 : Répartition du score global de connaissances sur l'ensemble de l'effectif des médecins de l'enquête (N = 176) (52)

Nous pouvons retenir, que la formation préalable dans le domaine de la psychiatrie (sous forme de stage ou de formation continue) joue un rôle primordial dans l'amélioration des connaissances des médecins sur les plans diagnostique, thérapeutique et de suivi, ce qui influence par la suite le degré de communication, de collaboration et de la PEC globale de leurs patients.

4. Facteurs liés aux services hospitaliers

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

VII. Collaboration et communication entre les médecins des services médico-chirurgicaux et l'équipe de la psychiatrie de liaison

1. Communication

Les médecins communiquent sur la santé de leurs patients pour leur offrir une qualité de soins optimale, ils s'informent mutuellement, en fonction de leurs spécialités, sur des éléments du dossier de leurs patients, afin de permettre un suivi et une prise en charge globale du patient(59). Une communication de qualité entre professionnels est essentielle à l'efficacité du système de soin. (59)

Chaque professionnel impliqué raisonne et agit en fonction de sa formation initiale, de son champ de compétences professionnelles, pour contribuer à la résolution du problème de santé d'un patient. Les objectifs de soins sont communs, connus et reconnus par l'ensemble des professionnels et même par les patients. Les différents raisonnements professionnels ne s'opposent pas, ils sont

complémentaires (60). En effet, développer de telles synergies est indispensable et justifie des efforts pour dépasser certains obstacles ou certaines difficultés d'organisation. (60)

Un des freins à cette pluridisciplinarité reste encore le sentiment par les médecins d'être considérés comme des « gratte-papiers », uniquement chargés à écrire des lettres, soumises aux actions et attitudes des autres médecins (61). En réalité, 70 % des médecins traitants partagent l'idée que certaines consultations ont uniquement pour objet la délivrance d'une ordonnance d'accès au spécialiste, permettant au patient d'être mieux remboursé selon une étude en 200 (62).

En ce qui concerne les spécialités somatiques, une communication est souvent instaurée bien que perfectible. Pourtant concernant les spécialités psychiques, on constate un manque de communication entre professionnels Ce constat est établi tant par les médecins traitants (63) (64), que par les psychiatres (65).

Afin d'évaluer la qualité et l'efficacité de la communication entre psychiatres et médecins traitants, une étude britannique révèle les imperfections de cette communication (66). Dans un premier temps, des questionnaires ont été envoyés aux psychiatres et aux médecins traitants afin de définir les cinq items les plus importants à faire figurer dans la lettre du médecin adressant son patient à un psychiatre et dans la réponse du psychiatre au médecin traitant. Dans un second temps, les auteurs ont analysé la correspondance des praticiens (120 lettres de psychiatres et 120 lettres de médecins traitants) des praticiens. Pour les psychiatres il faut qu'il figure dans la lettre du médecin :

- Le traitement prescrit (présent dans 62 % des lettres des médecins),
- L'histoire familiale (présent dans 37% des lettres),
- Le principal symptôme (présent dans 100% des lettres),
- La raison de l'avis spécialisé (présent dans 88%des lettres),

- L'histoire psychiatrique (présent dans 72% des lettres).

Dans cette étude, les auteurs ont constaté que les items d'ordre somatiques (antécédents, traitements) ne font pas partie des préoccupations des psychiatres.

Pour les médecins traitants, la réponse du psychiatre doit comporter (56):

- Le diagnostic (présent dans 88%des lettres des psychiatres),
- Le traitement recommandé (présent dans 92% des lettres),
- La stratégie de suivi préconisée (présent dans 95% des lettres),
- Le pronostic (présent dans 27% des lettres),
- L'explication concise de la situation psychiatrique (présent dans 60% des lettres).

Globalement cette communication semble perfectible entre psychiatres et somaticiens. Ces derniers demandent une amélioration, les psychiatres n'y sont pas opposés sous condition de bien définir les attentes et objectifs de chacun. (59)

Même si 98 % de nos médecins utilisent le téléphone, pour faire leurs demandes d'avis psychiatriques, on trouve que 35.7% de ces médecins ne sont pas satisfaits et jugent cette communication mauvaise, car pour eux les psychiatres sont difficilement joignables. Pourtant, 64 % expriment leurs satisfactions.

Ce résultat s'oppose à ceux d'une étude française qualitative (67) en 2011, ou l'auteur a conclu, que la communication qu'elle soit directe ou indirecte est jugée très mauvaise par la plupart des médecins interrogés car souvent inexistante. En effet, la communication directe par téléphone entre les somaticiens et les psychiatres est rare. Les médecins estiment que les psychiatres sont difficilement joignables, et les rares tentatives d'échanges sont jugées peu satisfaisantes par manque de clarté ou absence de réponses. Ainsi, la communication écrite est jugée aussi quasiment inexistante à cause de l'absence de

retour de courrier de ces spécialistes (67). Cette mauvaise communication participe à la mauvaise qualité professionnelle de collaboration. En effet (67) :

- La communication directe est inexistante, et celle indirecte est non réciproque ;
- La communication est sous-tendue par des représentations faussées du monde psychiatrique, et une vision concurrente des prises en charge ;
- La question du secret partagé entre ces professionnels est un sujet de controverse ;
- Le silence et l'isolement des psychiatres, la non-réciprocité des échanges sont interprétés comme un refus de reconnaître le rôle du médecin traitant, de communiquer sur le patient et de partager leur savoir.

Dans un second temps nous avons essayé d'évaluer le degré de communication entre psychiatres et médecins praticiens au CHU, en évaluant les facteurs explicatifs par l'analyse uni-varie, ce qui a permis de retenir les associations significatives suivantes:

- Statut médical des médecins spécialistes ($p < 0.004$)
- Niveau diagnostique ($p = 0,049$)
- Niveau thérapeutique ($p = 0,0202$)
- Niveau de suivi ($p = 0.008$)

Le fait de procéder à cette évaluation a permis une appréciation quantitative des connaissances des médecins sur le plan diagnostique, thérapeutique, et de suivi. Ceci pourrait être expliqué par le fait que les connaissances des médecins en psychiatrie restent un moyen efficace et facilitant cette communication.

Cependant, les résultats montrent que la qualité de la communication varie aussi en fonction du statut médical, soulignant le fait que les professeurs avaient

de meilleures connaissances quasi-parfaites des pathologies somatiques et relativement importantes des pathologies psychiatriques, par rapport aux jeunes médecins (résidents et internes). Apparemment, les professeurs estiment qu'il existe une bonne communication avec les psychiatres, ceci pourrait être expliqué, par le fait qu'ils ont plus d'expériences sur le plan relationnel (moyens et organisations), et de larges contacts mutuels avec les responsables de services etc.

Dans une autre étude qualitative française en 2008, les auteurs ont conclu (56) qu'il y a un manque bilatéral de communication qui engendre des lacunes dans la connaissance des pathologies psychiatriques par les médecins somaticiens et des pathologies somatiques par les psychiatres. Ce défaut de communication est d'autant plus préoccupant qu'ils ont remarqué que 39% des patients ne parviennent pas à renseigner leurs psychiatres sur leurs antécédents médicaux et traitement en cours. (56)

Ce manque de communication contribue à augmenter le risque d'interactions médicamenteuses et de prescription croisée de psychotropes. Il est donc urgent d'améliorer la qualité et l'efficacité de la communication interpersonnelles au sujet du patient psychiatriques. (56)

L'étude de Pierre-Hubert. C en 2012 à Rouen, s'est penchée sur le point de vue des psychiatres (68). D'après son étude, ils ne sont pas opposés à communiquer avec le médecin traitant. Ils pensent que cette communication améliore les soins. Elle est perçue comme satisfaisante pour les psychiatres ayant l'habitude de communiquer bien qu'étant déséquilibrée. Elle doit être instructive et les psychiatres souhaitent garder le contrôle de la transmission d'information. Ils reconnaissent qu'elle leur permet de disposer d'informations complémentaires sur le patient et son environnement habituel.

Néanmoins, cette étude met en évidence des obstacles à la communication, les confidences parfois secrètes, les modes de pensées et de la prise en charge, la nécessité d'aider le patient à évoluer, la méconnaissance des besoins et attentes des médecins, sont autant d'obstacles réels ou supposés à une communication efficiente et bénéfique pour le patient. (59)

Heureusement, l'enthousiasme que nos médecins interrogés ont montré, lors de leur participation à cette étude indique que la volonté de communiquer existe. La sensibilisation des professionnels, la mise en place du dossier médical partagé et le développement de réseaux de soins entre établissements hospitaliers psychiatriques et somatiques, pourraient contribuer à optimiser la communication entre psychiatre et médecin somaticien .

2. Collaboration

Dire que la collaboration est défailante dans le dispositif d'accès aux soins, c'est reconnaître son existence dans les préoccupations des professionnels. Avant d'être une obligation, elle est d'abord une nécessité, elle trouve sa légitimité dans les besoins des professionnels envisagés différemment, au profit d'un bénéfice pour le patient (69).

Le renforcement des liens entre la médecine somatique et psychiatrique est essentiel à une optimisation des soins. La mise en place d'un traitement est sous la responsabilité du médecin prescripteur, qui doit demander le bilan initial et assurer un suivi régulier. Cependant, il faut insister sur la collaboration entre psychiatres et spécialistes, pour une meilleure prise en charge des patients (70).

Certainement, la prise en charge des malades mentaux est complexe et doit être multidisciplinaire. En effet, les données de la littérature ont démontré depuis plusieurs dizaines d'années une sur-mobilité somatique (71), et une surmortalité

préoccupante (72). Mais l'accès au soin est souvent limité (73), et difficile pour des raisons sociales et psychiques.

Les autorités sanitaires françaises recommandent une prise en charge multidisciplinaire des malades mentaux et une collaboration entre les médecins traitants et les équipes de soins psychiatriques (74). Or la collaboration entre psychiatres et somaticiens n'a pour l'instant fait l'objet que de rares travaux en France (75 ; 76) et c'est un domaine qui reste largement à explorer.

En effet, s'engager concrètement dans une démarche collaborative entre médecin somaticien et psychiatre peut contribuer à modifier les représentations individuelles et collectives des professionnels (69).

Dans notre étude, presque 60% des médecins somaticiens jugent que la collaboration des psychiatres est globalement satisfaisante. Cette évaluation n'est pas cohérente avec le taux très élevé des répondants (80%), qui notent que leurs demandes des avis ont été traitées avec un délai de retard.

Ceci rejoint les résultats de l'étude de Ribaud S (67), où les médecins anglais étaient globalement satisfaits de leurs relations avec leurs correspondants psychiatres. Cependant, ceci s'oppose aux résultats de l'étude française évaluant la qualité de la collaboration entre les médecins traitants et leurs confrères psychiatres, qui a montré qu'une minorité des médecins est satisfaite de cette collaboration et se déclarant moins satisfait de leur relation avec les psychiatres que de leur relation avec les autres spécialistes (77).

Très peu de travaux sont disponibles sur la qualité de cette collaboration entre psychiatres et médecins somaticiens. Cependant une autre étude française a cherché à évaluer l'attitude des médecins, dans la prise en charge de patients schizophrènes. Elle montre que moins d'un tiers des médecins ont un contact régulier avec les équipes de soins psychiatriques qui prennent en charge leurs patients (78).

Une différence se constitue selon les services. En effet le service de Neurologie, de Dermatologie, de Réanimation, et de Néphrologie expriment une bonne collaboration et une meilleure accessibilité à un avis psychiatrique, que les autres services médico-chirurgicaux. Ce qui n'est pas surprenant car effectivement, dans ces services on voit un taux élevé des somaticiens qui sont au courant de cette discipline et sont informés aussi sur les modalités de déroulement de l'avis psychiatrique.

Ceci pourrait encore être expliqué par l'étude marocaine (24), faite au CHU Hassan II, 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. 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 en 3ème rang, c'était la néphrologie avec 10,8 %.

Une autre différence se constitue selon le fait que le médecin ait ou non été informé sur les modalités de déroulement de l'avis psychiatrique. Le groupe ayant déjà été informé exprime un lien collaboratif plus fort avec les équipes de psychiatrie de liaison, que celui qui n'a pas eu d'information. Ceci rejoint les résultats d'une étude française en 2015 où l'auteur (9), a conclu que le groupe des médecins spécialistes ayant déjà une expérience avec les équipes de psychiatrie de liaison exprime un lien collaboratif plus fort avec les équipes de psychiatrie de liaison, que celui qui n'a pas eu l'expérience de ces situations.

On peut supposer que le fait d'avoir été informé sur la mise en place de la psychiatrie de liaison et les modalités de déroulement d'avis psychiatrique, renforce l'attente de collaboration, ou même que, les interventions des équipes de psychiatrie de liaison sont tout simplement plus efficaces, et par conséquent les échanges entre le psychiatre de liaison et équipes soignantes hospitalières bénéficient d'une meilleure compréhension et respect mutuels.

VIII. Difficultés rencontrées

1. Manque d'unité d'hospitalisation médico-psychiatrique

Dans notre étude, 79 % de nos médecins répondants pensent que le manque d'unité d'hospitalisation médico-psychiatrique, est une véritable problématique, lorsqu'une hospitalisation s'impose. Ceci rejoint l'étude de Ribaud S (67), qui explique que le manque d'unité d'hospitalisation est une grande contrainte obligeant les médecins d'adresser leurs patient directement vers les hôpitaux psychiatriques, mais là encore l'accessibilité même en cas d'urgence est problématique (absence d'unité d'accueil d'urgence, manque de lits en hospitalisation de secteur).

Ce recours direct est facilité si le patient a déjà un suivi psychiatrique et fait déjà partie du « circuit » (moindre réticence et meilleure accessibilité aux structures). (67)

2. Éloignement du service de psychiatrie

Tous nos médecins ont trouvé que l'éloignement du service de psychiatrie représente la véritable contrainte. De même dans une étude marocaine (31), l'auteur considère qu'au cours de cette activité au CHU Hassan II de Fès, l'équipe de psychiatrie a été aussi confrontée à plusieurs difficultés parmi lesquelles l'éloignement du CHU, car, le médecin devait faire un trajet de 10 Km pour assurer son activité, la non-coopération et l'absence de collaboration de certains services demandeurs.

3. Difficulté à cerner la nature du trouble psychiatre et/ou de son degré d'urgence

Dans notre étude, 50 % de nos médecins répondants pensent que l'incapacité à cerner la nature du trouble psychiatre et/ou de son degré d'urgence, influence sur leurs motivation et leurs conduites vis-à-vis de leurs patients, ceci rejoint les résultats d'une étude française (67), ou l'auteur considère que, les sentiments d'échec ou d'impuissance, d'exaspération ou d'agressivité face aux réactions de leurs patients ou à leurs évolutions influent sur leurs décisions. Par ailleurs, la notion d'urgence du recours est associée le plus souvent à la crainte suicidaire.

Le sentiment de compétence du médecin est lié à l'intérêt pour la discipline. Il est important car il conditionne la motivation et l'investissement du médecin. À l'inverse, si ce sentiment est faible, le médecin a tendance à dévaloriser ses capacités surtout psychothérapeutiques (67).

4. La charge du travail

Le manque de temps ou la charge de travail n'était pas considéré comme une difficulté, pour presque tous nos médecins interrogés, ceci rejoint les résultats d'un travail (67), ou les médecins pensent que le manque de temps n'était considéré que comme une difficulté secondaire.

Le code international d'éthique médical est bien marqué dans la réponse à cette question, celle ci pourrait être expliquée par les connaissances quasi-parfaites de nos médecins, de l'éthique médicale en agissant dans le meilleur intérêt du patient quelques soient les conditions.

5. La non disponibilité des psychotropes dans les services médicaux

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

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

Par ailleurs, dans notre étude 12% des médecins estiment que la non disponibilité des psychotropes dans les services médicaux les empêchent de demander l'avis du psychiatre. Ceci rejoint les résultats d'une étude récente (9), qui montre que la prescription, par exemple des médicaments antidépresseurs est souvent laissée au psychiatre de liaison après consultation. Il peut alors prescrire le traitement adapté selon les dernières recommandations et adapter la thérapeutique à l'état clinique du patient (79). Cependant, certains praticiens n'hésitent pas, à joindre les équipes psychiatriques par téléphone afin d'obtenir une réponse rapide. (9)

L'étude analytique a pu démontrer une différence statistique selon le statut, à savoir une attente plus importante pour le groupe de médecins « professeurs » pour rendre disponible les psychotropes a leurs services médicaux, afin d'améliorer la prise en charge.

6. Refus du patient ou de la famille

Dans notre étude, 63% de nos médecins répondants pensent que le refus des patients et/ou de la famille est un obstacle majeur, rencontré lorsqu'ils veulent demander un avis, ceci rejoint les résultats de la littérature (67), ou les médecins sont souvent contraintes à un refus des patients ou une réticence, avec parfois une influence de l'entourage ou de la famille. Cette attitude défensive peut être liée à différents facteurs intriqués tels que :

- La difficulté pour le patient à reconnaître et accepter le trouble psychiatrique.
- La réticence liée à une image négative et à l'aspect stigmatisant de la psychiatrie et de la maladie mentale.
- La question du coût des soins qui oriente le choix du patient
- L'orientation vers le psychiatre est marquée par une forte participation affective, contrairement au recours classique vers d'autres spécialistes.

En effet, selon certains médecins : « On les adresse mais c'est encore difficile quand on parle de spécialistes surtout de psychiatres. La première réaction quand la demande n'émane pas d'eux : le médecin me prend pour un fou... c'est vrai que la première réaction tout de suite c'est le refus. » (67)

Le refus du patient oblige le médecin à un travail de négociation et d'explication. Ce travail est facilité quand il existe un lien de confiance mutuel entre le médecin et son patient. Cette étape demande au médecin de l'expérience, de la patience, une capacité d'écoute pour identifier les réticences du patient et lui expliquer pourquoi il « passe la main », sans forcer sa décision (67).

IX. Suggestions des soignants en vue d'améliorer la psychiatrie de liaison au CHU de Fès ;

1. Organisation de la psychiatrie de liaison

Dans notre étude, 100 % de nos collègues spécialistes pensent, que la présence d'un psychiatre au CHU Hassan II de Fès est indispensable pour la PEC des troubles psychiatriques, des patients hospitalisés dans les services médico-chirurgicaux, dont 90% des répondants le veulent en plein temps dans des services médicaux, et dont le moyen de demande, est le téléphone.

Ces résultats expliquent pourquoi les médecins expriment une forte attente envers la présence du psychiatre au CHU Hassan II de Fès et donc une volonté de communication et de collaboration afin d'améliorer le traitement des troubles psychiatriques et par la suite une PEC globale de leurs patients.

Dans notre étude, les résultats ont montré que, tous les collègues somaticiens ont de plus forte attente envers les unités d hospitalisations médico-psychiatriques. Ceci rejoint les résultats d'une étude récente (9), ou l'auteur a conclu que le développement des unités médico-psychiatriques paraît très intéressant chez la majorité des médecins somaticiens (89.8%).

En effet, le développement d'unités dites «médico-psychiatriques»(80)(81)(82): permettant une prise en charge hospitalière complète, pouvant traiter les pathologies psychiatriques et somatiques au même temps.

Tous les médecins de notre population pensent que la proximité du service de psychiatrie aux services médico-chirurgicaux est un élément très important et indispensable, leur permettant d'améliorer la prise en charge des troubles psychiatriques et la prise en charge globale de leurs patients. Ceci explique

pourquoi tous nos médecins considèrent l'éloignement du service de psychiatrie comme la vraie contrainte de demande d'avis.

Dans une étude française (57), les médecins pensent que ces difficultés seraient majorées lorsque le psychiatre est extérieur à la structure.

2. Moyens de sensibilisation

2.1 Sensibilisation à l'égard des troubles psychiatriques

La sensibilisation à l'égard des troubles psychiatrique est une attente d'autant plus forte pour nos médecins ayant déjà participé à cette enquête. En effet, 77% des médecins exigent une sensibilisation et des formations continues afin d'améliorer la prise en charge des troubles psychiatriques. Ceci rejoint les résultats d'une étude française (9) ou l'auteur a montré que la formation des médecins somaticiens en psychiatrie est une nécessité qui permettra d'améliorer la prise en charge des troubles psychiatriques.

D'ailleurs, quand on constate que tous les médecins somaticiens de notre étude pensent que la tentative de suicide est un motif indiquant l'intervention du psychiatre, on peut comprendre l'impact de leur demande, d'une part c'est un défi pour eux de pendre en charge les pathologies somatiques en gardant leurs patients en vie, et d'autre part c'est une situation hors compétence du médecin somaticien l'obligeant de demander de l'aide au psychiatre.

Il est intéressant de noter que l'incidence de suicide est très largement supérieure dans les hôpitaux psychiatriques que dans les hôpitaux généraux(83). La prévention du suicide à l'hôpital peut s'appuyer sur cinq types de mesures : la sécurisation de l'environnement hospitalier, l'optimisation de la prise en charge des patients à risque suicidaire, la formation des équipes soignantes, l'implication de l'entourage dans les soins et la mise en œuvre de procédures « post événementielles

» faisant suite à la survenue d'un suicide ou d'une tentative de suicide. Il existe de nombreuses formations pour la gestion du risque suicidaire, or, elles ne s'adressent le plus souvent qu'aux soignants exerçant dans le domaine de la psychiatrie. Il serait donc intéressant de l'élargir au domaine de la santé afin de prévenir ce risque, même hors des structures dites « psychiatriques ». (9)

Lorsqu'on s'intéresse à l'évolution des diagnostics en psychiatrie, on se rend compte qu'il existe de nombreuses évolutions au sein même de deux principales classifications : DSM V(84) et CIM 10 (85). On comprend ainsi, qu'un médecin non sensibilisé à l'égard des troubles psychiatriques ne peut pas dominer tous les symptômes caractéristiques et les diagnostics propres à la psychiatrie. Portant comme toute spécialité, le diagnostic en psychiatrie repose avant tout sur la clinique.

2.2 Consultations pluridisciplinaires

Dans notre étude, 64% de nos médecins estiment que les consultations multidisciplinaires sont très importantes, voire indispensables pour améliorer la prise en charge des troubles psychiatriques, ceci rejoint les résultats d'une étude française (9) ou l'auteur note que 68.1% des médecins somaticiens pensent que ce genre de consultations est intéressant voire très intéressant.

Selon l'auteur (9), la consultation combinée ou dite mixte paraît avoir une valeur de dépistage, de formation pédagogique et didactique supérieure à la consultation séquentielle. Elle nécessite cependant une collaboration de qualité.

La consultation séquentielle reprend le travail psychiatrique effectué dans le cadre de la psychiatrie de liaison sur un mode classique. Ces deux types de consultation jouent un rôle important dans la reconnaissance de la psychiatrie dans les centres hospitaliers et dans la perception de la physiopathologie des grandes affections, plus subtile et plus complète qu'auparavant. (9)

Le développement de consultations mixtes dites conjointes(86)(87)(82) permettent au patient de bénéficier au cours de la même consultation de l'intervention d'un spécialiste du milieu somatique ou d'un autre du milieu psychique, tout en tenant compte des interactions entre ces deux entités.

Le futur de la psychiatrie de liaison tend actuellement vers le développement de deux types d'exercice particuliers, qui sont le développement des consultations pluridisciplinaires ainsi que celui d'unités médico-psychiatriques (9).

2.3 Organisation régulière de manifestations scientifiques communes entre médecins somaticiens et psychiatres :

Dans notre étude presque 40% des médecins estiment que l'organisation commune de manifestations scientifiques est très importante voire indispensable pour améliorer la prise en charge des troubles psychiatriques, ceci rejoint une autre étude française (9), ou l'auteur note que 68.1% des médecins pensent que ces concertations sont importantes et permettent de prendre des décisions collégiales dans le but de cerner les différents aspects possibles d'une pathologie.

3. Amélioration des moyens de communication interpersonnelle

92% des médecins demandent d'améliorer les moyens de communication interpersonnelle. Ceci rejoint une étude française (57), qui révèle que, les médecins somaticiens demandent d'améliorer ces moyens, et estiment, dans leur majorité (72%), que le moyen d'échange le plus efficace avec les psychiatres est la réunion d'équipe (staff), suivi de l'échange verbal (27%),

Les difficultés de communication justifient une collaboration efficace entre les psychiatres et les médecins traitants, ces derniers, considérant avoir des lacunes dans la compréhension de leurs patients. (71)

L'amélioration des moyens de communication assure (57) :

- Une prise en charge globale psyché-somatique,
- Une cohérence dans le projet thérapeutique,
- Une complémentarité d'approche,
- Un travail pluridisciplinaire: échanges, confrontation des points de vue, et autoformation réciproque.
- Un soutien apporté à l'équipe, facilitant la communication.

Pour améliorer les moyens de communications et de collaborations interpersonnels, une étude française mentionne les items suivants (67) :

- Aider les médecins en cas de recours urgent (créer des unités d'accueil d'urgence psychiatrique ou des permanences téléphoniques d'urgence)
- Favoriser les échanges entre médecins psychiatres et médecins traitant par des formations conjointes ou par la création de groupes de travail multidisciplinaires, ou d'entraide entre professionnels fonctionnant en proximité.
- Favoriser une culture « commune » entre deux spécialités : par des études et travaux de recherche intégrant ces deux champs.
- Mettre en place d'une « vraie » coordination avec un impératif de retour minimum d'informations, et des consignes claires de suivi.
- Améliorer la formation et l'information du médecin sur les différentes psychothérapies existantes et reconnues ainsi que leurs indications ; sur les différents aspects de la dynamique relationnelle pour pouvoir aider son patient.

Les améliorations que les psychiatres et les somaticiens mentionnent, et qu'ils souhaitent mettre en place sont récapitulées dans le tableau suivant (57) :

	Ce que les somaticiens peuvent faire	Ce que les psychiatres peuvent faire
D'après les psychiatres	<ul style="list-style-type: none"> - Echanges sur les patients. réunions d'équipes plus nombreuses et plus structurées. - Meilleure coordination des soins. - Respect des spécificités de chacun dans le travail pluridisciplinaire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Temps de réflexion théorico-cliniques dans une perspective de théorisation. - Echanges sur les patients. réunions d'équipes plus nombreuses et plus structurées
D'après les somaticiens	<ul style="list-style-type: none"> - Davantage de moyens, en particulier de temps de présence de psychiatre. - Temps d'échange et de réflexion ainsi que les activités de recherche. 	<ul style="list-style-type: none"> - Meilleure coordination des soins, - Développement du travail en réseau et d'une pluridisciplinarité où chaque fonction soit reconnue et intervienne dans les limites de ses attributions.

4. Instauration du système FEED BACK

100 % des médecins interrogés exigent l'instauration du système de feed-back ou dite retour d'information, ce qui prouve que c'est un élément très important et indispensable, leur permettant d'améliorer la PEC des troubles psychiatrique. En effet, 15% des médecins répondants n'ont pas pu évaluer le degré d'amélioration de leurs patients, car ils jugent impossible vu le manque de retour d'information.

Ceci rejoint les résultats d'une étude (67), ou l'auteur note que les médecins ressentent une frustration intellectuelle à cause de l'absence de retour d'information et pensent que l'importance du retour d'information permet la connaissance du diagnostic pour les aider dans la prise en charge ultérieure, et de se former pour se positionner dans la relation avec leurs patients puis connaître les traitements

prescrits, pour ne pas les exposer aux interactions médicamenteuses, et enfin ça les aideraient à connaître l'évolution et le pronostic éventuel.

5. Autres

Le dernier item du questionnaire laisse à chaque médecin d'exprimer librement des suggestions et d'autres attentes vis-à-vis de la psychiatrie de liaison. Les réponses ont pu être regroupées en trois groupes.

Le 1^{er} groupe exprime simplement son insatisfaction du service délivré par l'équipe de psychiatrie de liaison et demande l'instauration d'une :

- Unité d'hospitalisation pré et post-partum,
- Unité de préparation à l'accouchement,
- Prise en charge des parents en cas d'antécédents de malformations dans la fratrie ou en cas de découverte de malformation anténatal chez le fœtus.

Le 2^{ème} groupe exprime une attente envers le développement d'un meilleur lien avec l'équipe de psychiatrie de liaison, notamment une meilleure disponibilité et une collaboration dans un cadre de confiance ;

Le dernier groupe de réponses exprime des attentes qui prennent plus particulièrement la forme de constatations de situations complexes rencontrées, pour lesquelles les réponses apportées paraissaient insuffisantes. Elles mettent en avant la difficulté de trouver une unité d'hospitalisation appropriée pour les enfants victimes de sévices sexuelles et de violences.

X. Apport et limites de l'étude

1. Apport de l'étude

A notre connaissance, il s'agit du premier travail élaboré sur le thème de «la psychiatrie de liaison par les soignants». Il est le premier du genre au Maroc. Il nous a fourni un ensemble d'informations, aussi bien d'un point de vue descriptif qu'analytique, susceptibles d'intéresser les acteurs du système de santé. Il a été réalisé au niveau du CHU Hassan II de Fès auprès des médecins exerçant dans les services hospitaliers médico-chirurgicaux.

Certaines études réalisées portaient sur les attentes des spécialistes somatiques de la psychiatrie de liaison, ou sur la collaboration entre psychiatres et somaticiens, ou sur l'évaluation de la communication entre psychiatres et médecins traitants

Nous avons pu enquêter un effectif qui s'élève à 494 médecins et obtenir un taux de participation à hauteur de 80.32 %, ce qui permet une comparaison avec autres études internationales similaires qui se sont intéressées à cette thématique.

Tableau N°17 : Effectifs et taux de réponses de quelques études similaires à la notre

Auteur	Année	Régions/pays	Taux de réponse	Effectif	Type d'étude
Timothé ROYER (9)	2015	Nancy	36.5%	241	quantitative
Stéphanie RIBAUD (67)	2011	Nancy	76.9%	13	qualitative
Notre étude	2016	Fès	80.34%	494	quantitative

La participation à cette étude épidémiologique peut être considérée comme satisfaisante. En effet, la sensibilisation des médecins somaticiens enquêtés et leur information de liaison, ainsi que l'anonymat des réponses ont permis de parvenir à cette participation.

2. Difficultés et limites de l'étude

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

Le choix des services sollicités est justifié par l'intensité de leurs demandes envers la psychiatrie de liaison et pour atteindre le maximum de médecins afin de répondre aux objectifs de sensibilisations. Cependant, ces résultats restent essentiellement descriptifs. Ils ne peuvent malheureusement prétendre à une extrapolation plus importante à l'échelon local ou plus.

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

Toutefois, l'extrapolation des résultats de la présente enquête à l'ensemble de la population des médecins spécialistes de Fès et en gros du Maroc devrait se faire avec prudence, tant l'échantillon étudié ne découle pas d'un échantillonnage épidémiologique. En effet, l'intention de départ était de faire une étude

transversale exhaustive auprès du personnel médical et paramédical hospitalier, mais au cours de l'élaboration du questionnaire, nous avons été contraints de revoir cet objectif à la baisse, par défaut d'hétérogénéité. Pour ces raisons, nous n'avons pas pu inclure tous les omnipraticiens travaillant dans le CHU Hassan II de Fès en est de même pour les médecins spécialistes exerçant dans les services non hospitaliers.

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

▼ Biais de sélection

C'est le biais le plus courant ; il représente une distorsion de l'estimation de l'effet due à la manière de sélectionner la population à étudier. Il concerne quelques données dans cette étude : les caractéristiques qualitatives et quantitatives de l'échantillon des répondeurs, la période de diffusion du questionnaire.

Dans ce travail, la population concernée est exclusivement médicale quelque soit le statut du médecin pratiquant dans les services présélectionnés. Le premier biais concerne donc la sélection des soignants somatiques ; cette sélection a permis d'obtenir une population homogène ayant un grand contact avec le service de psychiatrie, dans le but d'accroître le nombre de réponses en lien avec un retour d'expériences « pratiques » et d'éviter un maximum les réponses motivées uniquement par des réflexions « théoriques ». C'est la raison pour laquelle les résultats sont limités aux médecins hospitaliers du Centre Hospitalier Universitaire Hassan II-Fès sollicitant les avis psychiatriques. Toutefois, un travail plus conséquent sur l'ensemble des services du Centre Hospitalier Universitaire Hassan II de Fès apporterait une meilleure représentativité des résultats.

La sélection de tous les services somatiques hospitaliers du Centre Hospitalier Universitaire Hassan II des Fès a permis de limiter ces biais de sélection.

Le taux de réponse de 80.32% est important, ce qui limite les biais de sélection pour les résultats généraux. Les effectifs étudiés étant bien comme décrit dans le chapitre, les résultats spécifiques permettent assez d'interprétations.

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

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

▼ Biais propre à l'auto-questionnaire

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

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

▼ Biais de confusion

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

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

La thématique des questions a rassemblé les différents champs d'intervention en psychiatrie de liaison mais malgré les efforts de globalisation, tous les domaines

n'ont pas tous été explorés. En effet, la psychiatrie de liaison est une pratique en perpétuelle évolution contrainte de s'adapter aux changements institutionnels, médicaux, techniques et éthiques. Il ne s'agit donc que d'un mode particulier de recueil de données utilisé sciemment afin d'éviter un biais de réponse trop important, le questionnaire ne se réclamant pas comme une enquête de satisfaction envers la psychiatrie de liaison.

Une autre difficulté était de convenir d'une date pour faire les entretiens étant donné qu'au premier contact les médecins n'avaient pas le temps. Il a donc fallu les recontacter une deuxième, une troisième voire plusieurs fois pour participer à l'étude.

La sensation d'être soumis à une sorte d'évaluation des pratiques professionnelles était à notre sens palpable à chaque entretien avec les médecins, se matérialisant par une attitude « défensive » pour certains.

Enfin les entretiens se sont déroulés durant les deux mois de juillet et août de 2016. En effet, c'est une période estivale des congés.

CONCLUSION

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

Ce présent travail nous a permis d'avoir une idée globale sur la perception de la psychiatrie de liaison chez les médecins somaticiens des différents services médico-chirurgicaux de notre CHU, déterminer leurs implications et leurs niveaux de collaboration dans l'activité de la psychiatrie de liaison, et dépister les difficultés et les contraintes rencontrées par les soignants dans la participation à la psychiatrie de liaison.

Les résultats recueillis ont pu mettre en évidence que la création d'une unité de psychiatrie de liaison au CHU de Fès, la proximité du service de psychiatrie au CHU, l'amélioration des moyens de communication interpersonnels, la sensibilisation des médecins à l'égard des troubles psychiatriques, l'instauration des consultations multidisciplinaires et du système FEED-BACK, sont nécessaires 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, partager les connaissances pour renforcer les compétences mutuelles des soignants, assurer une prise en charge psychiatrique de ces troubles et sensibiliser les équipes soignantes à l'importance de leur dépistage pour assurer une prise en charge globale de leurs patients, ainsi, améliorer leur qualité de vie, écourter la durée d'hospitalisation, et diminuer le nombre des examens spécialisés ainsi que le coût des soins hospitaliers.

Il semble que le statut médical et le nombre d'années d'exercice dans la spécialité, influencent l'importance de cette activité et que l'expérimentation de la sollicitation d'un service de psychiatrie de liaison renforce les liens de collaboration et de communication avec les équipes soignantes .

A partir de notre étude, il est fort souhaitable de pouvoir poursuivre, par d'autres travaux à venir, les problèmes de collaboration entre les médecins somaticiens et les médecins psychiatres, afin de favoriser l'efficacité de chaque pratique dont patient sera le bénéficiaire final .

RESUMES

Résumé

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

Le but de notre étude était d'évaluer la perception de la psychiatrie de liaison chez les médecins somaticiens des différents services médico-chirurgicaux de notre CHU Hassan II de Fès, déterminer leurs implications, leurs attentes, leurs niveaux de collaboration dans l'activité de la psychiatrie de liaison, et dépister les difficultés et les contraintes rencontrées par les soignants dans la participation à cette discipline.

Notre étude a consisté à l'étude des perceptions (difficultés et attentes) des médecins somaticiens vis-à-vis de la psychiatrie de liaison, ainsi que leurs connaissances en psychiatrie.

Il s'agit d'une enquête transversale réalisée auprès des médecins somaticiens du CHU Hassan II de Fès, durant la période Juin - Septembre 2016.

Les données sont recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire, comprenant 27 items remplis par chaque médecin somaticien (professeur, résident et interne).

Le nombre de médecins ayant répondu à notre questionnaire est 494 (taux de réponse est de 80.32%).

La répartition par statut médical place les résidents en premiers répondeurs (72.5%), puis les professeurs (14.8%), et enfin les internes (12.8%).

Tous médecins enquêtés pensent que l'éloignement du service de psychiatrie du CHU est une contrainte majeure, alors que le manque d'unité d'hospitalisation médico-psychiatrique est souligné par 79 % des médecins.

Les médecins informés sur la mise en place de la psychiatrie de liaison représentent 35.6% des médecins enquêtés. Près de 64.3% des enquêtés sont satisfaits de la communication avec le psychiatre. Cependant 94% souhaitent l'amélioration des moyens de communication interpersonnels.

Seuls 50% des médecins se sentent être très bien formés pour cerner la nature d'un trouble psychiatrique et son degré d'urgence. Ceci est dû au manque de formation

En matière de formation, 92.3% des médecins ont déjà bénéficié d'un stage unique en psychiatrie, 98.7% n'ont jamais reçu de formation post universitaire, ou de formation médicale continue.

En ce qui est de la présence du psychiatre au CHU, tous médecins spécialistes expriment la nécessité de sa présence, Cependant 90% des répondants le veulent à un rythme en plein temps, dans les services médicaux, dont le moyen de communication est le téléphone.

Les médecins qui sont pour le développement d'une unité d'hospitalisation médico-psychiatrique représentent 96%, 67% tendent vers l'instauration de consultations multidisciplinaires, 95% approuvent l'instauration de système FEED BACK et 95.3% exigent la proximité service de psychiatrie du CHU, car pour eux c'est la majeure contrainte qu'ils rencontrent face à leurs patients auxquels ils veulent demander un avis psychiatrique.

Ce travail souligne l'importance de l'évaluation de la perception des médecins spécialistes, en effet, les résultats nous poussent à agir sur deux plans: premièrement, améliorer les moyens de communication interpersonnels et élaborer une guide de dépistage des troubles psychiatriques pour augmenter les performances des médecins et permettre une meilleure maîtrise des troubles psychiatriques et leurs degrés d'urgence. Deuxièmement, soutenir activement les équipes soignants dans l'instauration des consultations multidisciplinaires et dans la prise en charge globale de leurs patients, ainsi que l'élaboration et surtout l'application du système FEED-BACK justifiant ainsi la création d'une unité de psychiatrie pour pouvoir mieux répondre aux demandes de soins et de suivi des patients.

Mots clés : psychiatrie de liaison, perception, praticiens, services médico-chirurgicaux

Summary

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. Through a cross-sectional study collated within the university hospital Hassan II in Fez, we evaluated the various dimensions of this discipline is still young in our country.

The aim of our study was to evaluate the perception of liaison psychiatry in somaticians doctors of different medical and surgical services to our University Hospital in Fes, Morocco, determine their implications, their expectations, their levels of collaboration in activity liaison psychiatry, and track the difficulties and constraints faced by caregivers in participation in this discipline.

Our study's main objective is the study of perceptions (difficulties and expectations) doctor's somaticians vis-a-vis the liaison psychiatry and the knowledge in psychiatry. This is a cross survey of physicians somaticians at the University Hospital in Fez, in the period June to September 2016. Data is collected using a self-administered questionnaire including 27 items completed by each doctors somatician (Professor, resident or internal).

The number of doctors who Responded to our questionnaire is 494 (response rate of 80.32%).

The breakdown by medical status puts Residents first responders (72.5%), Then Professor of universities (14.8%), and finally the Internal (12.8%),

The physicians believe in 100% distance of the University Hospital of Psychiatry is a major constraint, while the Lack of medical and psychiatric inpatient unit in the lath is 79%.

The doctors Informed on the establishment of liaison psychiatry Represent 35.6% of the doctors surveyed. 64.3% of Respondents are satisfied with the

communication with the psychiatrist. However routinely require 94% improving interpersonal communications.

Only 50% of physicians feel very well be trained to identify the Nature of a psychiatric disorder and its degree of urgency.

This is due to lack of training In training 92.3% of physicians-have already received a single course in psychiatry, 98.7% have never received postgraduate training or continuing medical education.

In terms of the presence of a psychiatrist at the University Hospital, 100% of medical specialists express the need for his presence, however 90% of respondents want a rhythm full time, In the medical services, Including the moyen of communication is the phone.

Doctors who are for the development of medical and psychiatric inpatient unit Represent 96%, 67% tends Reviews towards the establishment of Multidisciplinary consultations and 95% approve the establishment of FEED-BACK system and 95.3% requiring proximity psychiatry department at University Hospital. Because they believe that is the major they face constraint to their patients that they want to request a psychiatric opinion.

This work highlights the importance of assessing the perception of medical specialists, in fact, the results lead us to act on two fronts: first, to Improve interpersonal communications and develop a psychiatric disorder screening guide pour augmenter performance of doctors and enable better management of psychiatric disorders and Their degree of urgency. Second, actively supporting carers in establishing teams of multidisciplinary consultations and in the global psychiatric support of their patients, and the development and especially the implementation of the FEED-BACK system justifying the establishment of a psychiatric unit for power better meet the demands of care and patient monitoring.

Keywords: Liaison psychiatry, perception, Health Practitioners, medical and surgical services.

مطنى

يهتم الطب النفسي الرابط بالاضطرابات النفسية التي تظهر عن مرضى التخصصات الطبية الأخرى ، و تشمل ثلاثاً ثلثة واع من الأنظمة يسري بيوداغوجيه بدوئي ويعنى بالمرضى الخضعون لخدمت الاستشفائية سواء الطب ببيئتها أو الجرح لحيوة المرضى الذين تم فصلهم في العياد للخارجية والطوارىء. من خلال دراسته أفقية داخل مستشفى الجامعي الهلثى الثانى بفيلق مذابتقييم مختلأبعادهذاالنشطالذى لايزال جديتافيدنالمغرب. وكان الهدف مندر لستندأتقييم مفهومتصورات الطلاب النفسي للرابط عندلأباء الأمرض الغدوييلمختلأ الخدمات الطبية ببيوة الجرح لحيوة متعددة داخل مستشفى الجامعي الهلثى الثانى بفيلق وتحديد ماقدماجهم ترقباتهم ومدويالتعاوانهم فيهدالنشط وتقصيالصعوبات والعقبات التيواجهقد ميالرعاية الطبية بيئاًتذالمشاركة في هذا التخصص.

هفندر لستندأ الرئسي هو در لسة تصورات الصعوبات والترقبات (لأباء الأمرض الغدوية لطلاب النفسي الرابط ومخبراتهم في الأمرض النفسية . وهو باراة عن تحقيق أفقي تم عندلأباء الأمرض الغدوييلمختلأ الخدمات الطبية ببيوة الجرح لحيوة متعددة داخل مستشفى الجامعي الهلثى الثانى بفيلق ، فيالفترة ممددة من شهرين ونيوالى غاية شهر شتنبر من سنة 2016.

الهدف من هذالدر لسة هو الصول لعلمعولومت عن طريق لسة ماممكتة وبتحدوي 27 سؤال يملأ من

طوك ل بيب ل (أذاط بيب مقيم أوط بيب اذلي)

شملت هذالدر لسة لأفوية 494 بيبا متخصص فيالاستشفى الجامعي الهلثى الثانى بفيلق (قدرت فدية

للإجابة 80.32%).

بالفد بلتوزيع هذب الوضع المهني، تصدرا لظ بالالمقيم بديفدية قدرت (72.5%)، ثم لظ بالالاستاذة

بفدية قدرت (14.8%)، أخير الأظ بالالذالين (12.8%).

يعتبرك لالأظ بالالمشاركين فيهدالاجت أن بعد مستشفى طب الإمرض النفسية عنالاستشفى الجامعي

الهلثى الثانى بفيلق هوالعائق الرئسي للفد بقلهم ، في حين % 79 منالأظ باعرجعون ذلك إلى عدم وجود وحدة

الاستشفاء الطبية النفسية فيالاستشفى الجامعي

% 35.6 منلأباء هذالدر لسة لمون بشأن نشاء وتأسيس الطلاب النفسي للرابط بالالاستشفى الجامعي الحسن

الثانى بفيلق. في حين أن % 64.3 منأفر الالعينة رض علل وتوصل معالبيب النفسي مقابل % 94 ظ لبلبعمل

على تهين وسائل الاتصال.

صفا لظ بالالمستجوبين (% 50) لثقون في قدرتهم على تحديد بيعة الاضطرابات النفسية ودرجة

لستعجالها.

REFERENCES

- 1- Zumbrennen R ; Psychiatrie de liaison ; Paris : Masson, 230 p. 1992
- 2- Desombres H, Malvy J, Wiss M. La pédopsychiatrie de liaison. Organisation et missions. Rapport de psychiatrie. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris: Masson; 2004.
- 3- Mechri A. ; Khammouma S. Description de l'activité de psychiatrie de liaison au Centre Hospitalo-universitaire de Monastir. Revue française de psychiatrie et de psychologie 2003, vol. 7, no68, pp. 29-34.
- 4- Consoli SM. Psychiatrie de liaison. In: Senon JL, Sechter D, Richard D, editors. Thérapeutique Psychiatrique. Paris: Hermann; 1995.
- 5- Bauer AM, Fielke K, Brayley J. Tackling the Global Mental Health Challenge: A Psychosomatic Medicine/Consultation-Liaison Psychiatry Perspective. Psychosomatics. Mai 2010;51(3):185-93.
- 6- Hales RE. The benefits of a psychiatric consultation-liaison service in a general hospital. Gen Hosp Psychiatry. juill 1985;7(3):214-8.
- 7- Daoud LBV ; Guilibert E. Intérêt de l'évaluation en psychiatrie de liaison. Nervure.2000;(6):41-4.
- 8- Wood R, Wand APF. The effectiveness of consultation-liaison psychiatry in the general hospital setting: A systematic review. J Psychosom Res. mars 2014;76(3):175-92.
- 9- Royer T, Les enjeux de la psychiatrie de liaison au Centre Hospitalo-universitaire de Nancy sur les attentes des services somatiques. Thèse de doctorat en Médecine. Nancy ; Université De Lorraine, 2015.
- 10- Howanitz EM, Freedman J.B. Reasons for refusal of medical treatment by patients seen by a consultationliaison service. Hosp Community Psychiatry. 1992;43:279.

-
- 11- Ballard C, Powell I, James I et al. Can psychiatric liaison reduce neuroleptic use and reduce health service utilization for dementia patients residing in care facilities. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002;17(2):140-5.
 - 12- Gitlin DF, Schindler BA, Stern TA et al. Recommended guidelines for consultation-liaison psychiatric training in psychiatry residency programs: A report from the Academy of Psychosomatic Medicine Task Force on psychiatric resident training in consultation-liaison psychiatry. *Psychosom J Consult Liaison Psychiatry*. janv 1996;37(1):3-11.
 - 13- Cottencin O, Lambert M, Queyrel V. Consultation/liaison psychiatry practice: combined medical and psychiatric consultations. *J Psychosom Res*. Août 2007;63(2):219-20.
 - 14- Birmes P, Sarramon C, Schmitt L. Quelles consultations pluridisciplinaires : séquentielles ou combinées ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. avr 2001;159(3):241-7.
 - 15- Marra D, Allilaire JF, Piette JC. Les unités médico-psychiatriques: un concept à développer. *Rev Med Interne* 2003;24:279-81.
 - 16 - Archinard M. Prise en charge à l'hôpital général : de la psychiatrie de liaison aux unités médicopsychiatriques. *Rev Médecine Interne*. 1998;19, Supplement 3:347-9.
 - 17- Chocard A-S, Malka J, Tourbez G. Psychiatrie de liaison: Quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. Oct 2005;163 (8):691-6.
 - 18- Lloyd GG, Mayou RA. Liaison psychiatry or psychological medicine? *Br J Psychiatry*. 2003;(183):5-7.

-
- 19- Caduff F, Georgescu D. Swiss Society of Consultation-Liaison Psychiatry. Current status of consultation-liaison psychiatry in Switzerland. J Psychosom Res. 2004;(56):562. 112.
 - 20- American Board of Psychiatry and Neurology. Certification; www.abpn.com/certification/certificates.html.
 - 21- Lloyd GG, Mayou RA. Liaison psychiatry or psychologicalmedicine? Br J Psychiatry 2003;183:5-7.
 - 22- 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.
 - 23- 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.
 - 24- Atik S. Experience de la psychiatrie de liaison. (Etude transversale sur 4ans). Thèse de doctorat en Médecine n° : 34-14. Fès : Faculté de Médecine et de Pharmacie, 2014.
 - 25- Lipowki Z-J. Consultation-liaison psychiatry: an overview Am J Psychiatry.1974; n°131; p623-630.
 - 26- Kornfeld DS. Consultation-liaison psychiatry: contributions to medical practice. Am J Psychiatry 2002; 159:1964-72.
 27. Caduff F, Georgescu D. Swiss Society of Consultation-Liaison Psychiatry. Current status of consultation-liaison psychiatry in Switzerland. J Psychosom Res. 2004;(56):562.
 - 28- 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.
 - 29- Garré JB. Psychiatrie de liaison. Introduction. Ann Psychiatr 1997;12:5-7.

-
- 30- Guilibert 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.
- 31- Barrimi M. La psychiatrie de liaison au CHU Hassan II de Fès (étude transversale sur 36 mois). Mémoire en fin de spécialité en psychiatrie. Fès : Faculté de Médecine et de Pharmacie, 2013.
- 32- Lipowki Z-J. Consultation-liaison psychiatry: an overview. Am J Psychiatry.1974; n°131; p623-630.
- 33- Zumbrennen R .Une passerelle utile entre médecine somatique et psychiatrie. Psychologie médicale, 1994 ; vol 26, n°9, p. 923-926.
- 34- 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.
- 35- Gal B, Moro MR. Intérêts et limites de la psychiatrie de liaison. Santé Mentale, 2005 .n°98, p. 38-43.
- 36- Besancon G, Venisse J-L. Préambule ; Guide du psychiatre de liaison, Zenith service. Laboratoires Pfizer, 2004, pp 1-4.
- 37- Pélicier N. À propos de la psychiatrie de liaison en cancérologie. Annales Médico Psychologiques 165 (2007) 136-140.
- 38- Cremades S. Le psychiatre de liaison : un interprète qui joue sa théorie ; Annales médico psychologiques, 2005 ; vol 163, n°7, p. 604-606.
- 39- Consoli SM. Psychiatrie à l'hôpital général. EMC, Psychiatrie Paris: Elsevier; 1998 37-958-A- 10 p.11.
- 40- SpadoneC. Psychiatrie de liaison : quelle psychiatrie pour quelles liaisons? Annales Médico-Psychologiques 168 (2010) ; 205-209.

-
- 41- Consoli SM. Aider à faire face, aider à penser : exigences et défi pour la psychologie médicale. *Rev Fr Psychiatr Psychol Med* 1997;5:11-6 .
- 42- Cottencin O, Versaevel C, Goudemand M. En faveur d'une vision systémique de la psychiatrie de liaison. *Encéphale* 2006;32:305-14.
- 43- Cottencin O. Dépressions sévères : comorbidités somatiques. *L'Encéphale* 2009; 35 : S272-8. .
- 44- Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5. Édition : 5th edition. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing; 2013. 1p.
- 45- OMS, Collectif. CIM-10/ICD-10 : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève; Paris: Editions Masson; 1992. 307p.
- 46- Casey DE. Metabolic issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders. *Am J Med* 2005; 118:15S-22S.
- 47- Popescu FD, Udristoiu I, Popescu F. Management of psychiatric adverse effects induced by systemic glucocorticosteroids. *Rom J Psychopharmacol* 2008; 8: 126-139.
- 48- Grant JE, Meller W, Urevig B. Changes in psychiatric consultations over ten years. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23:261-5.
- 49- 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.
- 50- 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.
- 51- Dilts SL Jr, Mann N, Dilts JG. Accuracy of referring psychiatric diagnosis on a consultation-liaison service. *Psychosomatics* 2003; 44:407-11.

-
- 52- Berhili N. La dépression ; Connaissances et attitudes des médecins généralistes. Thèse de doctorat en Médecine N° : 75-10. Fès: Faculté de Médecine et de Pharmacie, 2010.
- 53- Hartley D, Korsen N, Bird D. Management of Patients With Depression By Rural Primary Care Practitioners. Arch Fam Med. 1998; 7 :139-145.
- 54- Wong SYS, Lee K, Chan K. What are the barriers faced by general practitioners in treating depression and anxiety in Hong Kong? Blackwell Publishing Ltd Int J Clin Pract. April 2006 ; 60, 4 : 437-441.
- 55- Wallez S ; Mary RS ; Dos RP. Perception de la psychiatrie de liaison et des patients psychiatriques par les médecins somaticiens : plutôt de bonnes nouvelles. Rev ; Société Royale de médecine mentale de Belgique, 2009 , vol. 109, no4, pp. 49-57.
- 56- Bohn I. Psysom. Evaluation de la communication entre psychiatres et médecins traitants. Thèse de doctorat en Médecine. Université Paris 7- Denis Diderot.2008
- 57- Marie CK. Psychiatres et somaticiens sur les structures douleurs : une collaboration à l'épreuve des moyens, pluridisciplinarité dans les structures douleur ; enquête nationale. September 2009 22(3):175-185.
- 58- Martine S. Université de Stirling; Open University, Centre for Tobacco Control Research. Facteurs facilitant ou freinant l'engagement des généralistes dans les interventions de sevrage tabagique.
www.ensp.org/files/exe_summary_rapport_de_synthese_fr.pdf
- 59- Denis EGDA. Quelle communication les patients désirent-ils entre leur psychiatre et leur médecin généraliste. Médecine. Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen.2014.

-
- 60- Hassid ECL. Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire dans la prise en charge des enfants âgés de 3a 18ans atteints de maladies chroniques et /ou de handicaps dans le département de val d'Oise. Thèse en Médecine. Universités Paris Diderot .2014.
- 61- Lambert T. Généraliste 62 - Médecine Générale : apprendre à travailler en pluridisciplinarité - Revue Prescrire, Avril 2010, Tome 30, p.310.
- 62- Bournot M C, Goupil M C, Tuffreau F. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié— Drees, Etudes et Résultats, Août 2008, n°649.
- 63- Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale: Généralistes et psychiatres: une relation compliquée. Médecine. 4(6):279-283.
- 64- Chew-Graham C, Slade M, Montâna C. Loss of doctor-to-doctor communication: lessons from the reconfiguration of mental health services in England. J Health Serv Res Policy. janv 2008;13(1):6- 12.
- 65- Tanielian TL, Pincus HA, Dietn'ch AJ. Referrals to psychiatrists. Assessing the communication interface between psychiatry and primary care. Psychosomatics. juin 2000;41(3):245 -252.
- 66- Pullen I M, Yellowlees A J. Is communication improving between general practitioners and psychiatrists? British Medical Journal, 1985, n° 290, p. 31-33.
- 67- Ribaud S. Collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres dans la prise en charge de la dépression. Opinions de médecins généralistes au travers d'une étude qualitative. Thèse de doctorat en Médecine. Nancy ; Faculté de Médecine. 2011.

-
- 68- Catherine P H. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes: une enquête qualitative. 18 nov 2012 [cité 27 févr 2014]; Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00768253>.
- 69- Marie CD. Du secteur psychiatrique au territoire de santé ; Comment une politique publique ouvre un espace de collaboration entre la psychiatrie et la médecine générale ? Grenoble. Master en Politique Publique de Santé. Institut d'Etudes Politiques de Grenoble. 2013.
- 70- Saravanea D, Feveb B, Francesc Y. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. *Encéphale*. 2009 Sep;35(4):330-9.
- 71- Koran L M, Sox H C et Marton K I. Medical evaluation of psychiatric patients *Archives General of Psychiatry*, 1989, n°46, p. 733-740.
- 72- Brown S. Excess mortality in schizophrenia. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry : the journal of mental science*, 1997, vol 171,n°12, p. 502-508.
- 73- Brown S, Birtwistle J et Roe L. The unhealthy lifestyle of people with schizophaenia. *Psychological Medicine*,1999, n° 29,p.697-701.
- 74- Haute Autorité de Santé. Manuel d'accréditation des établissements de santé: fichier thématique : psychiatrie et santé mentale. 2005.
- 75- Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S. How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals ? A postal survey in South Western France. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2005,n° 40,p. 892-898.

-
- 76- Younes N, Hardy B M C et Falissard B. Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists. *BMC Public Health*, 2005, n°5, p.104.
- 77- Younes N, Gesquet I et Gaudebout P. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Family Practice*, 2005, vol 6, n°1, p18.
- 78- Verdoux H, Cougnard A et Grolleau S. How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals ? A postal survey in South Western France. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2005, n° 40,p. 892-898.
- 79- Diefenbacher A. P01-242 Prescription patterns of antidepressants in consultation-liaison psychiatry - a 10 year-observational study (1988-1997). *Eur Psychiatry*. 2009;24, Supplement 1:S630.
- 80 - Marra D, Allilaire J-F, Piette J-C. Unité médicopsychiatrique, un concept à développer. *Rev Médecine Interne*. mai 2003;24(5):279-81.
- 81- Archinard M. Prise en charge à l'hôpital général : de la psychiatrie de liaison aux unités médicopsychiatriques. *Rev Médecine Interne*. 1998;19, Supplement 3:347-9.
- 82- Daoud L B V, Guillibert E. Intérêt de l'évaluation en psychiatrie de liaison. *Nervure*. 2000;(6):41-4.
- 83- Martelli C, Awad H, Hardy P. Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention. *L'Encéphale*. juin 2010;36, Supplement 2:D83-91.
- 84- Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5. Édition : 5th edition. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing; 2013. 1 p.

- 85- OMS, Collectif. CIM-10/ICD-10: Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève; Paris: Editions Masson; 1992. 307 p.
- 86- Cottencin O, Lambert M et Queyrel V. Consultation/liaison psychiatry practice: combined medical and psychiatric consultations. J Psychosom Res. août 2007;63(2):219-20.
- 87- Birmes P, Sarramon C et Schmitt L. Quelles consultations pluridisciplinaires : séquentielles ou combinées ? Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. avr 2001;159(3):241-7.

ANNEXES

Annexe n° 1 : questionnaire

LA PERCEPTION DE LA PSYCHIATRIE DE LIAISON PAR LES SOIGNANTS

Dans le cadre d'un travail de recherche intitulé [LA PERCEPTION DE LA PSYCHIATRIE DE LIAISON PAR LES SOIGNANTS], une enquête transversale est menée au niveau du CHU HASSAN II de Fès, par le biais du présent auto-questionnaire. Je me permets de vous inviter à le remplir, l'objectif est de mieux comprendre les besoins sur terrain et de cerner vos attentes en tant que praticiens. Je vous en remercie d'avance.

La psychiatrie de liaison est une activité de psychiatrie qui a été lancée au CHU depuis 2010. Elle consiste à répondre aux avis psychiatriques demandés pour les patients hospitalisés dans les services médico-chirurgicaux du CHU Hassan II de Fès.

1- Sexe : Masculin , Féminin ,

2-Age :ans.

3-Doctorat obtenu :

-Au Maroc : [Rabat , [Casablanca , [Marrakech , [Fès , [Oujda .

-A l'Étranger (préciser) :

4-Statut actuel :

- Professeur , Résident , Interne .
- Service:
- Nombres d'années d'exercices dans la spécialité :ans

5-Avez-vous bénéficié au cours de votre cursus universitaire d'un stage au service de psychiatrie ? : Oui , Non , Si oui, combien de fois? :

6-La formation de base que vous avez reçue en psychiatrie à la Faculté de Médecine vous permet-elle de prendre en charge les pathologies psychiatriques ? :

Sur le plan	Bien	Moyennement	Faiblement	Non
Diagnostique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du suivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7-Avez-vous bénéficié en dehors de votre cursus universitaire médical d'une formation continue dans le domaine de psychiatrie ? Oui , Non .

Si oui : -Précisez l'outil de formation continue : DU , Revue médicale , Séminaire , Autre :.....

-Dans quel cadre? Ministère , Laboratoires pharmaceutiques , Initiative personnelle .

-Thèmes:.....

8-Jugez-vous que la prévalence des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés dans les services médico-chirurgicaux soit ? :
Élevée, Moyenne , Faible , Rare.

9- Etes-vous informé de la mise en place de la psychiatrie de liaison au CHU de Fès ? Oui , Non.

Si oui, êtes-vous informé sur les modalités de déroulement de la demande des avis psychiatriques ?
Oui , Non .

10-Quelle est votre attitude devant un trouble psychiatrique chez vos patients hospitalisés ?

Gérer par vous-même , Demander un avis , Référer après sortie ,
Autre :.....

11-Avez-vous déjà demandé un avis psychiatrique pour vos patients hospitalisés? :Oui ,Non ,**12-Si oui :**

- Souvent,
- Parfois,
- Rarement,

Votre demande d'avis était :

- Urgente,
- Différée

13-Si non, c'est à cause de :

- Difficultés à repérer un trouble psychiatrique,
- Le trouble psychiatrique n'est pas une priorité dans la PEC de vos patients hospitalisés,
- Difficultés liées à la demande de l'avis,
- Autre :.....

14-Par quel moyen vous faites cette demande ? :

- Par téléphone,
- Par formulaire type,
- Par transfert du patient au service des urgences psychiatriques,
- Autres :

15-Quelles sont les informations que vous rapportez dans votre demande ?:

- Diagnostic de la pathologie organique,
- Traitements prescrits,
- Examens para-cliniques réalisés,
- Motif de l'avis psychiatrique.

16-La demande de l'avis est faite :

- Par vous-même,
- Sur demande du patient,
- Sur demande de la famille
- Sur proposition des infirmiers,
- Autres :.....

17-Jugez-vous que l'attitude des patients vis-à-vis de l'avis psychiatrique est souvent? :Favorable ,Défavorable ,Indifférente .**18-Quelles sont les difficultés que vous rencontrez chez vos patients auxquels vous demandez un avis psychiatrique?**

- Manque de collaboration avec les psychiatres,
- Manque d'unité d'hospitalisation médico-psychiatrique,
- Eloignement du service de psychiatrie,
- Refus du patient ou de la famille,
- Difficulté à cerner la nature du trouble psychiatrique et son degré d'urgence,
- La non disponibilité des psychotropes dans les services médicaux,
- La charge du travail,
- Autres :

19-Votre demande d'avis était traitée de façon :Rapide ,Avec un délai de retard ,Non traitée ,**20-Recevez – vous un compte rendu de l'équipe de psychiatrie ? :**Oui ,Non

Si oui, est ce que c'est : Oralement , Par écrit , Oralement et écrit .

21-Est-ce que l'avis psychiatrique a été fait en présence du médecin demandeur ?Oui ,Non .

22-Cochez svp votre degré d'estimation pour chaque rubrique :

Degré	Faible [0-25%]	Modéré [25-50%]	Bien [50-75%]	Très bien [75- 100%]
Acceptation du patient pour l'avis psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfaction du médecin demandeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collaboration de l'équipe psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accessibilité à un avis psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degré d'amélioration du patient après l'avis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication avec le psychiatre de liaison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23-Quels sont les motifs psychiatriques pour lesquels vous demandez un avis pour vos patients**hospitalisés ?:**

	Pas nécessaire	PEC nécessaire
Agitation psychomotrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaintes somatiques inexplicées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refus de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tentatives de suicides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome confusionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble du comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délire et hallucinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violence, agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptômes de sevrage [alcool, cannabis, anxiolytiques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilan pré-thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annonce d'un diagnostic grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajustement thérapeutique pour les patients hospitalisés ayant des antécédents psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24-Pensez-vous que la présence d'un psychiatre au CHU Hassan II de Fès est nécessaire pour la PEC des troubles psychiatriques des patients hospitalisés dans les services médico-chirurgicaux?

Oui , Non .

Si oui ;

-A quel rythme / semaine ? : 1 jour, 2 jours, 3 jours, Plein temps.

-Dans quelle structure ? : Services médicaux, Centre de diagnostic, Autre :.....

-Par quel moyen ? : Formulaire type, Tel, Autre :

25-Pensez-vous que la présence d'une unité d'hospitalisation médico-psychiatriques au CHU Hassan II de Fès est nécessaire pour la PEC des patients ? :

Oui , Non .

26-À votre avis, comment améliorer la PEC des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés dans les services médico-chirurgicaux ? ;

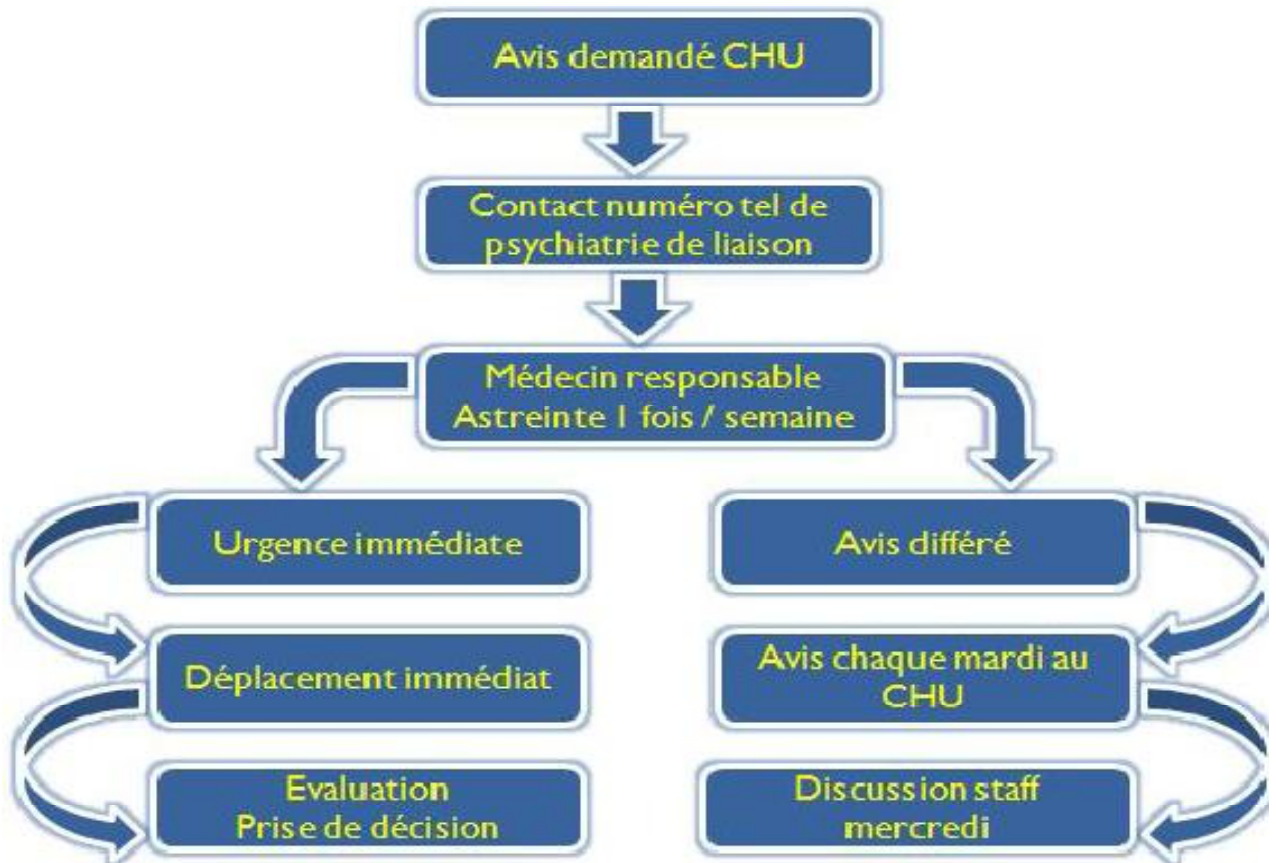
- Sensibilisation des médecins spécialistes à l'égard des troubles psychiatriques,
- Organisation régulière de manifestations scientifiques communes entre somaticiens et psychiatres,
- Amélioration des moyens de communications interpersonnels,
- Instauration des consultations multidisciplinaires avec le service de psychiatrie,
- Proximité du service de psychiatrie aux services médico-chirurgicaux du CHU,
- Instauration du système de FEED BACK (de contre références et de références),
- Autres :

27-Avez-vous des suggestions à propos de la psychiatrie de liaison ? :

.....
.....
.....

Annexe n° 2: Organisation de psychiatrie de liaison (24)

Organisation de psychiatrie de liaison



Annexe n° 3 : Annonce des avis psychiatriques affichée
dans les services du CHU -Hassan II-Fès. (24)

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