كليـــــــة الـطب
و الصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH
MARRAKECH
جامعة القاضي عياض
UNIVERSITÉ CADI AYYAD

Année 2019 Thèse N°104

Les enjeux de la psychiatrie de liaison : Enquête auprès des médecins non psychiatres du CHU Mohammed VI sur leurs attentes

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 21/06/2019

PAR

Mlle. Yousra BENNOUNA

Née le 15/10/1993 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES

Psychiatrie de liaison-Médecins Somaticiens non psychiatre- Attentes
Services médico-chirurgicaux

JURY

Mr. H.SAIDI Professeur de Traumatologie Orthopédie	PRESIDENT	
Mme. F.MANOUDI Professeur de Psychiatrie	RAPPORTEUR	
Mme. F.ASRI Professeur de Psychiatrie	JUGES	
Mr. A.BENALI Professeur agrégé de Psychiatrie		

بسم الله الرحمن الرحيم

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك
التي أنعمت عليَ وعلى والديَ
وأن أعمل صالحا ترضاه
وأصلح لي في ذريتي
إني تبت إليك و إني من المسلمين"
صدق الله العظيم

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dés sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Liste des Professeurs

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. BadieAzzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Mohammed BOUSKRAOUI
Vice doyen à la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE
Vice doyen aux Affaires Pédagogiques : Pr.Redouane EL FEZZAZI
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anésthésie-réanimation	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirmaxillo faciale	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino-laryngologie	HOCAR Ouafa	Dermatologie
ADMOU Brahim	Immunologie	JALAL Hicham	Radiologie
AGHOUTANE ElMouhtadi	Chirurgie pédiatrique	KAMILI ElOuafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie-réanimation
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie-obstétrique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie

AKHDARI Nadia	Dermatologie	KOULALI IDRISSI Khalid	Traumato-orthopédie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire péripherique	KRATI Khadija	Gastro-entérologie
AMAL Said	Dermatologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
AMINE Mohamed	Epidémiologie-clinique	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie – Virologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASMOUKI Hamid	Gynécologie-obstétrique	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie
ASRI Fatima	Psychiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirumaxillo faciale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENELKHAIAT BENOMARRidouan	Chirurgie – générale	MOUFID Kamal	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUAITY Brahim	Oto-rhino-laryngologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	NAJEB Youssef	Traumato-orthopédie
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie – réanimation	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISSI Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QACIF Hassan	Médecine interne

CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	QAMOUSS Youssef	Anésthésie-réanimation
CHERIF IDRISSI EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAFIK Redda	Neurologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
EL ADIB AhmedRhassane	Anesthésie-réanimation	SAIDI Halim	Traumato-orthopédie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirmaxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie – Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZYANI Mohammed	Médecine interne
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	GHAZI Mirieme	Rhumatologie

ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	HAROU Karam	Gynécologie-obstétrique
AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie – Cytogénéque
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MAOULAININE Fadlmrabihrabou	Pédiatrie (Neonatologie)
BASSIR Ahlam	Gynécologie-obstétrique	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BELBACHIR Anass	Anatomie-pathologique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino – Laryngologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie-obstétrique	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOURRAHOUAT Aicha	Pédiatrie	RADA Noureddine	Pédiatrie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RAIS Hanane	Anatomie pathologique

CHRAA Mohamed	Physiologie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	SAJIAI Hafsa	Pneumo-phtisiologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL IDRISSI SLITINE Nadia	Pédiatrie	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie-clinique
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL MGHARI TABIBGhizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
FADILI Wafaa	Néphrologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
FAKHRI Anass	Histologie- embyologie cytogénétique	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	ELQATNI Mohamed	Médecine interne
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	FDIL Naima	Chimie de Coordination

			Bioorganique
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AMINE Abdellah	Cardiologie	GHOZLANI Imad	Rhumatologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	Hammoune Nabil	Radiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI FatimaEzzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BELLASRI Salah	Radiologie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NASSIH Houda	Pédiatrie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie - orthopédie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio - Vasculaire
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	OUERIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DAMI Abdallah	Médecine Légale	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation

DOUIREK Fouzia	Anesthésie-réanimation	RHARRASSI Isam	Anatomie-patologique
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino-laryngologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organnique	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	TAMZAOURTE Mouna	Gastro - entérologie
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	WARDA Karima	Microbiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation

LISTE ARRÉTÉÉ LE 22/04/2019

Dédicaces

« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust.

Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que

Je dédie cette thèse …

Louange à Dieu tout puissant,

qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.

A ma plus belle raison de vivre : A mes très chers parents :

A mon très cher père.

De tous les pères, tu as été le meilleur, tu as su m'entourer d'attention, m'inculquer les valeurs nobles de la vie, m'apprendre le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité.

Merci d'avoir été toujours là pour moi, un grand soutien tout au long de mes études. Tu as été et tu seras toujours un exemple à suivre pour tes qualités humaines, ta persévérance et ton perfectionnisme.

Des mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon respect, ma considération, ma reconnaissance et mon amour éternel.

Que Dieu te préserve des malheurs de la vie afin que tu demeures le flambeau illuminant mon chemin…

Ce travail est ton œuvre, toi qui m'a donné tant de choses et tu continues à le faire…

Je t'aime papa…

A ma très chère mère

A la plus douce et la plus merveilleuse de toutes les mamans.

A une personne qui m'a tout donné sans compter.

Aucun hommage ne saurait transmettre à sa juste valeur ; l'amour, le dévouement et le respect que je porte pour toi. J'implore Dieu qu'il te procure santé et qu'il m'aide à te compenser tous les malheurs passés. Pour que plus jamais le chagrin ne pénètre ton cœur, car j'aurais encore besoin de ton amour.

Je te dédie ce travail qui grâce à toi a pu voir le jour. Tu n'a pas cessé de me soutenir et de m'encourager, ton amour, ta générosité exemplaire et ta présence constante ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Tes prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de mes études.

J'espère que tu trouveras dans ce modeste travail un témoignage de ma gratitude, ma profonde affection et mon profond respect.

Puisse Dieu tout puissant te protéger du mal, te procurer longue vie, santé et bonheur afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.

Je t'aime maman…

A mes très chers frères : Yacine et Youssef

Je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour et mon attachement.

Puisse nos fraternels liens se pérenniser et consolider encore. Je ne pourrais d'aucune manière exprimer ma profonde affection et mon immense gratitude pour tous les sacrifices consentis, votre aide et votre générosité extrêmes ont été pour moi une source de courage, de confiance et de patience.

J'implore DIEU qu'il vous apporte bonheur, santé, amour et que tous vos rêves se réalisent.

A la mémoire de mes grands-pères et mes grands-mères :

Puissent vos âmes reposent en paix, Que Dieu, le tout puissant, vous recouvre de sa sainte miséricorde et vous accueille dans son éternel paradis.

A mon cher oncle : Dr JAMALI Hakim

En témoignage de mon attachement et de ma grande considération. J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus chaleureux. Que ce travail vous apporte l'estime, et le respect que je porte à votre égard, et soit la preuve du désir que j'avais depuis toujours pour vous honorer. Tous mes vœux de bonheur et de santé. …

A mes chers oncles et tantes … A mes chers cousins et cousines…
ET A TOUTE MA FAMILLE :

Avec tout mon estime et mon affection. Puisse ce travail conforter la confiance que vous me portez et être le fruit de vos prières
Que Dieu vous accorde santé et longue vie.
Avec toute mon affection et mon respect.

A tous mes cher(e)s ami(e)s et collègues:

A tous les moments qu'on a passés ensemble, à tous nos souvenirs ! Je vous souhaite à tous longue vie pleine de bonheur et de prospérité. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de mon respect. Merci pour tous les moments formidables qu'on a partagés.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon affection, mon respect et ma reconnaissance. Que dieu vous donne santé et longue vie

Remerciements

Mes sincères remerciements

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR H.SAIDI

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse et je vous remercie de la confiance que vous avez bien voulu m'accorder.
J'ai eu la chance de compter parmi vos étudiants et de profiter de l'étendue de votre savoir. Vos remarquables qualités humaines et professionnelles ont toujours suscité ma profonde admiration. Je vous prie d'accepter le témoignage de ma reconnaissance et l'assurance de mes sentiments respectueux.

A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE
MADAME LA PROFESSEUR F.MANOUDI

C'est avec un grand plaisir que je me suis adressée à vous dans le but de bénéficier de votre encadrement et j'étais très touchée par l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de me confier ce travail. Vous m'avez toujours réservé le meilleur accueil malgré vos obligations professionnelles. Je vous remercie infiniment, cher Maitre, pour avoir consacré à ce travail une partie de votre temps précieux et de m'avoir guidé avec rigueur et bienveillance. Je suis très fière d'avoir appris auprès de vous et j'espère avoir été à la hauteur de votre attente.
Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de mon estime et de mon profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
MADAME LA PROFESSEUR F.ASRI

Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande amabilité de siéger parmi notre jury de thèse.
Votre savoir et votre sagesse suscitent toute notre admiration.
Veuillez accepter ce travail, en gage de notre grand respect et de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR A.BENALI

Nous sommes particulièrement touchés par la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail.
Votre parcours professionnel, votre compétence incontestable, votre charisme et vos qualités humaines font de vous un grand professeur et nous inspirent une grande admiration et un profond respect.
Permettez-nous, Chère Maître de vous exprimer notre profond respect et notre sincère gratitude.

Liste d'abréviation

Liste d'abréviation

ADT : Antidépresseurs

AVP : Accident de la voie publique

CHU : Centre hospitalier universitaire

CL : Consultation liaison

EDM : Episode dépressif majeur

PEC : Prise en charge

Sd : Syndrome

Plan

INTRODUCCTION 1
MATERIELS TE METHODES 4
I. Type de l'étude 5
II. Population d'étude 5
III. Fiche d'exploitation 6
IV. Collecte des données 8
V. Considérations éthiques 8
VI. Analyse statistique 8
RESULTATS 9
A. Étude descriptive 10
I. Caractéristiques sociodémographiques des médecins 10
1. Age 10
2. Sexe 10
3. Le statut professionnel 11
4. Le nombre d'année d'exercice dans la spécialité 11
5. Service 12
II. Données portant sur l'expérience et la formation du médecin 14
1. Expérience ou stage au service de psychiatrie 14
2. Prévalence des troubles psychiatriques selon l'avis des médecins dans les services médico-chirurgicaux 14
3. Formation continue en psychiatrie 15
4. Perception des compétences des médecins dans la PEC des pathologies psychiatriques 16
5. Attitude du médecin face à un trouble psychiatrique 18
6. Demande antérieure d'avis psychiatrique 19
7. le nombre de demande d'avis 20
8. L'urgence de la demande d'avis psychiatrique 20
9. Moyens de la demande 21
10. Les informations mentionnées sur la demande 21
11. Qui sollicite la demande de l'avis ? 22
12. L'attitude du patient vis-à-vis de l'avis psychiatrique selon les médecins 22
13. Motifs indiquant la demande de l'avis psychiatrique 23
14. Compte rendu de l'équipe psychiatrique 24
15. Délai de traitement d'avis 24
III. Données portant sur l'évaluation du degré d'importance de l'intervention de l'équipe de psychiatrie 25
IV. Données portant sur la perception et attentes des médecins sur la psychiatrie de liaison 26
B. Analyse bi-variée 26
1. Corrélation entre les services médico-chirurgicaux et la gestion du trouble psychiatrique 26
2. Corrélation entre les services médico-chirurgicaux et les motifs de demande d'avis psychiatrique les plus fréquents 27

3. Corrélation entre les services médico-chirurgicaux et la demande de compte rendu psychiatrique 28
4. Corrélation entre les services médico-chirurgicaux et la présence du médecin au moment de l'avis psychiatrique 29
5. Corrélation entre la demande d'avis psychiatrique et la formation des médecins 30
5.1 Corrérlation entre le passage en stage en psychiatrie et la demande d'avis 30
5.2 Corrélation entre la formation continue en psychiatrie et la demande d'avis 31
5.3 Corrélation entre le statut professionnel et la demande d'avis 32
5.4 Corrélation entre la perception des compétences des médecins dans la PEC diagnostique d'un trouble psychiatrique et la demande d'avis psychiatrique 33
5.5 Corrélationentre la perception des compétences des médecins dans la PEC thérapeutique d'un trouble psychiatrique et la demande d'avis psychiatrique 34
6. Corrélation entre la tranche d'âge des médecins et leur impression sur la prévalence des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés dans les services médico-chirurgicaux 35
7. Le degré d'importance de collaboration de l'équipe psychiatrique avec l'équipe soignante 36
7.1 Correlation entre le degré d'importance de collaboration et le statut du médecin 36
7.2 Corrélation entre le degré d'importance de collaboration et le passage en stage de psychiatrie 37

DISCUSSION 38
I. Définitions 39
II. Historique 40
III. Pratique de l'activité de psychiatrie de liaison 42
1. Place de la psychiatrie de liaison dans la psychiatrie 42
2. Les types d'intervention de la psychiatrie de liaison 43
3. Equipe de la psychiatrie de liaison 46
4. Apport de la psychiatrie de liaison 49
5. Modalités d'intervention en psychiatrie de liaison 52
IV. Discussion de nos résultats 54
1. Données sociodémographiques des praticiens 54
2. Données portant sur l'expérience et la formation du médecin 56
3. Données portant sur l'évaluation du degré d'importance de l'intervention de l'équipe de psychiatrie 68
3.1 L'importance de l'évaluation de la présence d'un syndrome dépressif dans un tableau clinique somatique selon l'avis des somaticiens interrogés 68
3.2 L'importance de l'évaluation du risque suicidaire selon l'avis des somaticiens interrogés 70
3.3 L'importance de l'évaluation diagnostique d'un trouble psychiatrique selon l'avis des somaticiens 72
3.4 L'importance de l'évaluation du caractère psychiatrique d'un trouble comportemental selon l'avis des somaticiens interrogés 73
3.5 L'importance de l'évaluation du retentissement psychiatrique d'une maladie somatique selon l'avis des somaticiens interrogés 74
3.6 L'importance de l'ajustement de psychotropes selon l'avis des somaticiens interrogés 76

3.7 L'importance du développement du lien de l'équipe de psychiatrie de liaison avec l'équipe soignante selon l'avis des somaticiens interrogés 77
3.8 L'importance de la présence du psychiatre lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle au patient selon l'avis des somaticiens interrogés 79
4. Données portant sur la perception et attentes des médecins sur la psychiatrie de liaison 80
V. Discussion des corrélations 82
1. Corrélation entre les services médico-chirurgicaux et les motifs d'avis psychiatrique 82
2. Corrélation entre la demande d'avis et la formation du médecin : 83
3. Corrélation entre la demande d'avis et le statut du médecin 83
4. Corrélation entre la tranche d'âge des médecins et leur impression sur la prévalence des troubles psychiatriques: 84
5. Le degré d'importance de collaboration de l'équipe psychiatrique avec l'équipe soignante 84
VI. Les limites de l'étude 85
SUGESTIONS 86
CONCLUSION 89
ANNEXES 91
RESUME 98
BIBLIOGRAPHIE 104

Introduction

Comme chaque spécialité, la psychiatrie est amenée à évoluer. Cette évolution tend vers une division progressive de ses domaines, comme par exemple, la géronto-psychiatrie, 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 une discipline de la psychiatrie qui s'occupe de troubles psychiatriques se manifestant chez les patients des autres disciplines médicales [1].

Elle s'exerce ainsi 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 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 [3].

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 médicopsychologiques, et une expertise dans quelques domaines très spécifiques liés au recrutement particulier de certains services de l'hôpital général.

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 prise en charge (PEC) des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés dans les services médico-chirurgicaux permettra l'amélioration de la qualité de vie des patients, la diminution de la durée du séjour et du nombre des examens complémentaires, ainsi que des coûts des soins hospitaliers [4].

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 [5].

La psychiatrie de liaison apparaît comme une discipline d'actualité très prometteuse.

C'est dans ce cadre, que notre travail de thèse a eu pour but d'évaluer les enjeux de la psychiatrie de liaison. Elle s'est intéressée plus précisément aux attentes des médecins non psychiatres qui ont sollicité les psychiatres de liaison. On a mené une enquête transversale prospective au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Mohammed VI de Marrakech à l'aide d'un auto-questionnaire qui leur a été remis.

Notre étude a pour but principal de percevoir les attentes principales des autres spécialités médicales vis-à-vis de la psychiatrie de liaison.

Pour cela, nous nous sommes assignés les objectifs suivants :

- Dépister les difficultés et les contraintes rencontrées par les soignants dans la participation à la psychiatrie de liaison.
- Assurer une bonne organisation et une structuration de la prise en charge 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.

Matériels et méthodes

I. Type d'étude

C'est une étude transversale prospective étalée sur 6mois (12/2018 au 05/2019), réalisée auprès d'une population des médecins du CHU Mohammed VI de Marrakech.

II. Population d'étude

1. Critères d'inclusion :

On a inclu dans notre étude une population ciblée, qui concerne les médecins exerçant dans les services médico-chirurgicaux du CHU Mohammed VI de Marrakech : professeurs, résidents et internes.

On a donc sollicité, pour leur fréquence de demandes de consultation d'avis psychiatriques, les services suivants :

Traumatologie	Neurochirurgie
Chirurgie viscérale	Chirurgie maxillo-faciale
Réanimation médicale	Réanimation chirurgicale
Neurologie	Dermatologie
Cardiologie	Endocrinologie
Médecine interne	Médecine infectieuse
Néphrologie	Oncologie
Gynécologie obstétrique	Urgences

2. Critères d'exclusion :

On a exclu de notre étude :

- Les médecins exerçant dans le service de psychiatrie.
- Les médecins exerçant en biologie et anatomie pathologie.
- Les services les moins représentatifs en terme de demande en psychiatrie de liaison.

III. Fiche d'exploitation :

La collecte des données a été faite à partir d'un questionnaire, réalisé auprès d'une population des soignants du CHU de Marrakech, qui nous a renseigné sur les données suivantes :

1. Données sociodémographiques :

- Le sexe ;
- L'âge ;
- Le statut professionnel ;
- Le service ;
- Le nombre d'année d'exercice dans la spécialité.

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

- Expérience ou stage au service de psychiatrie ;
- Prévalence des troubles psychiatriques selon l'avis des médecins dans les services médico-chirurgicaux ;
- Formation continue en psychiatrie ;
- Attitude du soignant face à un trouble psychiatrique ;
- Demande antérieure d'avis psychiatrique ;
- 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 ;
- L'attitude du patient vis-à-vis de l'avis psychiatrique ;
- Motifs indiquant l'avis psychiatrique ;
- Compte rendu de l'équipe psychiatrique ;
- Délai de traitement d'avis.

3. **Données portant sur l'évaluation du degré d'importance de l'intervention de l'équipe de psychiatrie :**

- Evaluation diagnostique d'un trouble psychiatrique ;
- Evaluation du risque suicidaire ;
- Evaluation de la présence d'un syndrome dépressif dans un tableau clinique somatique ;
- Evaluation du caractère psychiatrique d'un trouble comportemental ;
- Evaluation du retentissement psychiatrique d'une maladie somatique ;
- L'importance d'ajuster un traitement psychotrope: (Antidépresseur - Anxiolytique- Neuroleptique..) ;
- Apport d'un entretien psychiatrique permettant la compréhension psychologique du patient ;
- Développement du lien de l'équipe de psychiatrie de liaison avec l'équipe soignante ;
- Présence du psychiatre lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle au patient.

4. **Données portant sur la perception des médecins et leurs attentes sur la psychiatrie de liaison:**

La présence d'une unité d'hospitalisation médico-psychiatrique au CHU Mohammed VI de Marrakech est nécessaire pour la PEC des patients ? (accueillant des patients nécessitant une double prise en charge somatique et psychiatrique en milieu hospitalier).

IV. Collecte des données :

Le recueil des données a été fait à partir d'un questionnaire (Annexe n° 1), réalisé auprès d'une population des médecins du CHU de Marrakech.

Nous avons distribué 130 questionnaires et on a retenu les 100 questionnaires exploitables.

Il a été décidé de solliciter les services les plus représentatifs en terme de demandes en psychiatrie de liaison.

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

- Le questionnaire devait être court et simple (question 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).

V. Considérations éthiques :

Il s'agit d'un auto- questionnaire anonyme et confidentiel.

VI. Analyse statistique

Les données ont été initialement saisies sur le logiciel Microsoft Office Excel 2007. Puis l'étude statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS version 23.0 avec l'aide du médecin épidémiologiste au service d'épidémiologie du CHU Mohammed VI de Marrakech.

Les premiers résultats ont été reportés puis décrits sous Microsoft Word 2007.

Résultats

A. Étude descriptive :

I. Caractéristiques sociodémographiques des médecins :

1. Age :

Dans notre étude, parmi les 100 médecins répondants, l'âge moyen était de 31,23 ans avec des extrêmes allant de 23 à 53 ans.

La tranche d'âge la plus représentative était celle de 26-34ans, soit 70% des cas (Figure 1).

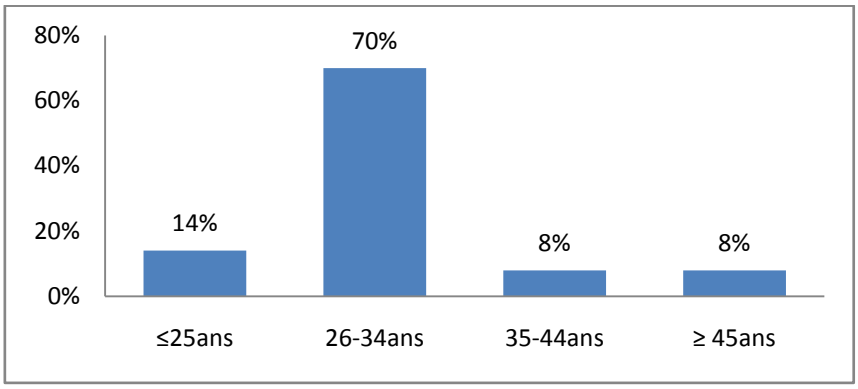

Figure 1: Répartition des médecins par tranche d'âge.

2. Sexe :

Parmi nos 100 médecins, 60 étaient de sexe féminin (60%) (Figure 2).

Le sex-ratio était de 0.67.

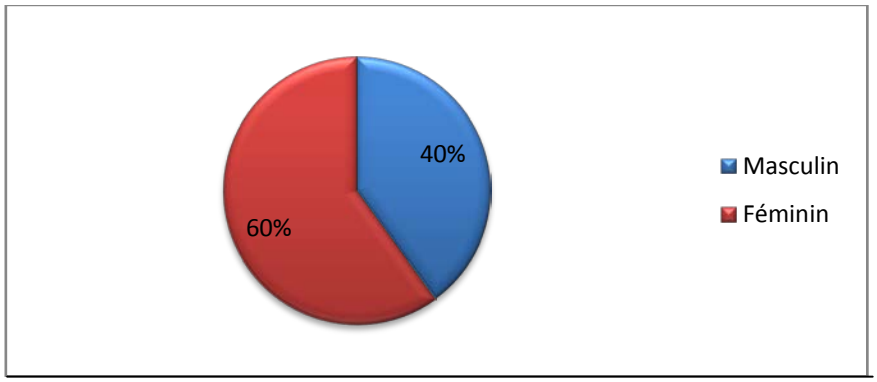

Figure 2 : Répartition des médecins selon le sexe.

3. Le statut professionnel:

La répartition par statut médical plaçait les résidents en premiers répondeurs (68%), puis les internes (17 %), et enfin les professeurs (15%) (Figure 3).

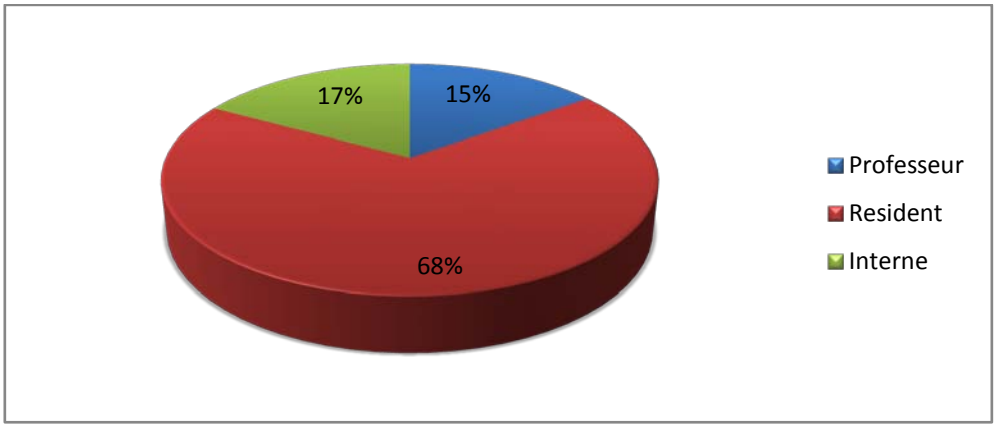

Figure3 : Répartition des médecins selon leurs statuts.

4. Le nombre d'années d'exercice dans la spécialité :

La moyenne d'années d'exercice des médecins répondeurs était de 4,41 années.

La majorité des médecins, (soit 83%) avaient un nombre d'années d'exercice inférieur à 5 ans. (Figure 4).

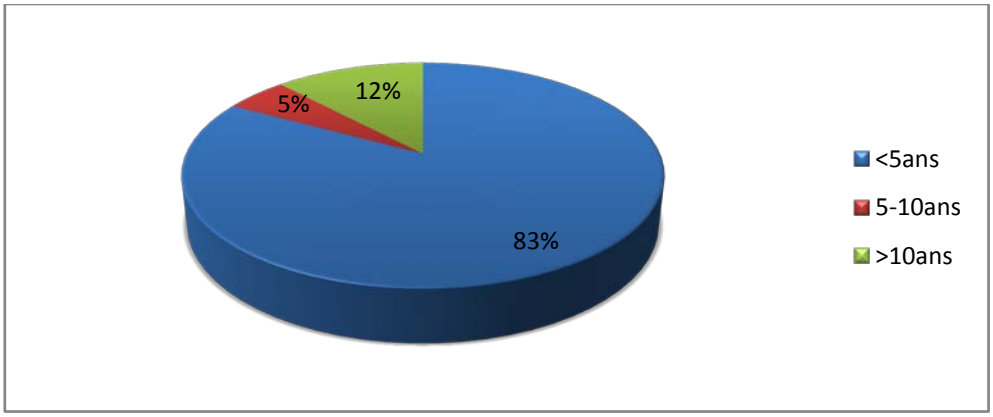

Figure 4: Répartition des médecins selon le nombre d'années d'exercice.

5. Service :

On a sollicité ces différents services qui étaient les plus demandeurs d'avis psychiatrique, le taux de médecins répondeurs variait d'un service à l'autre (Figure 5).

Au total, 60% des médecins répondants étaient de service médical et 40% de service chirurgical.

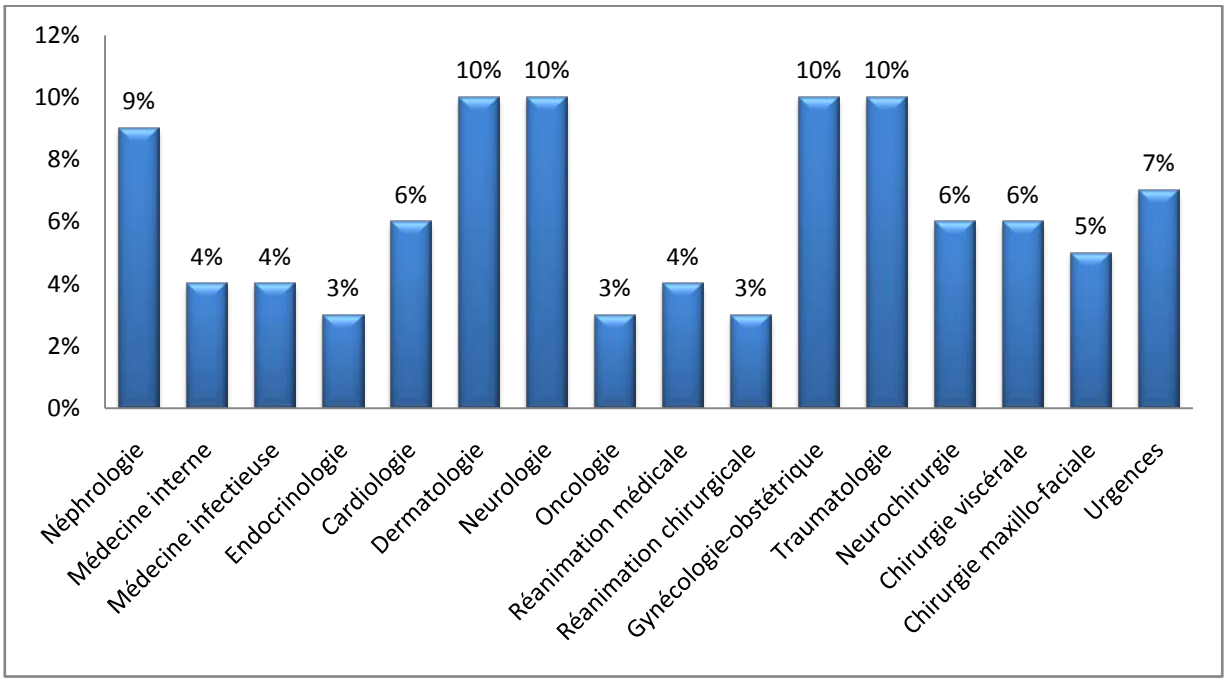

Figure 5 : Pourcentage des médecins répondeurs dans les différents services sollicités.

Tableau I : Récapitulation des caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.

	Effectif	Pourcentage
Âge :		
Inférieur ou égal à 25 ans	14	14%
26 – 34 ans	70	70%
35 – 44 ans	8	8%
Supérieur ou égal à 45 ans	8	8%
Sexe :		
Féminin	60	60%
Masculin	40	40%
statut :		
Professeur	15	15%
Résident	68	68%
Interne	17	17%
Nombre d'années d'exercice :		
Inférieur à 5 ans	83	83%
5 – 10 ans	5	5%
Supérieur à 10 ans	12	12%
Service :		
Médical	60	60%
Chirurgical	40	40%

II. Données portant sur l'expérience et la formation du médecin :

1. Expérience ou stage au service de psychiatrie :

La grande majorité des médecins, soit 88 médecins avaient bénéficié d'un stage unique au service de psychiatrie au cours de leur cursus universitaire (Figure 6).

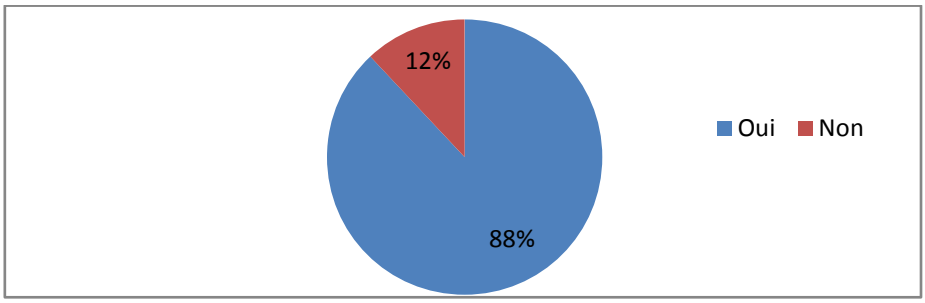

Figure 6 : Répartition des médecins selon le passage par un stage au service de psychiatrie.

2. Prévalence des troubles psychiatriques selon l'avis des médecins dans les services médico-chirurgicaux:

Plus que la moitié des médecins répondeurs (soit 52%) estimaient que la prévalence des troubles psychiatriques dans les services médico-chirurgicaux était moyenne.

Cependant 16% des médecins estimaient que la prévalence des troubles psychiatriques était élevée, et 3% des médecins l'estimaient rare (Figure 7).

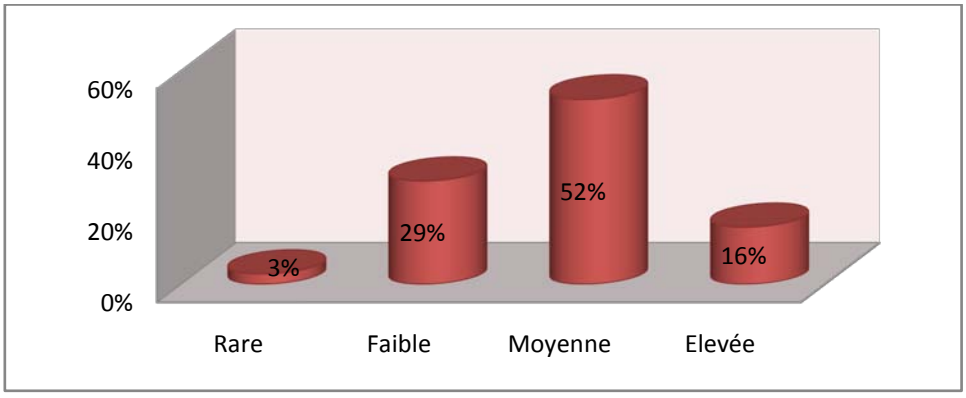

Figure 7 : La prévalence des troubles psychiatriques selon l'avis des médecins.

3. Formation continue en psychiatrie :

La grande majorité des médecins répondants soit (96%), n'avaient jamais reçu une formation continue dans le domaine de la psychiatrie (Figure 8).

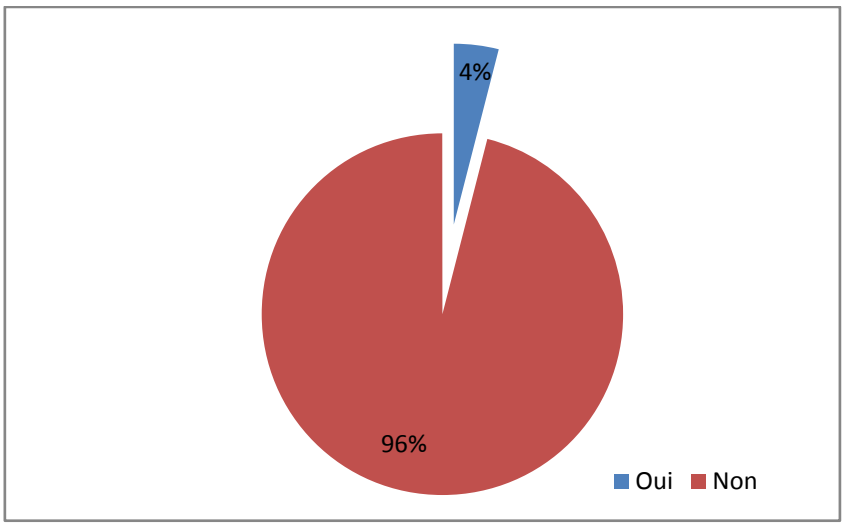

Figure 8 : Répartition des médecins selon la formation continue en psychiatrie.

4. Perception des compétences des médecins dans la PEC des pathologies psychiatriques :

- **Sur le plan diagnostique :**

Dans notre série, 28% des médecins avaient répondu que la formation de base qui a été acquise à la faculté de médecine leur permet de bien prendre en charge les pathologies psychiatriques sur le plan diagnostique, alors que 3% mentionnaient leur incapacité de poser le diagnostic d'un trouble psychiatrique.

Plus que la moitié des médecins soit 54% pouvaient prendre en charge moyennement les pathologies psychiatriques sur le plan diagnostique et 15% pouvaient faiblement prendre en charge ces pathologies (Figure 9).

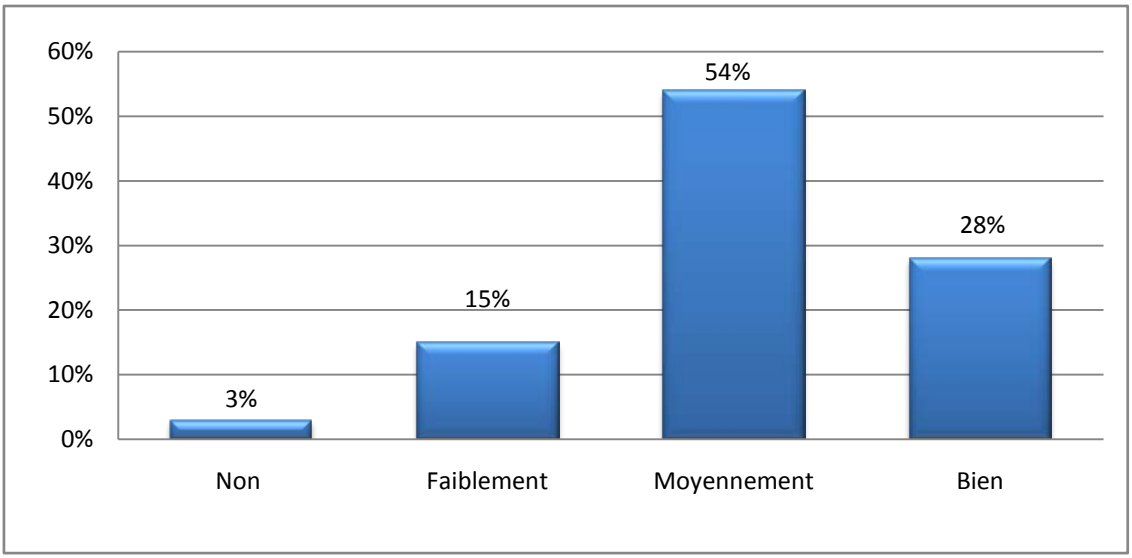

Figure 9 : Répartition des médecins selon leurs compétences pour poser le diagnostic des troubles psychiatriques.

- **Sur le plan thérapeutique :**

Plus que la moitié des médecins (soit 57%) affirmaient que la formation de base reçue en psychiatrie leur permettait de prendre en charge faiblement les troubles psychiatriques sur le plan thérapeutique (Figure 10).

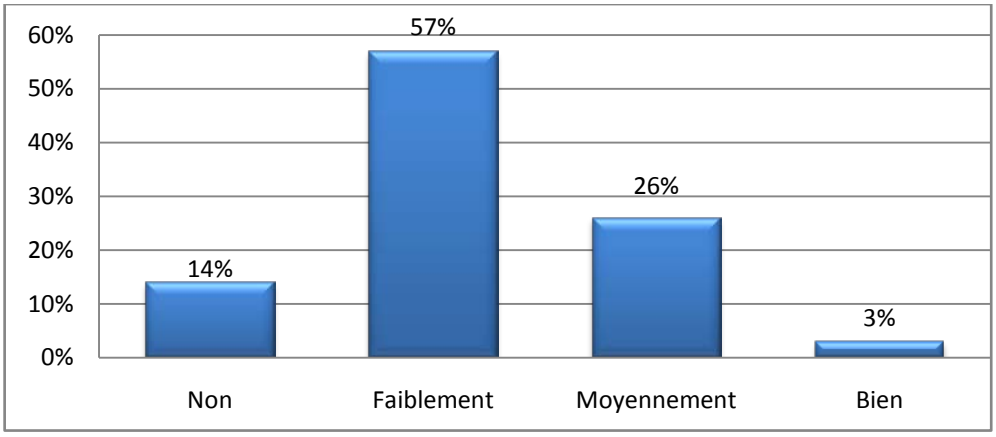

Figure 10 : Répartition des médecins selon leurs compétences pour la PEC thérapeutique des troubles psychiatriques.

- **Sur le plan du suivi :**

La moitié des médecins (51%) affirmaient que la formation de base reçue en psychiatrie leur permettait faiblement le suivi des troubles psychiatriques (Figure 11).

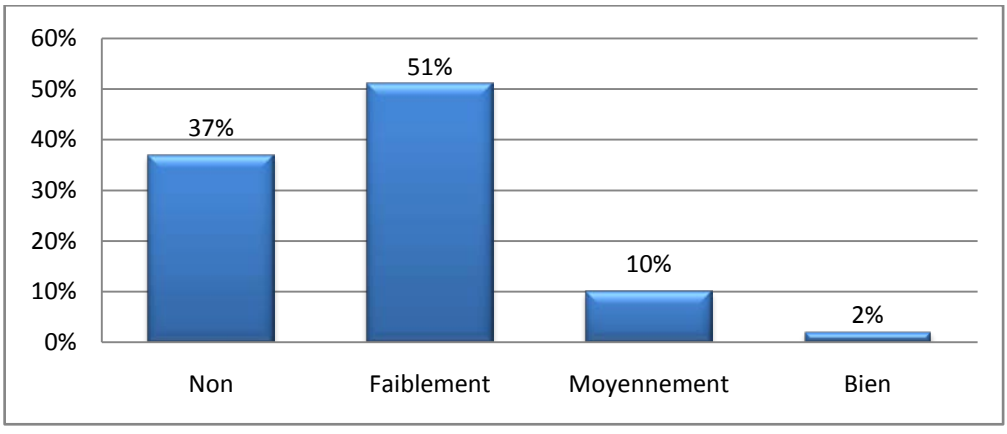

Figure 11: Répartition des médecins selon leurs compétences pour le suivi des troubles psychiatriques.

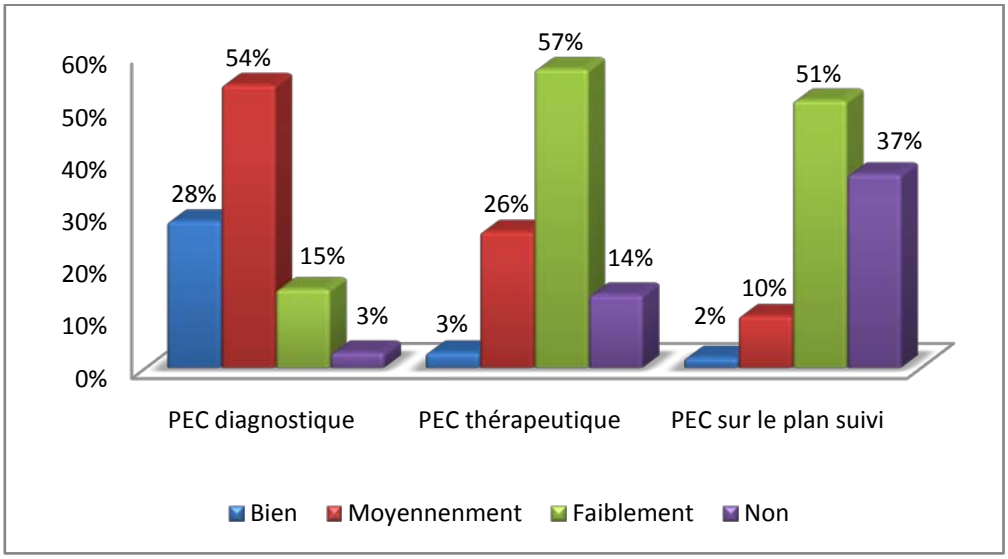

Figure 12 : Récapitulatif sur l'évaluation de la PEC des troubles psychiatriques sur les trois plans : diagnostique, thérapeutique et du suivi.

5. Attitude du médecin face à un trouble psychiatrique :

En ce qui concerne l'attitude adoptée par les médecins face à un trouble psychiatrique, la majorité les médecins (94%) n'hésitaient pas à demander l'avis du psychiatre (Figure 13).

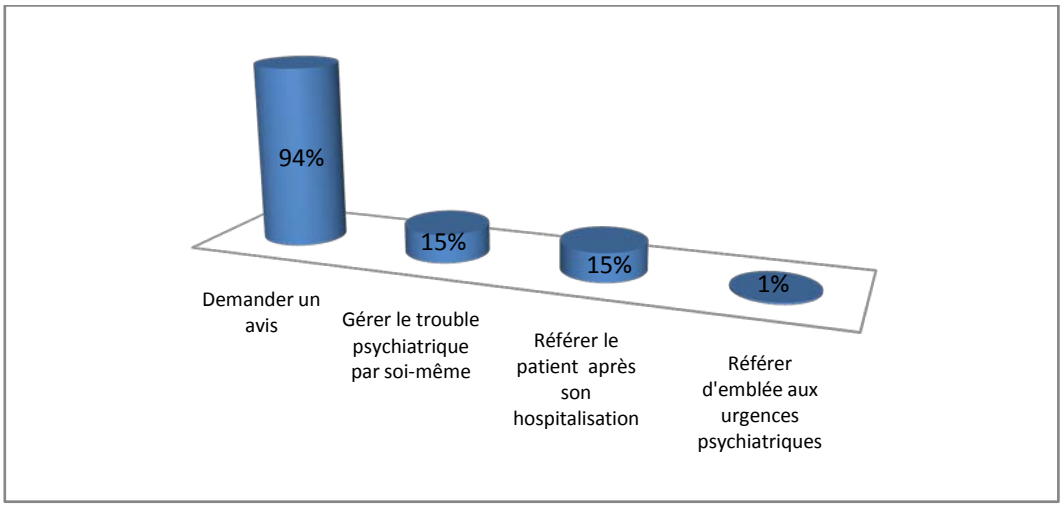

Figure 13 : Attitude du médecin face à un trouble psychiatrique.

6. Demande antérieure d'avis psychiatrique

La majorité des médecins soit 95% avaient sollicité un avis psychiatrique (Figure 14).

Les 5% restants des médecins qui n'avaient pas demandé d'avis, c'était surtout dû soit à:

- Difficulté à repérer un trouble psychiatrique (40%).
- La situation ne nécessitait pas l'avis d'un psychiatre (20%).
- La PEC du trouble psychiatrique n'était pas prioritaire (20%).
- Difficultés liées à la demande de l'avis (20%).

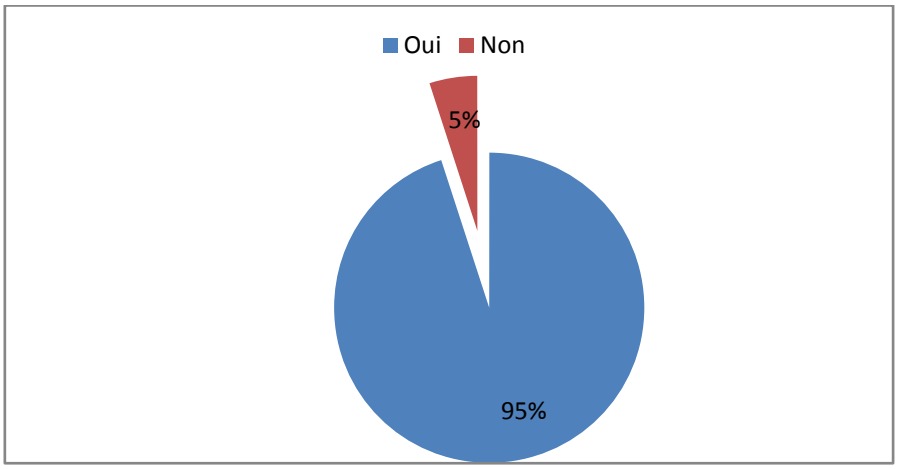

Figure 14 : Répartition des médecins selon la demande d'avis.

7. Le nombre de demande d'avis :

Au cours de ces deux dernières années, la majorité des médecins (74,4%) demandaient parfois un avis psychiatrique (2 à 10 fois) (Figure 15).

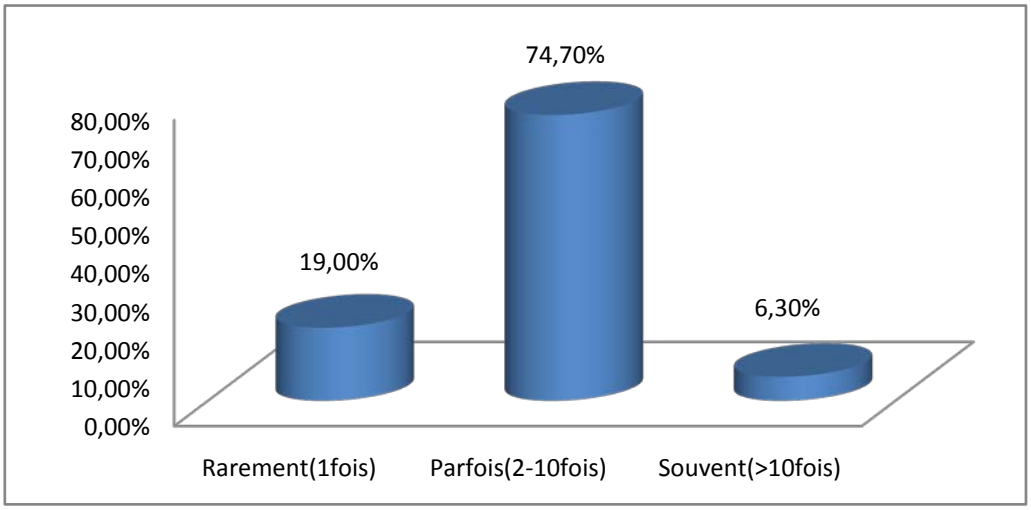

Figure 15 : Le nombre de demande d'avis psychiatrique.

8. L'urgence de la demande d'avis psychiatrique :

La majorité des demandes d'avis psychiatrique soit 63,2% étaient différées (Figure 16).

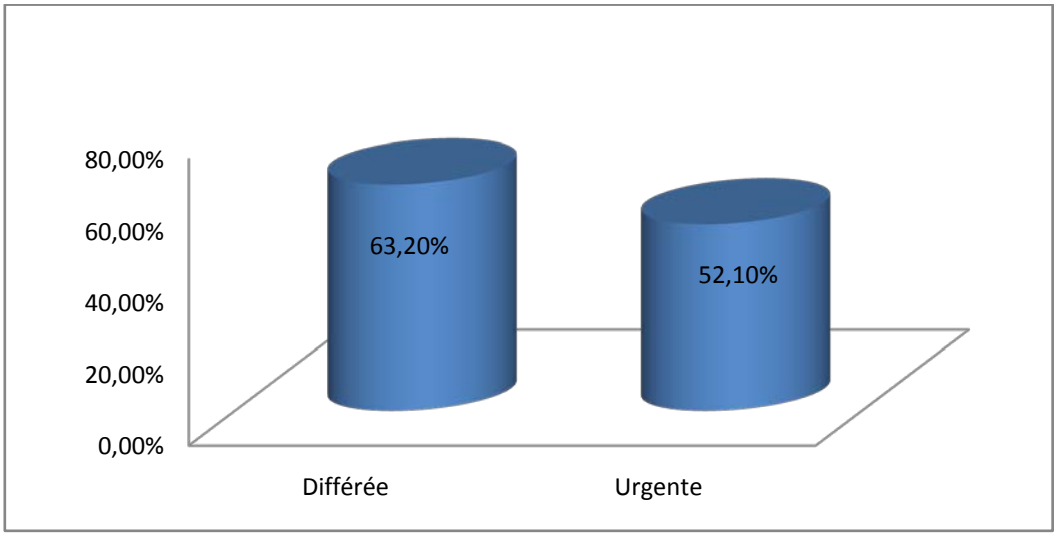

Figure 16 : L'urgence de la demande d'avis psychiatrique.

9. Moyens de la demande :

La grande majorité des médecins (soit 98,9%) utilisaient le téléphone pour demander un avis psychiatrique (Figure 17).

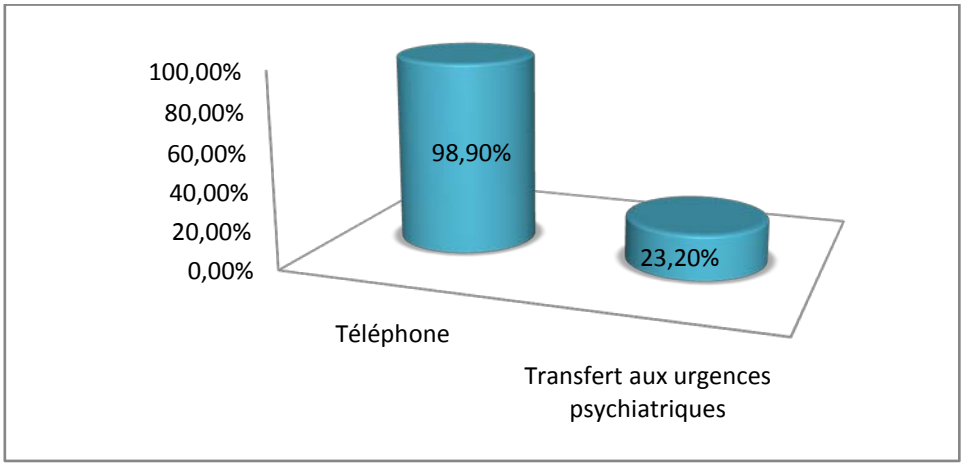

Figure 17 : Moyens de demande de l'avis.

10. Les informations mentionnées sur la demande :

Les informations mentionnées sur la demande d'avis psychiatrique étaient (Figure 18).

- Diagnostic de la pathologie organique (88,4%).
- Traitements prescrits (90,5%).
- Examens para-cliniques réalisés (64,2%).
- Motif de l'avis psychiatrique (83,2%).

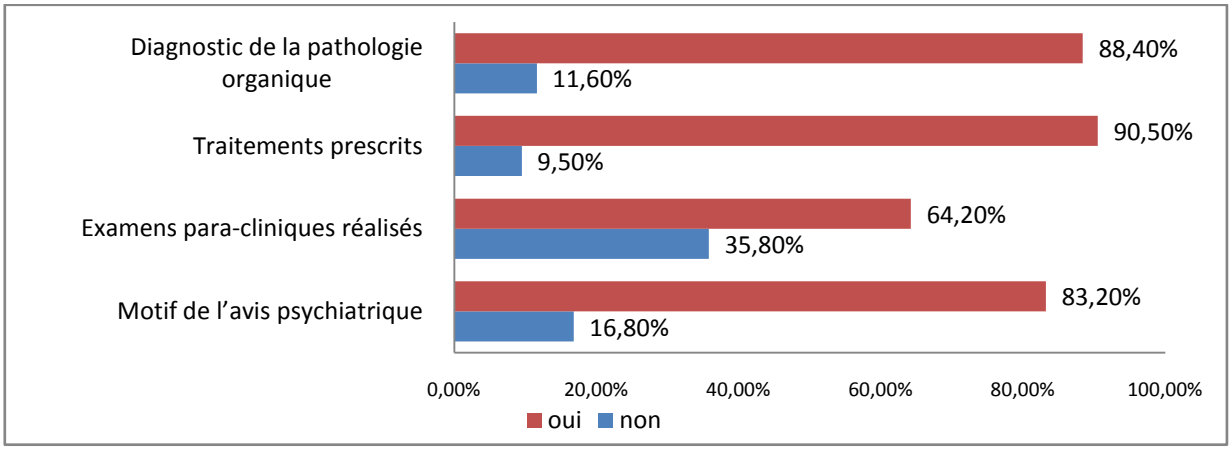

Figure 18 : Le pourcentage des informations mentionnées sur la demande de l'avis.

11. Qui sollicite la demande de l'avis ?

La majorité des médecins répondants soit 95% sollicitaient par eux même la demande d'avis psychiatrique (Figure 19).

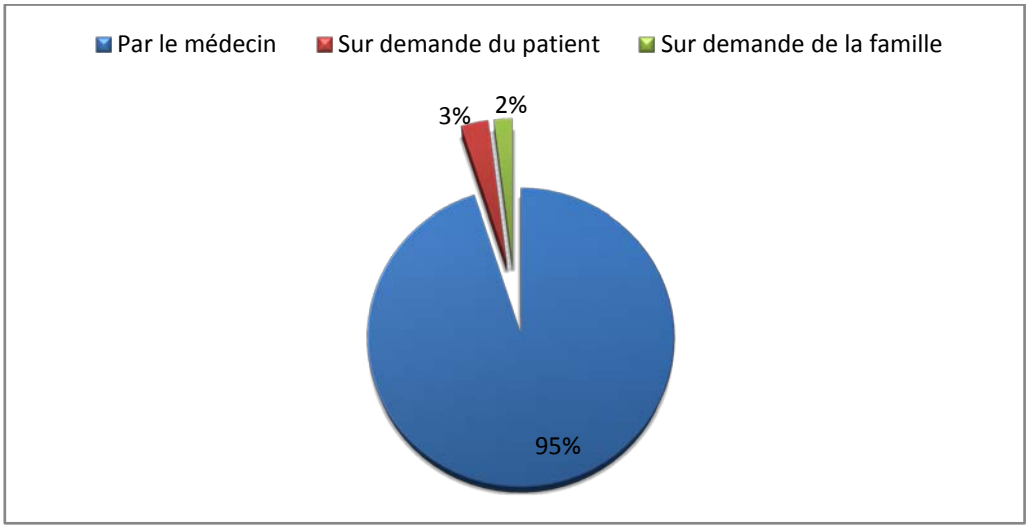

Figure 19 : La sollicitation de la demande d'avis.

12. L'attitude du patient vis-à-vis de l'avis psychiatrique selon les médecins :

Plus que la moitié des médecins (56,80%) jugeaient que l'attitude des patients vis-à-vis de l'avis psychiatrique était favorable (Figure 20).

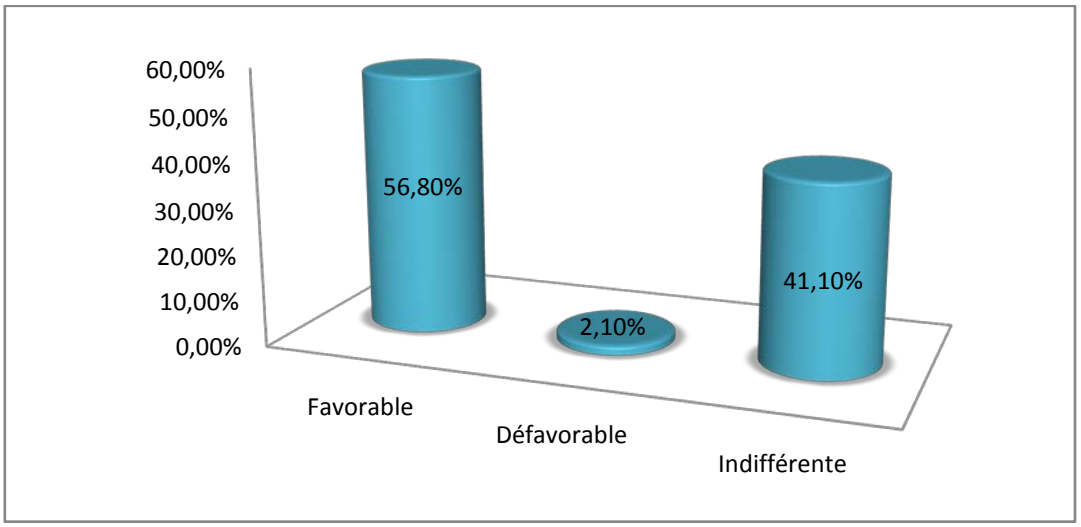

Figure 20 : Attitude des patients vis-à-vis de l'avis psychiatrique.

13. Motifs indiquant la demande de l'avis psychiatrique :

Les motifs d'avis psychiatriques les plus fréquemment demandés étaient : les troubles psychotiques (délire/hallucination) avec un pourcentage de 65,3%, la dépression (62%) et l'agitation (59%) (Figure 21).

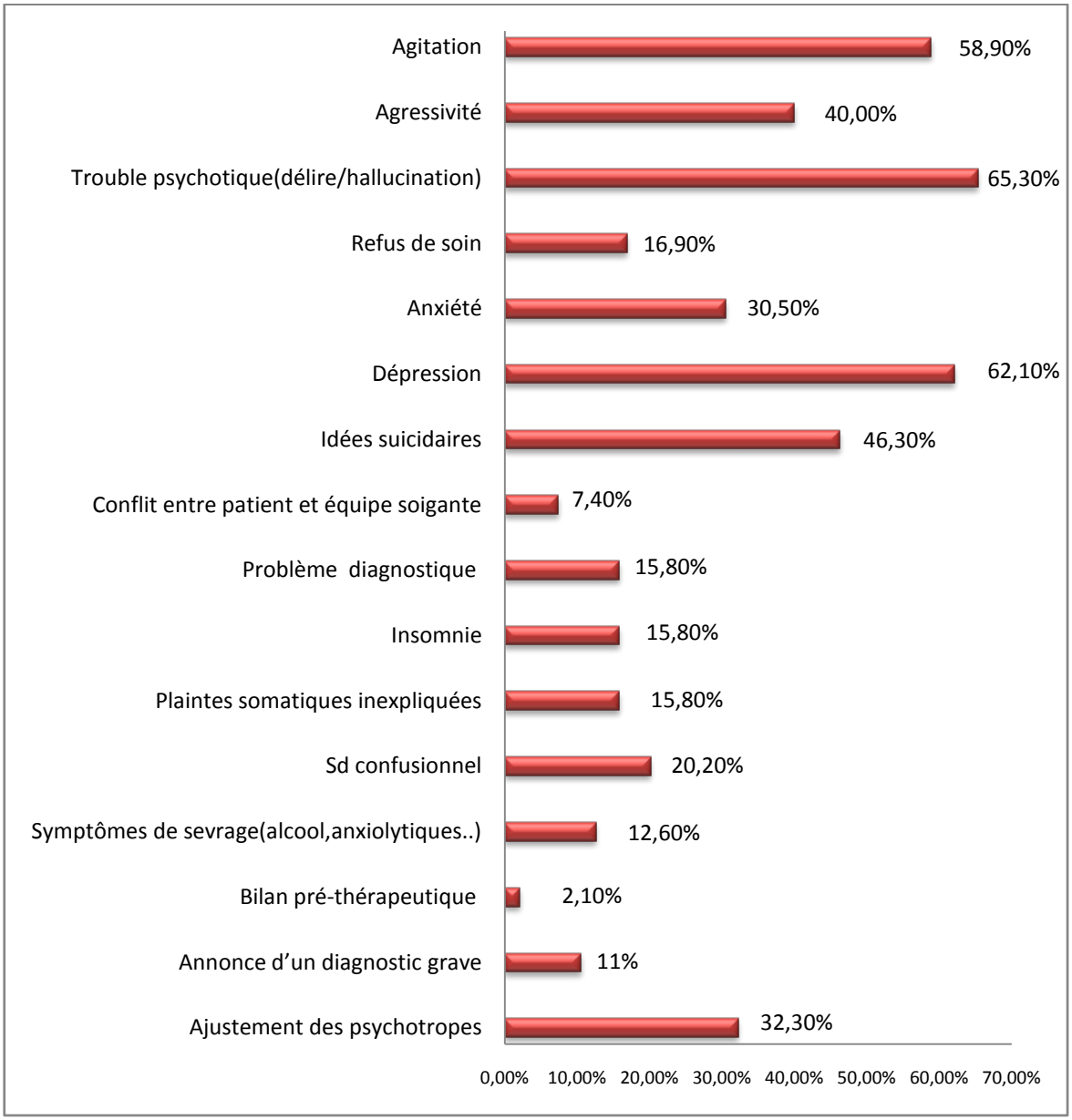

Figure 21 : Les motifs de demande d'avis psychiatrique.

14. Compte rendu de l'équipe psychiatrique :

Dans notre étude, 64 médecins (soit 67%) demandaient un compte rendu psychiatrique (Figure 22).

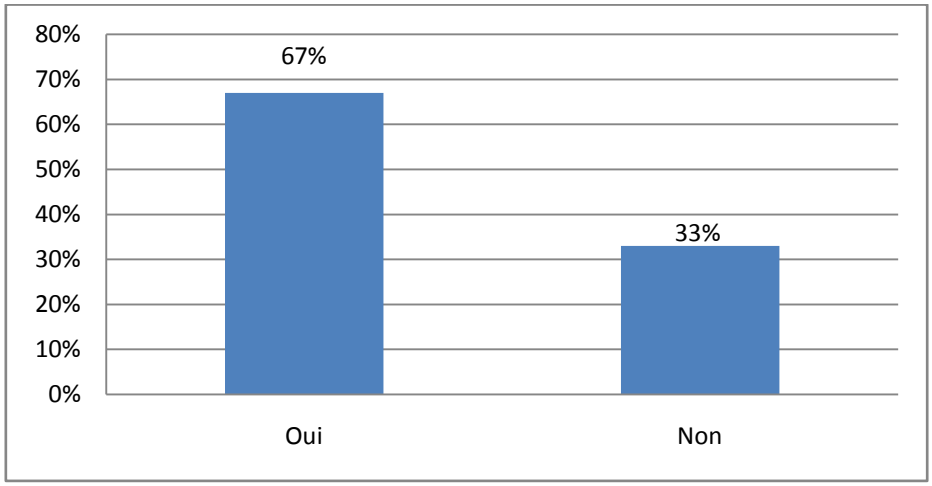

Figure 22 : La demande de compte rendu à l'équipe psychiatrique.

15. Délai de traitement d'avis :

La majorité des demandes d'avis (soit 65%) étaient traitées avec un délai de retard allant de 2h à 72h (Figure 23).

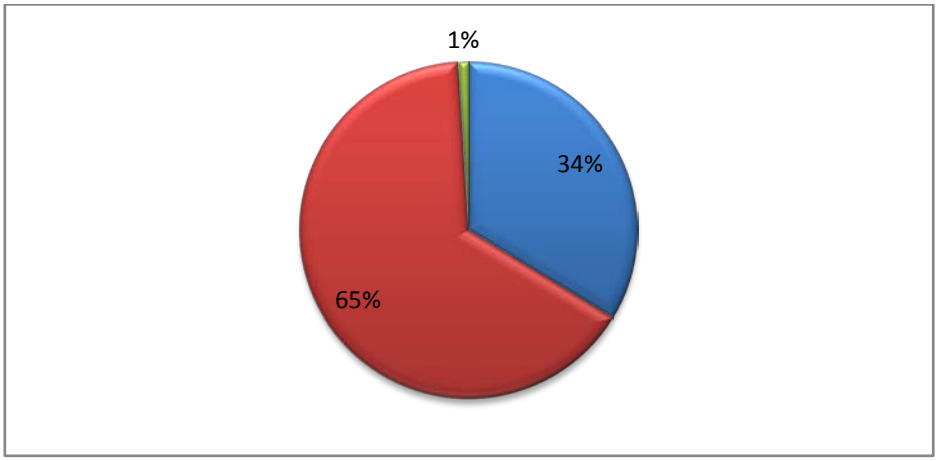

Figure 23: Délai du traitement de l'avis psychiatrique.

III. Données portant sur l'évaluation du degré d'importance de l'intervention de l'équipe de psychiatrie :

Ce tableau nous résume l'évaluation du degré d'importance de la sollicitation de l'équipe psychiatrique, selon les médecins somaticiens, dans ces différentes interventions afin de définir leurs attentes.

Tableau II : Evaluation du degré d'importance de l'intervention de l'équipe psychiatrique.

Degré d'importance (%) / Interventions	Pas important	Peu important	Relativement important	Très important
Evaluation diagnostique d'un trouble psychiatrique	0	4	38	58
Evaluation du risque suicidaire	0	3	7	90
Evaluation de la présence d'un syndrome dépressif dans un tableau clinique somatique	3	5	34	58
Evaluation du caractère psychiatrique d'un trouble comportemental	0	9	35	56
Evaluation du retentissement psychiatrique d'une maladie somatique	3	6	36	55
L'importance d'ajuster un traitement psychotrope	0	7	21	72
Apport d'un entretien psychiatrique permettant la compréhension psychologique du patient	1	13	36	50
Développement du lien de l'équipe de psychiatrie de liaison avec l'équipe soignante de votre service	0	6	40	54
Présence du psychiatre lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle au patient ou à sa famille	7	17	32	44

IV. Données portant sur la perception et attentes des médecins sur la psychiatrie de liaison :

Tous les médecins pensaient que la présence d'une unité d'hospitalisation médico-psychiatrique au CHU Mohamed VI de Marrakech est nécessaire pour la prise en charge des patients.

B. Analyse bi-variée :

Cette analyse a pour but de préciser le degré d'association entre les variables binaires de nos résultats.

1. Corrélation entre les services médico-chirurgicaux et la gestion du trouble psychiatrique :

La majorité des médecins ne savaient pas gérer un trouble psychiatrique que ce soit dans les services médicaux ou chirurgicaux.Ce résultat est statistiquement non significatif (p=0,253) (Figure 24).

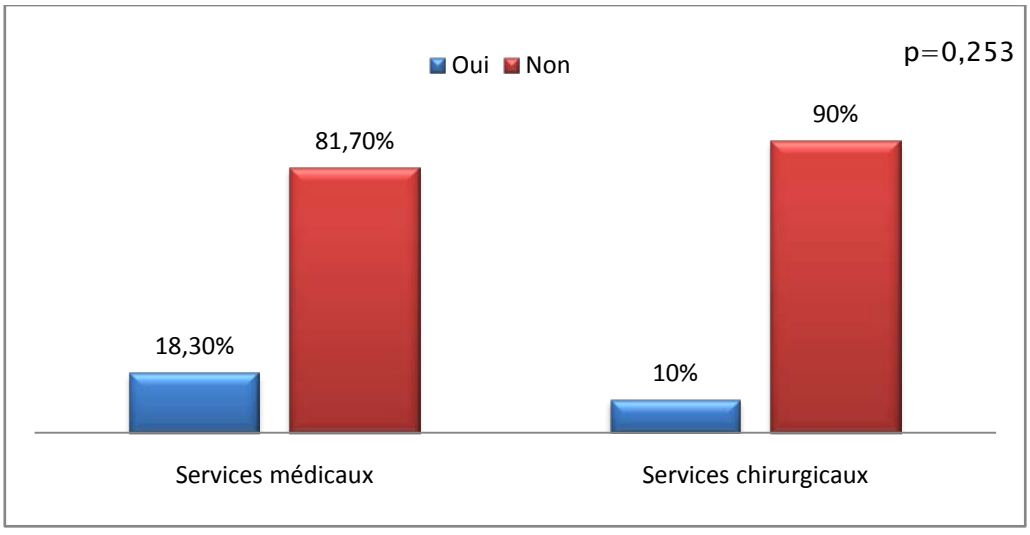

Figure 24 : La gestion des troubles psychiatriques par les services médico-chirurgicaux.

2. Corrélation entre les services médico-chirurgicaux et les motifs de demande d'avis psychiatrique les plus fréquents :

La dépression était le motif le plus fréquent dans les services médicaux (74,10%) par rapport aux services chirurgicaux. Ce résultat est statistiquement significatif (p=0,002).

Les troubles psychotiques étaient le motif le plus fréquent dans les services chirurgicaux (67,6%) par rapport aux services médicaux. Ce résultat est statistiquement non sginificatif (p=0,706).

Tableau III : Comparaison des pourcentages des différents motifs d'avis psychiatrique dans les spécialités médicales et chirurgicales.

Motifs	Service médical	Service chirurgical	Valeur P
Agitation	57%	62,2%	0,611
Agressivité	34,5%	48,6%	0,169
Trouble psychotique	63,8%	**67,6%**	0,706
Dépression	**74,1%**	43,2%	**0,002**
Idées suicidaires	37,9%	59,5%	**0,040**

3. Corrélation entre les services médico-chirurgicaux et la demande de compte rendu psychiatrique :

Les deux types de services demandaient avec presque le même pourcentage un compte rendu psychiatrique. Ce résultat est statistiquement non significatif (p=0,387) (Figure 25).

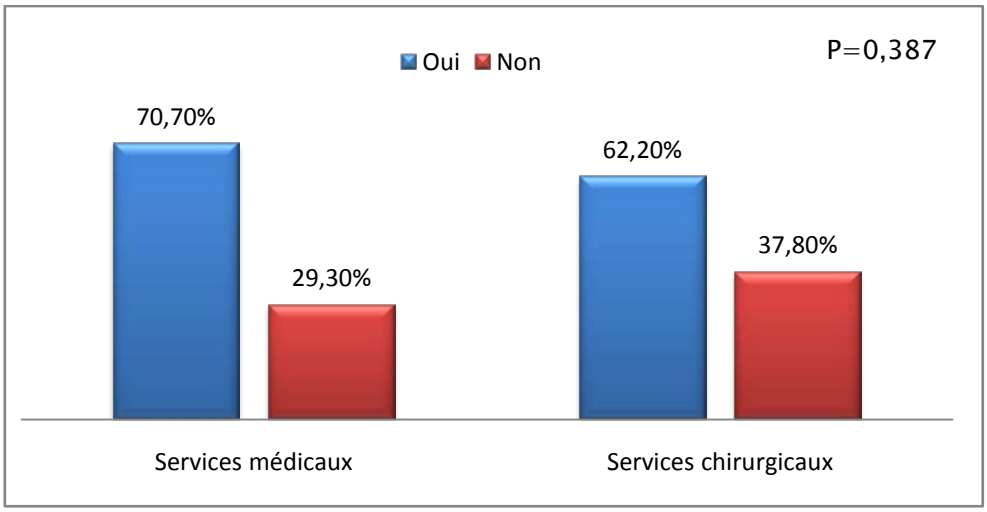

Figure 25 : Pourcentage de demande de compte rendu dans les services médicaux et chirurgicaux.

4. Corrélation entre les services médico-chirurgicaux et la présence du médecin au moment de l'avis psychiatrique:

Plus que la moitié des médecins dans les services médicaux (soit 60,3%) répondaient vouloir être présent au moment de l'avis psychiatrique.

Alors que dans les services chirurgicaux seulement 48,60% des médecins voulaient être présent au moment de l'avis.

Ce résultat est statistiquement non significatif (p= 0,263) (Figure 26).

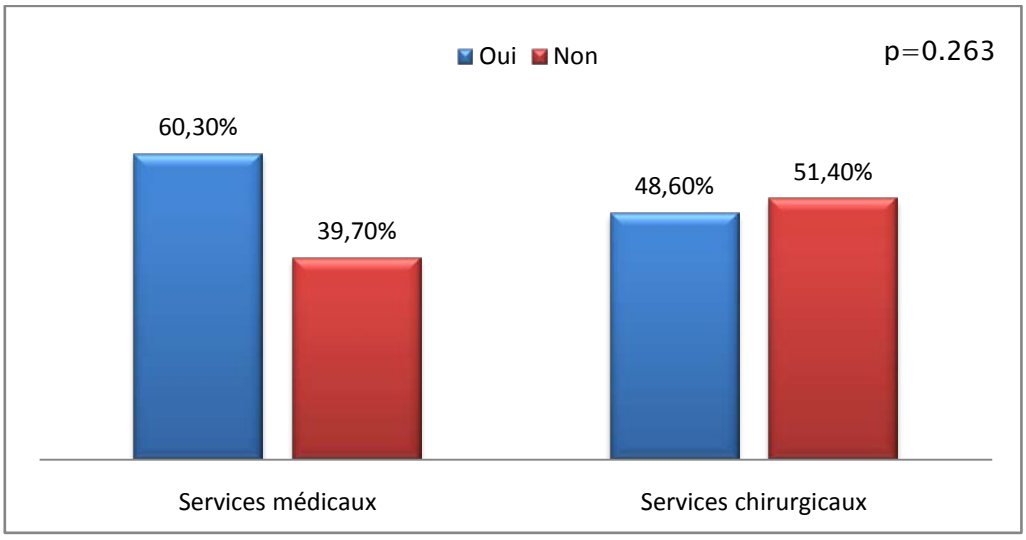

Figure 26 : Pourcentage des medecins qui trouvaient un intérêt à être présent au moment de l'avis psychiatrique selon les services médicaux et chirurgicaux.

5. Corrélation entre la demande d'avis psychiatrique et la formation des médecins :

5.1 Corrérlation entre le passage en stage en psychiatrie et la demande d'avis :

La grande majorité des médecins ayant eu ou non un stage en psychiatrie au cours de leur cursus universitaire, demandaient un avis psychiatrique. Ce résultat est statistiquement non significatif (p=0.520) (Figure 27).

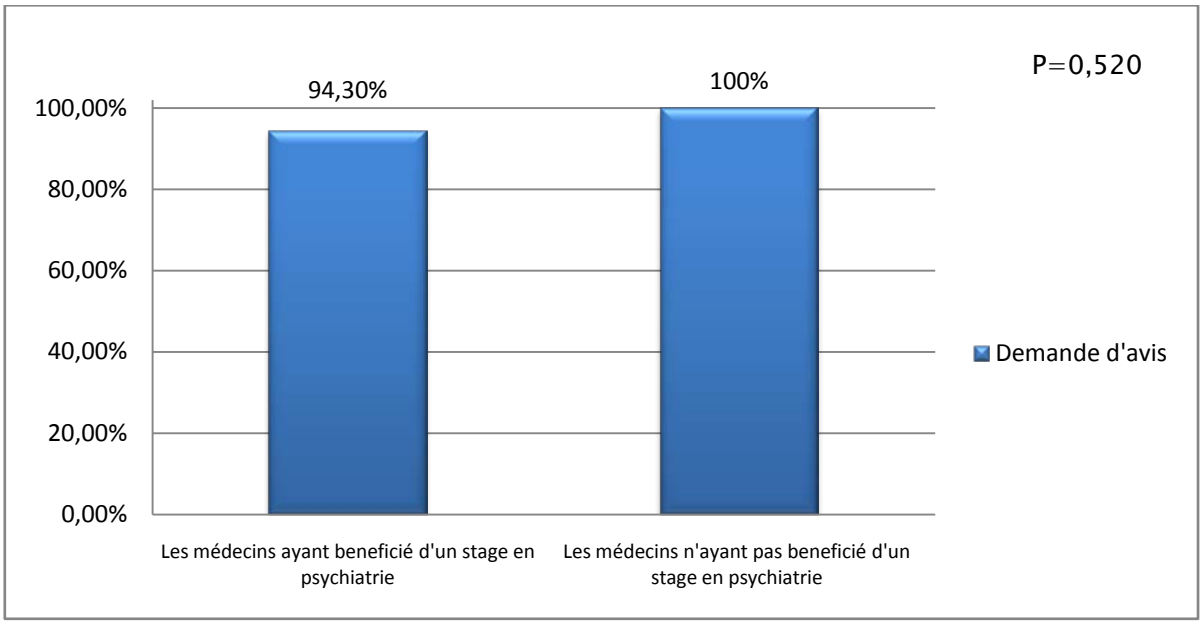

Figure 27 : Pourcentage des médecins demandeurs d'un avis psychiatrique selon le passage ou non en stage de psychiatrie

5.2 Corrélation entre la formation continue en psychiatrie et la demande d'avis :

La grande majorité des médecins ayant bénéficié ou non d'une formation continue en psychiatrie, demandaient un avis psychiatrique. Ce résultat est statistiquement non significatif (p= 0,812) (Figure 28).

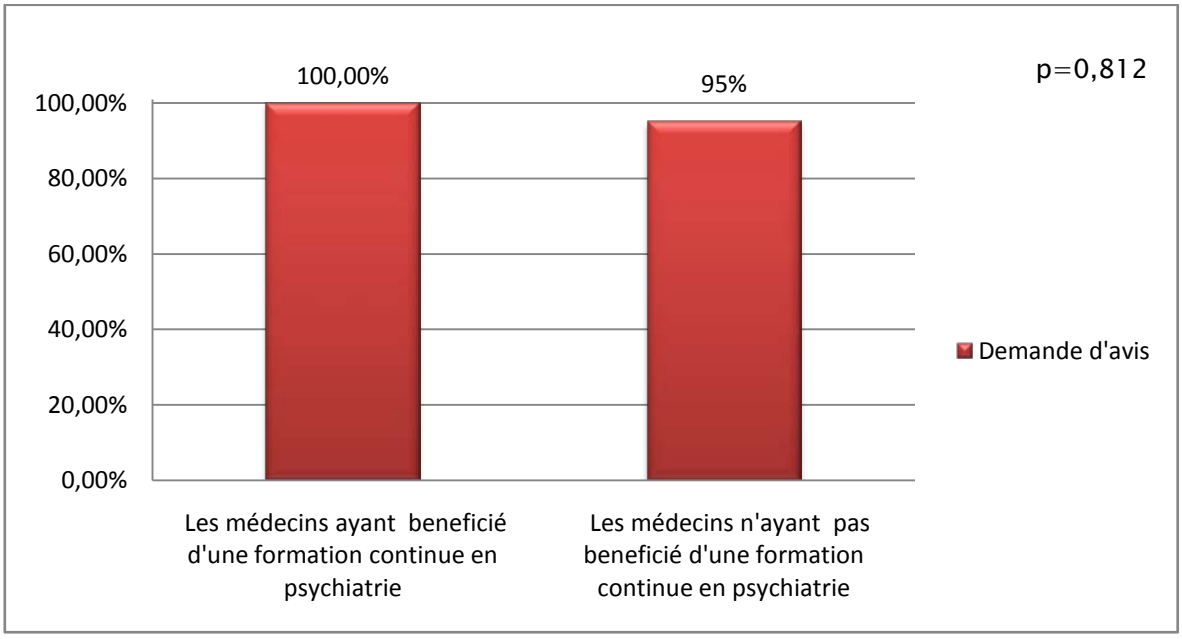

Figure 28 : Pourcentage des médecins demandeurs d'un avis psychiatrique selon la formation continue en psychiatrie.

5.3 Corrélation entre le statut professionnel et la demande d'avis :

La majorité des médecins qui demandaient un avis psychiatrique étaient des résidents (69,5%) (Figure 29).

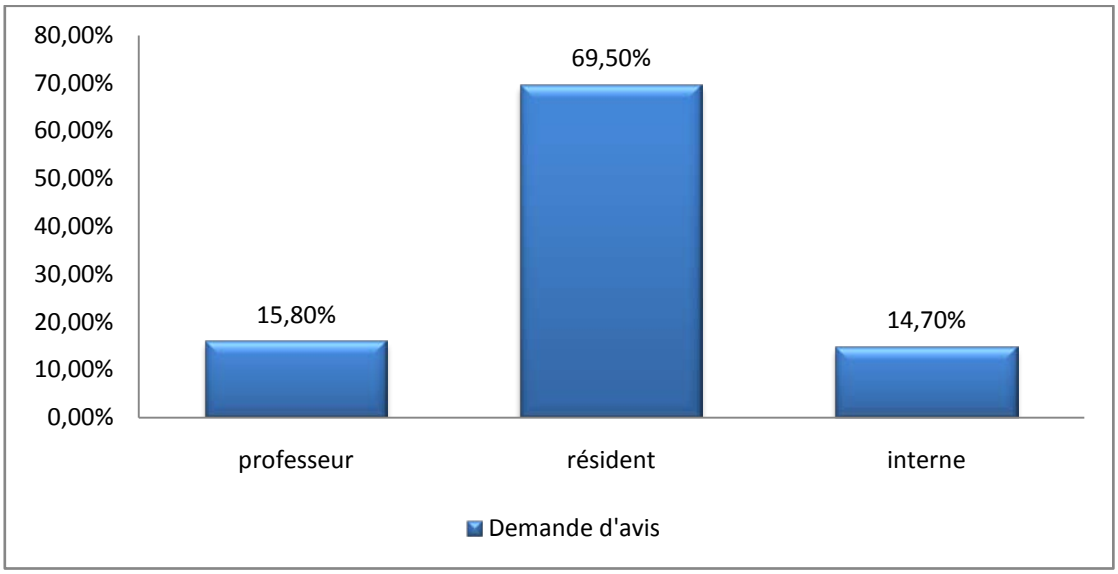

Figure 29 : Pourcentage des médecins demandeurs d'un avis psychiatrique selon leurs statuts.

5.4 Corrélation entre la perception des compétences des médecins dans la PEC diagnostique d'un trouble psychiatrique et la demande d'avis psychiatrique:

La majorité des médecins demandaient un avis psychiatrique quelque soit leurs compétences de prise en charge diagnostique des troubles psychiatriques. Ce résultat est statistiquement non significatif (p= 0,219) (Figure 30).

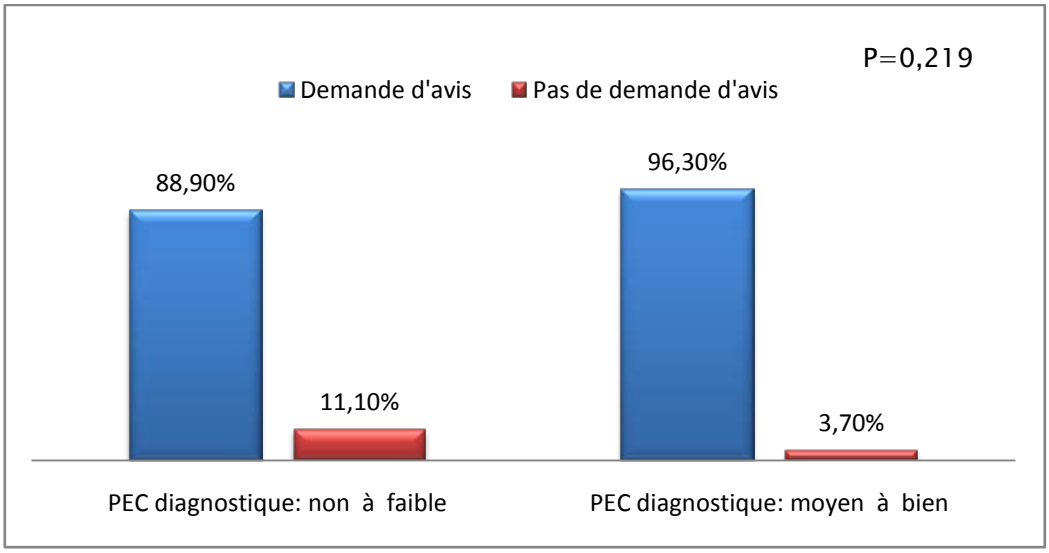

Figure 30 : Pourcentage de demande d'avis par les médecins selon leur capacité de poser un diagnostic ou pas d'un trouble psychiatrique.

5.5 Corrélationentre la perception des compétences des médecins dans la PEC thérapeutique d'un trouble psychiatrique et la demande d'avis psychiatrique:

La majorité des médecins demandaient un avis psychiatrique quelque soit leurs compétences de prise en charge thérapeutique des troubles psychiatriques (Figure 31).

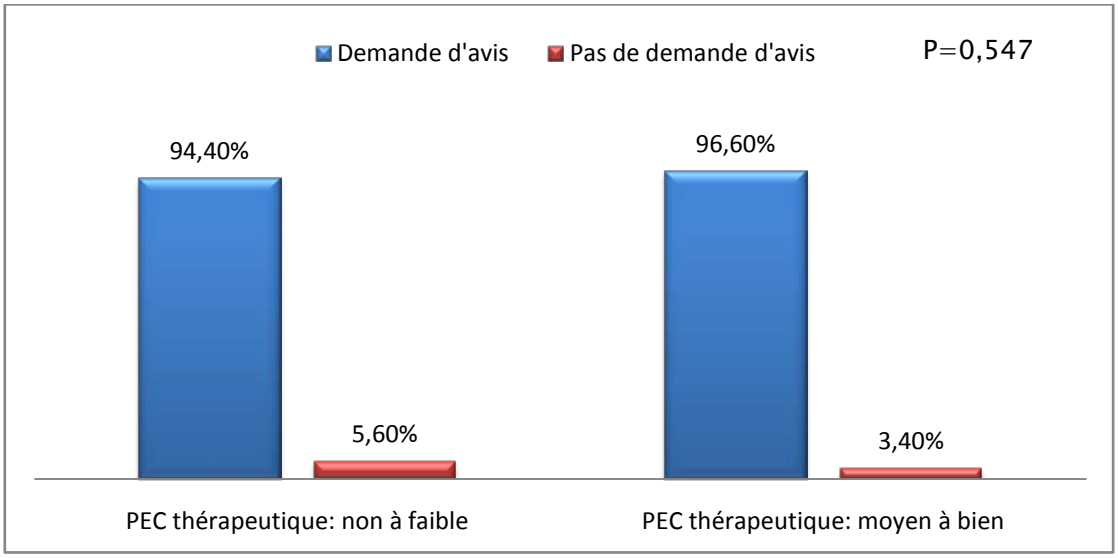

Figure 31 : pourcentage de demande d'avis par les médecins selon leurs compétences de PEC thérapeutique d'un trouble psychiatrique.

6. Corrélation entre la tranche d'âge des médecins et leur impression sur la prévalence des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés dans les services médico-chirurgicaux :

Les médecins qui ont un âge supérieur à 26ans jugeaient que la prévalence des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés dans les services médico-chirurgicaux était moyenne à élevée.

Contrairement aux médecins qui ont un âge inférieur à 25 ans qui jugeaient que la prévalence des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés était rare à faible (Figure 32).

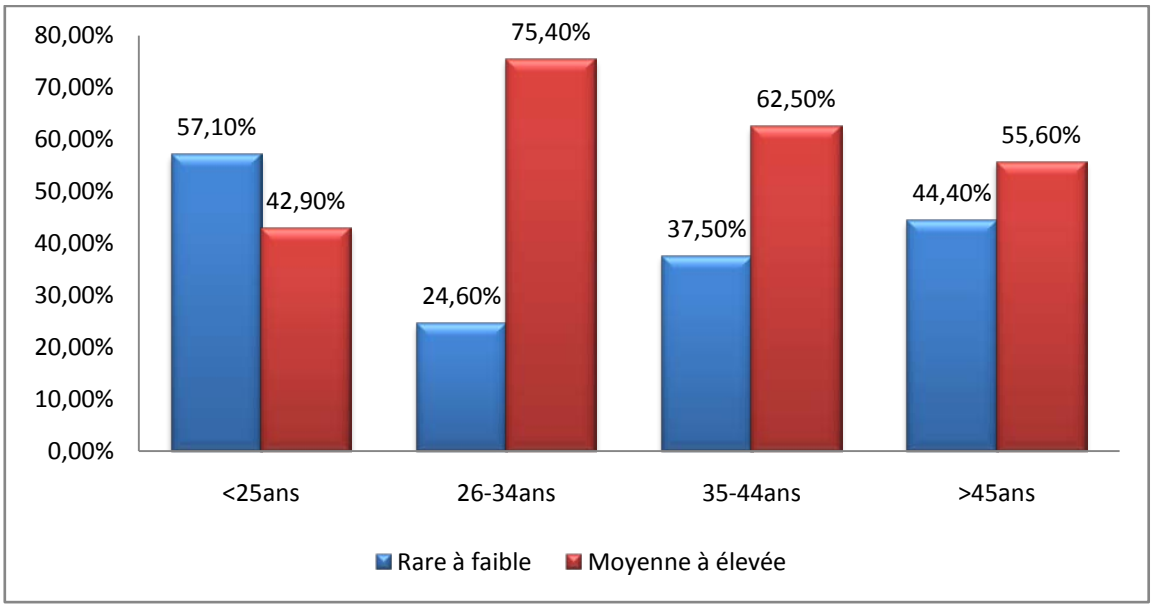

Figure 32 : L'impression des médecins sur la prévalence des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés dans les services médico-chirurgicaux selon leurs tranches d'âge.

7. Le degré d'importance de collaboration de l'équipe psychiatrique avec l'équipe soignante :

7.1 Correlation entre le degré d'importance de collaboration et le statut du médecin :

La grande majorité des médecins quelque soit leurs statuts jugeaient que le développement du lien de l'équipe de psychiatrie de liaison avec l'équipe soignante des services médico-chirurgicaux était relativement important à très important (Figure 33).

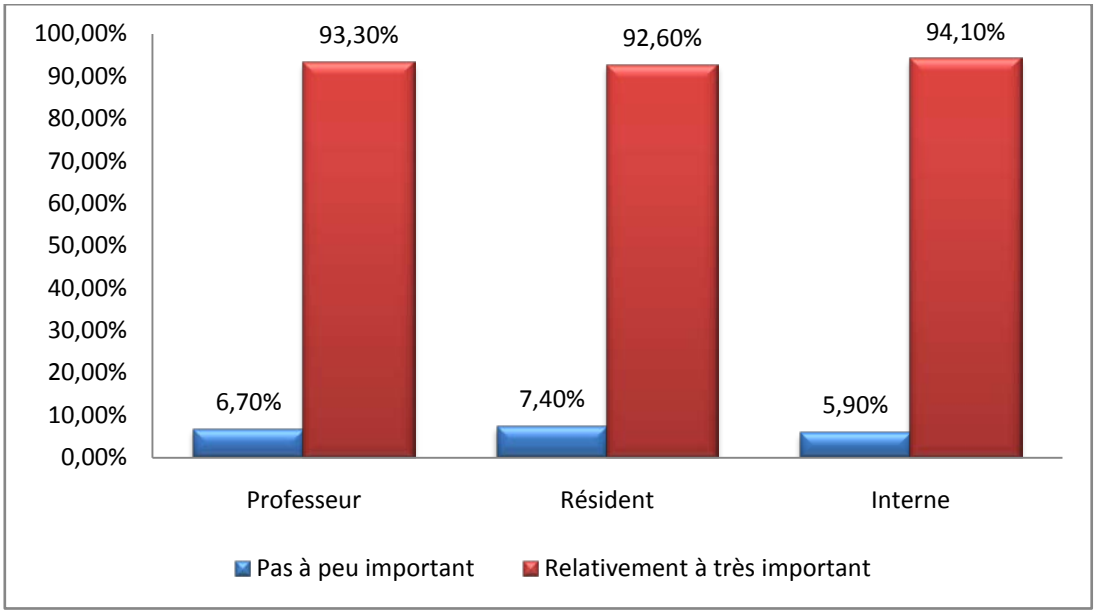

Figure 33 : Pourcentage des médecins qui jugeaient le degré d'importance de collaboration entre l'équipe psychiatrique et l'équipe soignante selon le statut.

7.2 Corrélation entre le degré d'importance de collaboration et le passage en stage de psychiatrie :

La grande majorité des médecins ayant eu ou non un stage en psychiatrie jugeaient relativement important à très important le développement du lien de l'équipe de psychiatrie de liaison avec l'équipe soignante des services médico-chirurgicaux. Ce résultat est statistiquement non significatif (p=0,603) (Figure 34).

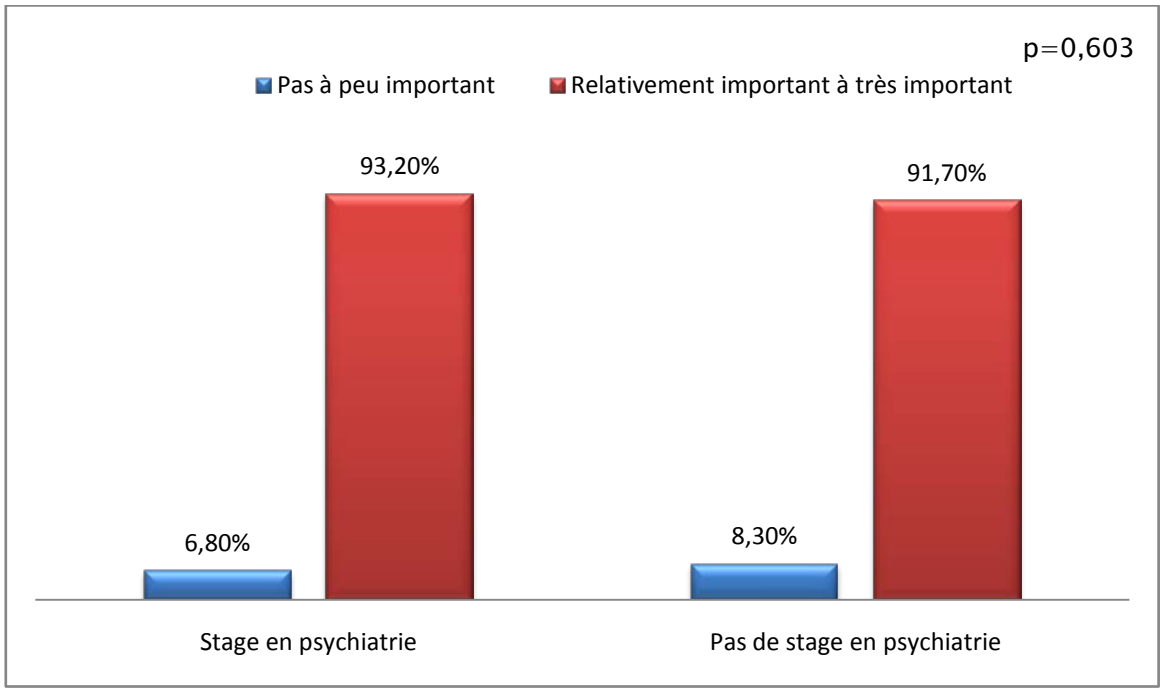

Figure 34: Pourcentage des médecins qui jugeaient le degré d'importance de collaboration entre l'équipe psychiatrique et l'équipe soignante selon le passage ou non en stage de psychiatrie.

Discussion

I. Définitions :

Le champ de la psychiatrie dite « de liaison » se situe à l'interface de la psychiatrie et de la médecine « somatique ». Elle s'inscrit dans une approche globale du patient et s'appuie sur un modèle biopsychosocial.

La psychiatrie de liaison est définie, par Zumbrunnen [1], comme « la partie de la psychiatrie qui s'occupe de troubles psychiatriques se manifestant chez les patients des autres disciplines médicales ».

Cette définition n'est cependant pas complète, comme le soulignait Zumbrunnen lui-même en rappelant que la psychiatrie « de liaison » vise autant les patients (et/ou leur famille) que les équipes soignantes et que « dans la majorité des cas, il s'agit plus de difficultés psychologiques secondaires à une affection physique que de véritables troubles psychiatriques».

Cette définition s'est enrichie et validée sur la base d'un travail plus large concernant tout ce qui va relier la maladie somatique, ses traitements, à l'expression émotionnelle ou psychopathologique des patients [6].

La dénomination anglo-saxonne de « Consultation-liaison psychiatry » indique une bipolarité dans la pratique de la psychiatrie de liaison, selon que l'intervention du psychiatre s'adresse d'avantage au patient (pôle consultation) ou aux soignants (pôle liaison) [7].

Pour Guillibert [8], la psychiatrie de liaison constitue un acte global par lequel l'homme est saisi dans sa souffrance mentale, en relation avec ses difficultés physiques. Etroitement liés, la consultation et la liaison ont pour but une prise en charge globale du patient, selon le modèle « bio-psycho-social ». La psychiatrie de liaison prend en compte de manière systématique les aspects psychologiques et sociaux, et les intègre aux données somatiques [9].

La psychiatrie de liaison pourra avoir recours aux éléments de médecine psychosomatique pour appréhender les troubles psychologiques chez certains patients somatiques. En effet, la médecine psychosomatique concerne : « l'étude des phénomènes de l'esprit et leur signification dans l'apparition et le développement des maladies affectant le corps» (Von Uexküll) [10].Par exemple, certaines pathologies somatiques comme l'hypertension artérielle, l'asthme, les ulcères gastriques, peuvent avoir pour origine des facteurs psychologiques ou des traits de personnalité particuliers des malades.

II. Historique :

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

- Les hôpitaux généraux continuent de recevoir et de devoir traiter des patients souffrant de troubles psychiques liés ou surajoutés à une affection physique.
- Au début du XXe siècle, la psychiatrie étend son champ d'intérêt à d'autres domaines que l'«aliénation mentale» (névroses, troubles dits «psychosomatiques »...) [1].

La psychiatrie de liaison est apparue aux Etats-Unis avec la création en 1902 à l'Albany Hospital, de la première unité de psychiatrie à l'hôpital général. Sa principale fonction était d'assurer des consultations dans les services médicochirurgicaux. En 1929 parait l'article de référence d'Henry, « Some Modern Aspects of Psychiatry in General Hospital Practice » [11]. Il s'agit du premier article décrivant la pratique de la consultation psychiatrique dans un hôpital général. George W. Henry énonce dans cet article les avantages et difficultés d'établir des relations professionnelles régulières entre le psychiatre consultant et les collègues médecins et chirurgiens [7]. Cet écrit marque le début de la psychiatrie de liaison telle qu'elle est pratiquée actuellement.

En 1934 La Fondation Rockefeller finance la création de cinq unités psychiatriques dans des hôpitaux généraux. L'une d'entre elles, située à Denver, est confiée à E.-G. Billings, qui introduit le terme de « psychiatrie de liaison » dans la littérature en 1939 [11].

Durant les années 1950 et 1960, d'autres pionniers mènent une activité de psychiatrie de liaison dans d'importants hôpitaux généraux. Après un passage au Massachussetts General Hospital, Z.- J. Lipowski organise en 1959 le premier service de consultation-liaison du Canada, au Royal Victoria Hospital de Montréal [1]. Il publie en 1967 et 1968 un article tripartite, qui peut être considéré comme le texte fondateur du courant de la psychiatrie de liaison [12].

Dans les pays d'Europe francophone, la psychiatrie de liaison se développe dans les années 1970 avec P.-B. Schneider à Lausanne, A. Gunn-Sechehaye à Genève, H. Grivois à Paris et J. Guyotat à Lyon [13].

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

Au niveau européen, le développement de la psychiatrie de liaison est très variable d'une région à l'autre. Dans l'ensemble, il y a eu un développement sensible de cette activité au cours des dix dernières années, tant sur le plan de la pratique clinique au sein des réseaux de soins, que sur le plan d'une reconnaissance plus 7 formelle de cette sous-spécialité. Des échanges intenses sur le plan des idées, des concepts de formation et des développements scientifiques ont lieu régulièrement au sein de l'Association Européenne de Psychiatrie de Liaison (European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics: EACLPP).Cette association propose des conférences annuelles au niveau européen depuis une dizaine d'années, et a publié récemment des recommandations pour la formation en psychiatrie de consultation et liaison [14].

Actuellement, un stage dans un service de psychiatrie Consultation Liaison est obligatoire dans le cursus de formation en psychiatrie dans cinq pays (Danemark, Pologne, Portugal, Pays-Bas et Espagne), et est recommandé dans trois pays additionnels (Norvège, Suisse et Angleterre). Une majorité de pays reste donc sans formation spécifique obligatoire. Néanmoins, des sociétés nationales de psychiatrie de consultation et liaison sont présentes dans une majorité de pays européens, dans le but de proposer des formations ponctuelles dans ce domaine [59].

III. Pratique de l'activité de psychiatrie de liaison :

1. Place de la psychiatrie de liaison dans la psychiatrie :

Plusieurs auteurs ont proposé que du fait de sa spécificité la psychiatrie de liaison soit considérée comme une sous-spécialité psychiatrique à part entière. Pour Zumbrunnen [1], elle mérite d'être considérée comme une sous-spécialité psychiatrique, et les 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 des instances non médicales (psychologues, sociologues, administrateurs).

Sur le plan international, la place de la psychiatrie de liaison est variable [13]:

Au RoyaumeUni, le General Medical Council considère la psychiatrie de liaison comme une sous-spécialité au sein de la psychiatrie générale [15].

La Société Suisse de Psychiatrie de Consultation-Liaison (Swiss Society of Consultation-Liaison Psychiatry) souhaite que la psychiatrie de liaison puisse être reconnue, en Suisse, comme une sous-spécialité psychiatrique officielle [16].

Aux États-Unis, l'American Board of Psychiatry and Neurology recommande dès octobre 2001 que la psychiatrie de liaison, rebaptisée psychosomatic medicine, puisse obtenir le statut de sous-spécialité psychiatrique [17]. Certains auteurs pensent que la psychiatrie de liaison devrait d'avantage être considérée comme une « supraspécialité », du fait qu'elle se trouve impliquée de façon significative dans le champ de plusieurs des sous-spécialités psychiatriques définies aux États-Unis [20].

Actuellement, la psychiatrie de liaison est reconnue par l'American Board of Psychiatry and Neurology [18], sous la dénomination de médecine psychosomatique (psychosomatic medecine). Elle constitue la septième sous-spécialité psychiatrique reconnue aux États-Unis avec l'addictologie, la pédopsychiatrie, la neurophysiologie clinique, la psychiatrie légale, la gérontopsychiatrie, et la médecine de la douleur. La psychiatrie de liaison, du fait des contributions majeures qu'elle a apportées et qu'elle continue d'apporter à la pratique de la médecine somatique et à la formation des somaticiens, devrait se développer dans l'avenir [17,19].

Néanmoins d'autres auteurs [57;58] s'opposent à cette sur-spécialisation en considérant que la psychiatrie de liaison est une pratique plutôt qu'une discipline.

2. Les types d'intervention de la psychiatrie de liaison :

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

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

Les interventions de l'équipe de psychiatrie de liaison se font en direction du patient, de son entourage, mais aussi des soignants. L'équipe de liaison doit promouvoir la création d'une alliance entre le patient, son entourage, et l'équipe soignante, autour du projet de soins [5].

Les interventions proposées à l'hôpital général au titre de la psychiatrie de liaison sont extrêmement diversifiées, avec notamment, comme le souligne Consoli SM [7] :

a) Des interventions à caractère diagnostique :

- Etablissement d'un diagnostic psychiatrique chez un patient souffrant d'une affection organique.
- Contribution au diagnostic différentiel entre troubles somatiques liés à une affection organique et troubles somatoformes sans organicité sous-jacente (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) Des 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 médico-chirurgicale et les structures psychiatriques engagées dans la prise en charge d'un patient présentant un «passé psychiatrique » (service de secteur psychiatrique, psychiatre privé), et la reprise

de contact avec la structure psychiatrique en cas de rupture du lien thérapeutique.

- Animation ou participation à des groupes de parole de patients.

c) Des interventions à caractère pragmatique :

- Orientation d'un patient vers une structure de soins psychiatriques.
- 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.

d) Des 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) Des actions à caractère pédagogique :

- Relation de conseil et soutien psychologique d'un ou plusieurs membres de l'entourage affectés par l'état de santé ou le pronostic d'un patient (cancérologie, soins palliatifs, mais aussi conjoints de dialysés, conjoints de coronariens ayant présenté un infarctus du myocarde, etc.). Aide au travail de deuil.
- Conseils donnés à l'équipe soignante pour surmonter certaines difficultés relationnelles avec un patient et pour l'établissement d'une stratégie thérapeutique adaptée à la personnalité, au contexte psychosocial, et au besoin de chaque patient sans rencontrer individuellement le patient en question.

- Animation ou participation à des groupes de parole de soignants, au cours desquels les problèmes des patients les plus difficiles, le vécu des soignants, les objectifs de soins du service, sont discutés.
- Contribution à la réflexion d'un service sur des actions éducatives et/ou de préventions destinées aux patients.

f) Des interventions à caractère scientifique :

- 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 [7]. Elles nécessitent donc de la part du psychiatre de liaison des qualités particulières, ainsi qu'une pleine connaissance des multiples implications et conséquences de son action.

3. Equipe de la psychiatrie de liaison :

Il nous semble indispensable que l'activité de psychiatrie de liaison ne repose pas sur un psychiatre isolé mais soit effectuée par une équipe multidisciplinaire. Cette équipe de psychiatrie de liaison devrait être composée, dans l'idéal, de psychiatres, mais aussi de psychologues cliniciens et d'infirmiers psychiatriques. Cela permettrait à chacun des membres de l'équipe de liaison d'avoir une place bien définie et d'intervenir en complémentarité. Une telle équipe multidisciplinaire pourrait être coordonnée par le psychiatre de liaison [21].

a) Le psychiatre de liaison :

Le psychiatre de liaison se situe dans une position intermédiaire, au carrefour de la psychiatrie et de la médecine : il se démarque de la psychiatrie générale, sous l'influence de son contact permanent avec la médecine somatique; il se distingue des somaticiens par la prise en compte systématique des aspects psychologiques et sociaux, et par son souci de les intégrer aux données somatiques [1].

Pour que le psychiatre de liaison puisse exercer son activité de façon correcte, il doit être pourvu de plusieurs qualités parmi lesquelles [22] :

- **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 ;
    - Une forte connaissance des psychotropes (maniement, interactions, effets secondaires indésirables...) ;
    - La psychiatrie médicolégale (situations de maltraitance...) ;
    - Des tests psychologiques (savoir quand les demander et comment les interpréter) ;
    - Des comorbidités médico-psychiatriques et des facteurs stressants inhérents au milieu hospitalier.

Il doit également savoir à quel moment transférer un patient en milieu spécialisé psychiatrique et organiser le relais de la prise en charge.

- **Sur le plan pratique**, il est important que le psychiatre de liaison soit disponible, efficace, souple et flexible. Il doit avoir un savoir-faire psychiatrique éprouvé et un respect pour la confidentialité des propos livrés par le patient lors d'un entretien, et ceci pour pouvoir faire preuve d'inventivité dans sa pratique. Il doit également avoir de bonnes capacités relationnelles et un véritable désir de s'intégrer au sein de l'hôpital dans le but de créer une alliance collaboratrice entre l'équipe somanticienne et l'équipe de liaison pour avoir une prise en charge globale et conjointe des patients.
- **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 [13].

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 [23]. 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.

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 [13].

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 [8].

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 [8].

4. 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 [25]. Les américains utilisent le terme de « Consultation-Liaison Psychiatrie » [26]. 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 [27].
- 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 [27].

La psychiatrie de liaison doit répondre à plusieurs demandes :

a) 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 [22].

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 [11].

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 [28]. C'est ce travail qui constitue l'activité, au sens strict, de liaison.

b) 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 [22].

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 [22].

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 [29]. 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 [6]. Cette approche permet « d'aider le patient à mettre en sens l'expérience de la maladie, et, au travers de cette dernière, le déroulement d'une vie marquée par des épreuves répétitives » ;

- 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 ».

c) 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 [30].

Le contact avec l'entourage du patient peut avoir une triple fonction [28] :

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.

5. Modalités d'intervention en psychiatrie de liaison :

a) Auprès du patient :

Plusieurs interventions sont impératives :

❖ L'examen psychiatrique :

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

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

Les plaintes du sujet doivent être cernées pour permettre d'évaluer leur retentissement sur la vie sociale, professionnelle et familiale. Leurs caractères souvent lassant et répétitif ne doit pas aboutir à un rejet de la part du praticien ni à une prescription chimiothérapique hâtive [55].

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

Il peut être complété par des tests psychologiques d'efficience et/ou de personnalité ainsi que par des échelles d'évaluation quantitatives de symptômes (entretiens semi-structurés). Un examen somatique complet sera fait à la recherche de facteurs étiologiques ou de comorbidités somatiques liées à l'affection organique du patient [56].

❖ **Prise en charge thérapeutique :**

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

- ✓ médicamenteuse à base de psychotropes.
- ✓ psychologique :

➢ **Psychothérapie de soutien :**

Le soutien est un support du processus thérapeutique, à l'initiative du thérapeute, pour que le patient puisse par lui-même faire un pas de plus. On peut ainsi distinguer deux modalités qui sont parfois confondues et aussi entremêlées:

Soutenir le processus psychothérapique et utiliser plus spécifiquement ce que l'on appelle des techniques de soutien. Les techniques ayant pour but général de soutenir le processus psychothérapeutique à l'oeuvre ne sont pas forcément répertoriées dans les techniques dîtes de soutien, mais se réfèrent à la méthodologie et à la théorie du psychothérapeute [55].

➢ **préparation à un traitement médical ou chirurgical lourd :**

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

b) Auprès de la famille :

La psychiatrie de liaison étant en relation étroite avec l'environnement socioculturel de l'individu, donne son écoute à la famille du patient pour une meilleure gestion de son traitement et de son suivi médical et social [11].

✓ **Soutien psychologique :**

- Ecoute bienveillante à la souffrance des proches, neutre, mais orientée et inquisitrice.
- Annonce d'un diagnostic grave.

✓ **Information à caractère pédagogique :**

- Psychothérapie relationnelle avec valorisation et encouragement des initiatives qui renforcent l'observance thérapeutique.
- Une activité clinique d'accompagnement et de soutien tout le long du suivi du patient.

IV. Discussion de nos résultats :

1. Données sociodémographiques des praticiens

a) Le sexe:

La population des médecins étudiée est caractérisée par une prédominance féminine (60%).

Contrairement au résultat retrouvé dans l'étude de Homadi réalisée en 2016 auprès de 494 médecins somaticiens portant sur la perception de la psychiatrie de liaison par les praticiens au sein du CHU Hassan II de Fès, où on trouve une prédominance masculine [41].

Tableau IV : Comparaison du pourcentage du sexe féminin.

Auteur	Pays/Année	Sexe féminin
Homadi [41]	Maroc: Fès/2016	47,6%
Notre étude	**Maroc: Marrakech/ 2019**	**60%**

b) Statut des médecins:

Dans notre étude, la répartition par statut médical place les résidents en premiers répondeurs (68%), puis les internes (17%), et enfin les professeurs (15%).

L'étude de Royer réalisée en 2015 auprès de 88 médecins portant sur les enjeux de la psychiatrie de liaison [24], note que ce sont les internes qui sont les premiers répondeurs (40.9%), suivi des praticiens hospitaliers (31.8%), les assistants- chef de clinique (19.3%) et les professeurs des universités (8%).

Et l'étude de Homadi [41] montre que 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%).

Tableau V : Comparaison du pourcentage des médecins par statut.

Auteur	Pays/Année	Statut des médecins
Royer [24]	France/2015	Professeurs: 27,3% Résidents: 31,3% Internes: 40,9%
Homadi [41]	Maroc ; Fès/2016	Professeurs: 14.8% Résidents: 72.5% Internes: 12.8%
Notre étude	**Maroc : Marrakech/2019**	**Professeurs: 15%** **Résidents: 68%** **Internes: 17%**

c) Nombre d'année d'exercice :

La majorité des médecins (soit 83%) ayant participé à l'etude ont un nombre d'années d'exercice inferieur à 5 ans.

Dans la littérature, l'étude de Royer [24] 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.

d) Le service :

Dans notre étude, 60 % des médecins répondants étaient de service médical et 40% de service chirurgical.

Par contre dans l'étude de Homadi [41], 40 % des médecins répondants étaient de service médical et 60% de service chirurgical.

Dans l'étude de Royer [24], 60 % des médecins répondants étaient de service médical et 40% de service chirurgical.

Tableau VI: Répartition des médecins répondeurs selon les services médicaux et chirurgicaux

Services	Etude de Homadi [41]	Etude de Royer [24]	Notre étude
Services médicaux	40%	60%	60%
Services chirurgicaux	60%	40%	40%

2. Données portant sur l'expérience et la formation du médecin:

a) Formation en psychiatrie :

Dans notre étude, la majorité des médecins de notre population (88%), avaient bénéficié d'un stage en service de psychiatrie, au cours de leur cursus universitaire. Cependant, la majorité de ces médecins, n'ont jamais reçu une formation continue dans le domaine de la psychiatrie.

L'étude de Homadi [41], montre que presque la totalité des médecins soit 92,3% ont bénéficié d'un stage en service de psychiatrie, au cours de leur cursus universitaire.

L'étude de Royer [24], 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 [33].

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.

Tableau VII : Comparaison du pourcentage des médecins ayant eu un stage en psychiatrie.

Auteur	Pays/Année	Stage en psychiatrie
Homadi [41]	Maroc: Fès/2016	92,3%
Notre étude	**Maroc: Marrakech/2019**	**88%**

b) Perception des compétences des médecins dans la PEC des pathologies psychiatriques :

Dans notre étude, d'après la formation de base qui a été reçue à la faculté de médecine, 28% des médecins interrogés peuvent bien prendre en charge les pathologies psychiatriques sur le plan diagnostique, 3% des médecins peuvent bien les prendre en charge sur le plan thérapeutique et 2% des médecins sur le plan du suivi. Ceci pourrait être dû au manque de formation puisque la majorité des médecins n'a pas reçu de formation continue en psychiatrie.

Ceci rejoint l'étude de Homadi [41], où on trouve que 26,3% des médecins peuvent bien prendre en charge les pathologies psychiatriques sur le plan diagnostique, 1% des médecins peuvent bien les prendre en charge sur le plan thérapeutique et 1% des médecins sur le plan du suivi.

Selon l'étude menée par SU Jian-An, réalisée en 2010 portant sur la psychiatrie de liaison, montre que 41,5% des diagnostics psychiatriques sont reconnus par les médecins non psychiatres de l'établissement. Les diagnostics les plus aisément reconnus étant les dépendances aux substances ainsi que les états délirants.

Tableau VIII : Evaluation des compétences des médecins dans la PEC des pathologies psychiatriques sur les trois plans : diagnostique, traitement et du suivi.

Auteur	Pays/Année	PEC des pathologies Psychiatriques
Homadi [41]	Maroc: Fès/2016	Niveau diagnostique : 26,3% Niveau thérapeutique : 1% Niveau du suivi : 1%
SU Jian-An [39]	Taiwan/ 2010	Niveau diagnostique : 41,5%
Notre étude	**Maroc: Marrakech/2019**	**Niveau diagnostique : 28%** **Niveau thérapeutique : 3%** **Niveau du suivi : 2%**

c) La prévalence des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés dans les services médico-chirurgicaux selon l'avis des médecins :

Selon l'avis de la moitié des médecins interrogés (52%), la prévalence des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés dans les servives médico-chirurgicaux est moyenne, cette prévalence est élevée selon 16% des médecins.

L'étude de Homadi [41] objective que la prévalence des troubles psychiatriques au CHU de Fès varie de moyenne à faible selon 66.8% des médecins interrogés, et élevée selon 21%.

Tableau IX : Comparaison de la prévalence des troubles psychiatriques selon l'avis des médecins interrogés.

Auteur	Pays/Année	Prévalence des troubles psychiatriques selon l'avis des médecins
Homadi [41]	Maroc: Fès/2016	Elevée : 21,1 % Moyenne : 33,6% Faible : 33,2% Rare : 12,1%
Notre étude	**Maroc: Marrakech/2019**	**Elevée : 16%** **Moyenne : 52%** **Faible : 29%** **Rare : 3%**

d) Attitude des médecins devant un trouble psychiatrique chez les patients hospitalisés :

Les priorités des médecins dans notre enquête, devant les patients hospitalisés ayant des troubles psychiatriques, sont dominées surtout par une seule attitude ou parfois association de deux attitudes.

Dans notre étude, la majorité les médecins (soit 94%) demandent un avis psychiatrique, 15% gèrent les troubles par eux même et 16% référent le patient au service de psychiatrie.

Dans l'étude de Homadi [41], les priorités des médecins devant les patients hospitalisés ayant des troubles psychiatriques, sont dominées souvent par le fait de: demander un avis dans 98 % des cas, gérer par eux même (1%) ou référer après sortie (1%).

Ceci s'oppose aux résultats d'une étude marocaine de Berhili réalisée en 2010 auprès de 187 médecins portant sur les connaissances et attitudes des médecins devant la dépression [62], où les priorités des médecins sont dominées par deux attitudes: traiter leurs patients par eux-mêmes (32%), ou les référer au psychiatre (21%).

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 [34,35].

Tableau X : Attitude des médecins devant un trouble psychiatrique chez les patients hospitalisés.

Auteur	Pays/Année	Attitude des médecins devant un trouble psychiatrique
Homadi [41]	Maroc: Fès/2016	Demander un avis : 98% Gérer le trouble : 1% Référer au service psychiatrique : 1%
Berhili [64]	Maroc : Fès/2010	Gérer le trouble : 32% Référer au service psychiatrique : 21%
Notre étude	**Maroc: Marrakech/2019**	**Demander un avis : 94%** **Gérer le trouble : 15%** **Référer au service psychiatrique : 16%**

e) Demande des avis psychiatriques :

Dans notre série presque la totalité des médecins interrogés (95%), ont déjà sollicité une équipe de psychiatrie de liaison dans leurs pratiques.

De même l'étude de Homadi [41] montre aussi que presque la totalité des médecins interrogés (95%), ont déjà sollicité une équipe de psychiatrie de liaison.

Dans l'étude française de Royer [24], 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 [24].

Tableau XI : Comparaison du pourcentage des médecins ayant sollicité un avis psychiatrique.

Auteur	Pays/Année	Demande d'avis psychiatrique
Homadi [41]	Maroc: Fès/2016	95%
Royer [24]	France /2015	80%
Notre étude	**Maroc: Marrakech/2019**	**95%**

f) Le nombre de demandes d'avis :

Dans notre étude, parmi les médecins répondeurs ayant déjà sollicité les services de liaison, 6.30% des médecins l'ont fait plus de 10 fois et 93,70% des médecins ont sollicité un avis psychiatrique entre 1 à 10 fois.

Dans l'étude de Royer [24], 40% des médecins ont demandé un avis psychiatrique plus de 10 fois et 60% l'ont fait moins de 10 fois.

Dans l'étude de Homadi [41], seulement 3,4% des médecins qui demandent souvent un avis psychiatrique.

Tableau XII : Nombre de demande d'avis psychiatrique.

Auteur	Pays/Année	Nombre de demande d'avis psychiatrique
Homadi [41]	Maroc: Fès/2016	<10 fois : 83,8% >10fois : 3,4%
Royer [24]	France /2015	<10 fois : 60% >10 fois : 40%
Notre étude	**Maroc: Marrakech/2019**	**<10 fois : 93,70% >10 fois : 6,30%**

g) Les contraintes liees à la demande d'un avis psychiatrique :

Dans notre étude, les 5% restants des médecins qui n'ont jamais demandé un avis psychiatrique, c'est surtout dû à :

- Difficulté à repérer un trouble psychiatrique ;
- Parce que la situation ne nécessitait pas l'avis d'un psychiatre ;
- Le trouble psychiatrique n'a pas une priorité dans la PEC des patients hospitalises ;
- Difficultés liées à la demande de l'avis.

Moins que la moitié de nos médecins répondants (40%) ont une difficulté à repérer un trouble psychiatrique.

L'étude de Homadi [41] montre que la moitié des médecins ont des difficultés à cerner la nature d'un trouble psychiatrique et son degré d'urgence.

h) Les informations apportées sur la demande de l'avis psychiatrique :

Pour les informations qui doivent figurer sur le la demande de l'avis, 88,4% de nos collègues somaticiens ont rapporté : le diagnostic de la pathologie organique et 83,2% le motif de l'avis psychiatrique, tandis que 90,5% rapportent de plus le traitement prescrit.

Dans une étude française de Bohn I réalisée en 2008 auprès de 143 patients, portant sur l'évaluation de la communication entre psychiatres et médecins traitants, où 100% des médecins rapportent le diagnostic de la pathologie organique, 88 % rapportent le motif de l'avis et 62% rapportent le traitement prescrit [36].

L'étude de Homadi [41], montre que tous les médecins mentionnent sur le bon de demande de l'avis psychiatrique : le diagnostic de la pathologie organique et le motif de l'avis psychiatrique et que 70% des médecins mentionnent le traitement prescrit au patient.

Tableau XIII : Comparaison des pourcentages des informations apportées sur la demande de l'avis psychiatrique.

Auteur	Pays/Année	Les informations apportées sur la demande de l'avis psychiatrique
Bohn [36]	France/2008	Diagnostic de la pathologie organique : 100% Le motif de l'avis psychiatrique : 88 % Le traitement prescrit : 62%
Homadi [41]	Maroc ; Fès/2016	Diagnostic de la pathologie organique : 100% Le motif de l'avis psychiatrique : 100% Le traitement prescrit : 70%
Notre étude	**Maroc : Marrakech/2019**	**Diagnostic de la pathologie organique: 88,4%** **Le motif de l'avis psychiatrique : 83,20%** **Le traitement prescrit: 90,5%**

i) Les moyens utilisés pour demander un avis psychiatrique :

Dans notre étude 98% de nos médecins interrogés, utilisent comme moyen le téléphone pour demander un avis psychiatrique.

Ce qui s'oppose au résultat d'une étude française de Marie CK réalisée en 2008 portant sur la collaboration des psychiatres et somaticiens [37], 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).

L'étude de Homadi [41] montre que presque la totalité des médecins interrogés (soit 95%) utilisent le téléphone pour la demande de l'avis psychiatrique.

On peut expliquer ce résultat par le fait, que nos médecins veulent obtenir une réponse rapide, par manque de temps ou par manque de personnels pour se déplacer.

Tableau XIV : Comparaison des pourcentages des moyens utilisés pour la demande de l'avis psychiatrique.

Auteur	Pays/Année	Les moyens utilisés pour demander un avis psychiatrique
Constantin Kuntz [37]	France/2008	Par téléphone : 13% Par transfert du patient au service de psychiatrie : 87%
Homadi [41]	Maroc: Fès/2016	Par téléphone : 95% Par transfert du patient au service de psychiatrie : 5%
Notre étude	**Maroc : Marrakech/2019**	**Par téléphone : 98%** **Par transfert du patient au service de psychiatrie : 22%**

j) Motifs de la demande psychiatrique selon les somaticiens :

Dans notre étude, les motifs les plus fréquents qui indiquent des demandes d'avis psychiatriques étaient: les troubles psychotiques (délire-hallucination) dans 65,3%, les symptômes dépressifs dans 62,1 %, les états d'agitation dans59%, et l'évaluation d'une tentative de suicide dans 46,3%.

Dans l'étude d'Atik réalisée en 2014 [22], portant sur l'expérience de la psychiatrie de liaison au sein de CHU de Fès, auprès de 424 demandes d'avis psychiatriques provenant des différents services médico-chirurgicaux qui étaient en rapport 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 [22].

Dans une l'étude de Salvador B et al réalisée en 2010 portant sur la psychiatrie de liaison à l'Université des Philippines [49], les demandes d'avis psychiatrique sollicitées provenant des différents services médico-chirurgicaux étaient en rapports avec les troubles de l'humeur (23.4%), les états d'agitation (21.9%) et l'évaluation du risque suicidaire (20%).

Dans l'étude de Mecheri.A et al réalisée en 2004 [4] , portant sur la description de l'activité de psychiatrie de liaison au CHU de Monastir auprès de 100 patients hospitalisés dans les différents services médico-chirurgicaux, montre que les motifs les plus fréquents qui indiquent des demandes d'avis psychiatriques étaient selon les médecins : l'évaluation du risque suicidaire (57 %) et les symptômes dépressifs (25 %).

Dans l'étude de Su J. A et al [39], les motifs les plus fréquents qui indiquent des demandes d'avis psychiatriques étaient les symptômes dépressifs (19,4 %), les symptômes confusionnels (13,3 %) et l'évaluation d'une conduite suicidaire (12,7%).

Dans l'étude de Barrimi et al [25] réalisée en 2013 auprès de 180 demandes d'avis psychiatriques provenant des différents services médico-chirurgicaux du CHU de Fès portant sur l'expérience de la psychiatrie de liaison au Maroc, montre que l'agitation psychomotrice et l'évaluation d'une tentative de suicide étaient les motifs les plus fréquents de demande d'avis psychiatrique (17 % pour chaque motif), suivies par les symptômes dépressifs dans 16 % des cas.

Dans l'étude de Barrimi et al [46] réalisée en 2017 portant sur la psychiatrie de liaison au CHU Mohamed VI d'Oujda, auprès de 60 patients hospitalisés dans les différents services

médico-chirurgicaux, montre que les symptômes dépressifs (54 %) ainsi que l'évaluation des conduites suicidaires (19 %) étaient les motifs de demande les plus fréquents.

Dans l'étude de Alhuthail Y [50] réalisée en 2009 auprès de 264 patients adultes référés au service de psychiatrie CL (consultation liaison) de l'hôpital universitaire King Khaled à Riyadh portant sur la consultation de psychiatrie de liaison montre que les motifs les plus demandes sont les symptômes dépressifs (32,7%) et les trouble du comportement (13.7%).

Tableau XV : Tableau comparatif des résultats des motifs de la demande d'avis psychiatrique de notre étude avec ceux de la littérature.

Auteur	Pays/Année	Motifs de la demande d'avis Psychiatrique
Mechri A. et al. [4]	Tunisie/2003	Évaluation du risque suicidaire (57 %) Symptômes dépressifs (25 %)
Jian.An. Su et al. [39]	Taiwan/2010	Symptômes dépressifs (19,4 %) Symptômes confusionnels (13,3 %) Évaluation d'une conduite suicidaire (12,7%)
Barrimi et al [25]	Maroc Fès/2013	Évaluation d'une conduite suicidaire (17 %) Etat d'agitation (17 %) Symptômes dépressifs (16 %)
Atik (2014) [22]	Maroc Fès /2014	Symptômes dépressifs (16.5%) Evaluation des conduites suicidaires (17,5%) Etat d'agitation (16,3%)
Barrimi et al (2017) [46]	Maroc Oujda /2017	Symptômes dépressifs (54 %) Evaluation des conduites suicidaires (19 %)
Salvador B. et al [49]	Asie/2010	Troubles de l'humeur (23.4%) Etat d'agitation (21.9%) Evaluation du risque suicidaire (20%)
Alhuthail Y. [50]	Arabie saoudite/2009	Symptômes dépressifs (32,7%) Trouble du comportement (13.7%)
Notre étude	**Maroc/Marrakech 2019**	**Les troubles psychotiques (65,3%), les symptômes dépressifs (62,1 %) Les états d'agitation (59%) L'évaluation d'une tentative de suicide (46,3%)**

k) Attitude du patient vis-à-vis de l'avis psychiatrique demandé :

Dans notre étude, la moitié de nos médecins (soit 57%) affirmaient que l'attitude des patients vis-à-vis de l'avis psychiatrique était favorable (le patient accepte l'avis psychiatrique).

L'étude de Homadi [41], montre que presque la totalité des médecins (soit 96%) jugent que l'attitude des patients était défavorable (le patient refuse l'avis) et 4% des médecins jugent l'attitude des patients favorable.

Dans l'étude de Barrimi et al [46], l'attitude des patients vis-à-vis de l'avis psychiatrique était favorable dans 90% des cas.

Une autre étude de Barrimi [25] montre que l'attitude des patients vis-à-vis de l'avis psychiatrique était favorable dans 71 % des cas, défavorable dans 5 % des cas et 24% des patients avaient une attitude indifférente par rapport à l'examen psychiatrique.

L'étude d'Atik [22] montre que l'attitude des patients vis-à-vis de l'avis psychiatrique était favorable dans 75% des cas, et défavorable dans 5% des cas. Cependant 20% des patients avaient une attitude indifférente par rapport à l'examen psychiatrique.

Tableau XVI: Tableau comparatif de l'attitude des patients selon les séries.

Auteur	Pays/Année	Attitude des patients
Barrimi et al [25]	Maroc : Fès/2013	Favorable : 71% Indifférente : 24% Défavorable : 5%
Atik [22]	Maroc : Fès /2014	Favorable : 75% Indifférente : 20% Défavorable : 5%
Barrimi et al [46]	Maroc : Oujda/2017	Favorable : 90% Défavorable : 10%
Homadi [41]	Maroc : Fès/2016	Favorable : 4% Défavorable : 96%
Notre étude	**Maroc : Marrakech/2019**	**Favorable : 57% Indifférente : 41% Défavorable : 2%**

3. Données portant sur l'évaluation du degré d'importance de l'intervention de l'équipe de psychiatrie :

3.1 L'importance de l'évaluation de la présence d'un syndrome dépressif dans un tableau clinique somatique selon l'avis des somaticiens interrogés:

Dans notre étude, plus que la moitié des médecins interrogés (soit 58%) pensent qu'il est très important d'évaluer la présence d'un syndrome (Sd) dépressif dans un tableau clinique somatique.

Dans l'étude de Royer [24], 20% des médecins pensent qu'il est très important d'évaluer la présence d'un syndrome dépressif dans un tableau clinique somatique.

La dépression est parmi les motifs les plus fréquents des demandes d'avis psychiatrique (62%). 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) [40]. Sa prise en charge adaptée, permet d'améliorer la qualité de vie des patients, de réduire la durée de séjour à l'hôpital et de faire adhérer le patient au projet de soins.

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 [9] ; cependant de nombreuses études ont montré qu'elle est souvent sous- diagnostiquée chez ces patients [31,32].

Les recherches existantes laissent entendre que la dépression majeure influe sur la maladie physique : elle augmente le degré d'incapacité associée à de nombreuses affections physiques et exerce un effet défavorable sur l'évolution de celles-ci. Elle contribue ainsi aux difficultés professionnelles, à une perturbation des relations familiales et interpersonnelles, à un mauvais état de santé et au suicide [47-48].

Selon ces différentes études, le trouble dépressif est la comorbidité psychiatrique la plus fréquente chez les patients à l'hôpital général. Plusieurs études ont rapporté une mortalité accrue lorsque la dépression est comorbide avec certaines affections somatiques telles que le cancer, l'accident vasculaire cérébral, les cardiopathies et le diabète [51].

Tableau XVII : le degré de l'importance d'évaluation de la présence d'un syndrome dépressif dans un tableau clinique somatique selon l'avis des somaticiens interrogés.

Auteur	Pays/Année	L'importance de l'évaluation de la présence d'un sd dépressif dans un tableau clinique somatique
Royer [24]	France/2015	Très important : 20%
Notre étude	**Maroc: Marrakech/2019**	**Très important : 58%**

3.2 L'importance de l'évaluation du risque suicidaire selon l'avis des somaticiens interrogés:

C'est le champ d'intervention le plus important pour les somaticiens au travers de cette étude.

La grande majorité des médecins de notre étude (soit 90%) pensent qu'il est très important que l'équipe psychiatrique intervienne pour l'évaluation du risque suicidaire.

L'étude de Royer [24] montre que 76% des médecins pensent qu'il est très important que l'équipe psychiatrique intervienne pour l'évaluation du risque suicidaire.

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 oeuvre de procédures « postévénementielles » faisant suite à la survenue d'un suicide ou d'une tentative de suicide. Il existe de nombreuses formations pour la gestion du risque suicidaire, or, elles ne s'adressent le plus souvent qu'à un public exerçant dans le domaine de la psychiatrie. Il serait donc intéressant de l'élargir au domaine de la santé afin de prévenir ce risque, même hors des structures dites « psychiatriques» [24].

Le risque suicidaire est sans aucun doute le risque majeur et urgent à évaluer et prendre en charge en psychiatrie. La pathologie suicidaire recouvre partiellement le champ de la dépression puisque 30 à 50% des suicidants présentent un état dépressif [42]. Néanmoins, la plupart du temps, les personnes présentant ce risque ne se trouvent pas initialement en milieu hospitalier psychiatrique. C'est la raison pour laquelle, la psychiatrie de liaison s'y retrouve alors très souvent confrontée [43], et représente souvent le premier contact du patient avec la psychiatrie. L'importance de l'évaluation est ainsi confrontée au risque vital qu'il faut nécessairement prévenir.

Cette évaluation doit être rapide, fiable et aboutir sur une prise en charge adaptée [44]. Elle s'appuie sur différents critères liés à son évaluation comme les facteurs de risques intrinsèques et extrinsèques, l'intentionnalité suicidaire ou la réalisation d'un scénario suicidaire et enfin le degré de dangerosité par l'existence de moyens létaux à la disposition du patient.

Malheureusement, certains suicides peuvent se dérouler au sein même des hôpitaux, ce qui impacte les équipes soignantes. L'aide aux soignants ayant vécu un tel traumatisme fait aussi partie intégrante du travail du psychiatre de liaison [45].

L'acte suicidaire peut s'expliquer chez les patients atteints d'une affection somatique par la présence d'une comorbidité psychiatrique, en particulier dépressive, mais aussi par l'impact psychologique de maladies le plus souvent chroniques, graves et douloureuses [75].

Tableau XVII I: le degré de l'importance d'évaluation du risque suicidaire selon l'avis des somaticiens interrogés.

Auteur	Pays/Année	L'importance de l'évaluation du risque suicidaire
Royer [24]	France/2015	Très important : 76%
Notre étude	**Maroc : Marrakech/2019**	**Très important : 90%**

3.3 L'importance de l'évaluation diagnostique d'un trouble psychiatrique selon l'avis des somaticiens :

Dans notre étude, plus que la moitié des médecins interrogés (soit 58%) pensent qu'il est très important que le psychiatre intervienne pour l'évaluation diagnostique d'un trouble psychiatrique.

L'étude de Royer [24] montre que 45,5% des médecins interrogés pensent qu'il est très important l'intervention du psychiatre pour l'évaluation diagnostique d'un trouble psychiatrique.

Les troubles psychiatriques sont actuellement sous diagnostiqués par les équipes non psychiatriques dans les hôpitaux généraux [53]. C'est ainsi qu'une demande peut concerner la recherche diagnostique d'un trouble suspecté chez un patient initialement hospitalisé pour un motif organique. S-M Consoli décrit cette situation comme une intervention à caractère diagnostique [7].

On comprend qu'un médecin non sensibilisé à ces notions subtiles ne peut aisément comprendre toutes les variations diagnostiques propres à la psychiatrie. Néanmoins, le diagnostic repose aussi essentiellement sur la clinique, domaine important de la psychiatrie. Le

caractère obscur du diagnostic psychiatrique participe sans doute aux demandes d'evaluation diagnostique ne psychiatrie de liaison.

Le dépistage d'un trouble psychiatrique suspecté est fréquemment à l'origine de la demande d'une consultation de psychiatrie de liaison et fait, à ce titre, partie du champ d'intervention [3].Le dépistage précoce des troubles de l'adaptation, des sd confusionnels et la prise en compte de la souffrance familiale constituent les nouveaux enjeux de la liaison selon N.Pélicier[6].

Tableau XIX: le degré de l'importance de l'évaluation diagnostique d'un trouble psychiatrique selon l'avis des somaticiens interrogés:

Auteur	Pays/Année	L'importance de l'évaluation diagnostique d'un trouble psychiatrique
Royer [24]	France/2015	Très important : 45,5%
Notre étude	**Maroc: Marrakech/2019**	**Très important : 58%**

3.4 L'importance de l'évaluation du caractère psychiatrique d'un trouble comportemental selon l'avis des somaticiens interrogés:

Dans notre étude, plus que la moitié des médecins interrogés (soit 56%) pensent qu'il est très important que le psychiatre intervienne pour l'évaluation du caractère psychiatrique d'un trouble comportemental.

L'étude de Royer [24] montre que 41% des médecins interrogés pensent qu'il est très important l'intervention du psychiatre pour l'évaluation du caractère psychiatrique d'un trouble comportemental.

Les troubles comportementaux sont également des sources de questionnement pour les somaticiens. Les bizarreries, l'étrangeté, les comportements « hors norme » posent de

nombreuses questions dans l'imaginaire médical. Dans un monde médical de plus en plus scientifique ; l'incongru reste le domaine d'exercice du psychiatre [24].

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

De nombreuses pathologies psychiatriques peuvent êtres à l'origine de comportements « inhabituels ». On retrouve fréquemment de possibles troubles de la personnalité [54].

Tableau XX : Le degré de l'importance de l'évaluation du caractère psychiatrique d'un trouble comportemental selon l'avis des somaticiens interrogés:

Auteur	Pays/Année	L'importance de l'évaluation du caractère psychiatrique d'un trouble comportemental
Royer [24]	France/2015	Très important : 41%
Notre étude	**Maroc: Marrakech/2019**	**Très important : 56%**

3.5 L'importance de l'évaluation du retentissement psychiatrique d'une maladie somatique selon l'avis des somaticiens interrogés:

Dans notre étude, plus que la moitié des médecins interrogés (soit 55%) pensent qu'il est très important que le psychiatre intervienne pour l'évaluation du retentissement psychiatrique d'une maladie somatique.

L'étude de Royer [24] montre que 20% des médecins interrogés pensent qu'il est très important l'intervention du psychiatre pour l'évaluation du retentissement psychiatrique d'une maladie somatique.

Il est très fréquent qu'une pathologie somatique entraîne l'apparition secondaire d'un trouble psychiatrique, sans que le patient n'ait d'antécédents de troubles psychiatriques. On

parle dans ces situations de pathologies secondaires ou mêmes réactionnelles, supposant qu'en l'absence d'apparition de la pathologie somatique, la pathologie psychiatrique ne serait pas apparue. Malheureusement, il ne semble pas avoir d'exceptions quant aux maladies somatiques impliquées, celles-ci étant toutes potentiellement à risque de décompensation « psychiatrique » [24].

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. Selon Zumbrunnen [27], 7 % des diagnostics portés étaient un trouble psychiatrique d'origine organique pouvant parfois engager le pronostic vital en cas de retard diagnostique.

Selon l'étude de Casey qui a été réalisée en 2005 portant sur troubles métaboliques et maladies cardiovasculaires chez les patients atteints de troubles psychiatrique [38], la pathologie organique a été considérée comme un facteur causal des troubles psychiatriques dans près de 20 % des cas.

Il ne s'agit plus de la pathologie elle-même mais d'une décompensation d'origine iatrogène, comme lors d'une corticothérapie [60], ou encore dans le cas plus spécifique du traitement d'une maladie de Behçet [61].

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 [63].

En revanche, les patients hospitalisés en service de psychiatrie, présentent souvent des affections organiques qui peuvent être sous diagnostiqués, et sans oublier que certains médicaments psychotropes augmentent les risques de maladies cardio-vasculaires, de diabète et d'obésité. D'où l'intérêt de l'intervention des médecins somaticiens pour la prévention, le diagnostic et le suivi de ces troubles somatiques.

Afin de leur apporter une meilleure prise en charge thérapeutique globale et de qualité, une coordination efficace entre psychiatres et somaticiens est indispensable.

Il est essentiel que les patients souffrant d'un trouble psychiatrique bénéficient de soins somatiques.

Tableau XXI: Le degré de l'importance de l'évaluation du retentissement psychiatrique d'une maladie somatique selon l'avis des somaticiens interrogés:

Auteur	Pays/Année	L'importance de l'évaluation du retentissement psychiatrique d'une maladie somatique
Royer [24]	France/2015	Très important : 20 %
Notre étude	**Maroc: Marrakech/2019**	**Très important : 55%**

3.6 L'importance de l'ajustement de psychotropes selon l'avis des somaticiens interrogés:

Dans notre étude, 72% des médecins interrogés pensent qu'il est très important que le psychiatre intervienne pour l'ajustement de traitements psychotropes.

L'étude de Royer [24] montre que 46,6% des médecins interrogés pensent qu'il est très important l'intervention du psychiatre pour l'ajustement des psychotropes.

La psychiatrie est une spécialité médicale disposant de diverses thérapeutiques médicamenteuses parmi lesquelles on retrouve principalement : les antidépresseurs (ATD), les anxiolytiques, les hypnotiques ou les antipsychotiques [24].

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 [76].

Dans l'étude de Barrimi et al [46] la prise en charge a consisté en la prescription d'un ADT chez 61 % des patients. Cependant les anxiolytiques ont été prescrits chez 11 % des patients. Dans d'autres études similaires, les anxiolytiques étaient les psychotropes les plus prescrits [64,65].

L'étude de Royer [24] montre 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 [68].

Tableau XXI I: Le degré de l'importance de l'ajustement de psychotropes selon l'avis des somaticiens interrogés:

Auteur	Pays/Année	L'importance de l'ajustement de psychotropes
Royer [24]	France/2015	Très important : 46,6%
Notre étude	**Maroc: Marrakech/2019**	**Très important : 72%**

3.7 L'importance du développement du lien de l'équipe de psychiatrie de liaison avec l'équipe soignante selon l'avis des somaticiens interrogés:

Dans notre étude, plus que la moitié des médecins interrogés soit 54% pensent qu'il est très important de développer le lien entre l'équipe de psychiatrie de liaison et l'équipe soignante.

L'étude de Royer (24) montre que 43,2% des médecins interrogés pensent qu'il est très important de développer le lien avec l'équipe psychiatrique. Cette étude 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.

Le renforcement des liens entre la médecine somatique et psychiatrique est essentiel à une optimisation des soins. Cependant, il faut insister sur la collaboration entre psychiatres et spécialistes, pour une meilleure prise en charge des patients [66].

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

Dans un second temps, après évaluation du patient, il permet de répondre à ses attentes de la manière la plus adaptée, tout en permettant le bon déroulement des soins pour le patient [24].

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 [67].

Dans l'étude de Homadi [41], 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 des avis ont été traitées avec un délai de retard. Ceci rejoint les résultats de l'étude de Ribaud S [52], où les médecins anglais étaient globalement satisfaits de leurs relations avec leurs correspondants psychiatres.

Tableau XXIII : Le degré de l'importance du développement du lien de l'équipe de psychiatrie de liaison avec l'équipe soignante selon l'avis des somaticiens interrogés:

Auteur	Pays/Année	L'importance du développement du lien de l'équipe psychiatrique avec l'équipe soignante
Royer [24]	France/2015	Très important : 43,2%
Notre étude	**Maroc: Marrakech/2019**	**Très important : 54%**

3.8 L'importance de la présence du psychiatre lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle au patient selon l'avis des somaticiens interrogés:

Dans notre étude, 44% des médecins interrogés pensent qu'il est très important que le psychiatre intervienne pour l'annonce d'une mauvaise nouvelle au patient. Et 7% des médecins qui trouvent que l'intervention du psychiatre n'est pas importante.

Contrairement à l'étude de Royer [24] qui montre que plus que la moitié des médecins interrogés soit 60% pensent qu'il n'est pas important que le psychiatre intervienne à l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Et seulement 8% des médecins pensent qu'il est très important d'intervenir pour l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

L'annonce d'une mauvaise nouvelle au patient est un moment difficile pour les équipes soignantes. Même si ces situations sont de la responsabilité de tout médecin, un appel aux équipes de liaison peut aider lors de ces annonces importantes. La difficulté est alors de ne pas

se substituer au médecin somaticien mais de pouvoir prendre en charge le patient en cas de réactions psychopathologiques à l'annonce [3].

En cancérologie, les appels au psychiatre s'organisent principalement à la demande de l'équipe autour du patient, mais aussi des familles et des proches. Si la mise en place de consultation pluridisciplinaire initiale avec mise à disposition des psychiatres, lors du disgnostic, constitue un des dispositifs du plan cancer, on sait que les psycho-oncologues ont pointe depuis longtemps les situations d'annonce de diagnostic, de récidive, de modulations des traitements, du palliatif comme des situations d'épreuve pour les patients. Les psycho-oncologues sont donc sollicités très souvent d'intervenir dans telles situations [5].

Tableau XXIV: Le degré d'importance de la présence du psychiatre lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle au patient selon l'avis des médecins interrogés.

Auteur	Pays/Année	L'importance de l'intervention du psychiatre lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle
Royer [24]	France/2015	Très important : 8% Pas important : 60%
Notre étude	**Maroc: Marrakech/2019**	**Très important : 44%** **Pas important : 7%**

4. Données portant sur la perception et attentes des médecins sur la psychiatrie de liaison:

Dans notre étude, la totalité des médecins interrogés pensent que la présence d'une unité d'hospitalisation médico-psychiatrique au CHU Mohammed VI est nécessaire pour la prise en charge des patients.

Les résultats de l'étude de Homadi [41] ont montré que tous les collègues somaticiens ont de plus forte attente envers les unités d'hospitalisations médico-psychiatriques.

Ceci rejoint aussi les résultats de l'étude de Collas réalisée en 2004 portant sur la réflexion sur la place et l'organisation de la psychiatrie de liaison [9], qui a conclu que le développement des unités médico-psychiatriques paraît très intéressant chez la majorité des médecins somaticiens (89.8%).

Dans l'étude de Royer [24], 89,8% des médecins trouvent qu'il est relativement intéressant à très intéressant de développer les unités médico-psychiatriques.

En effet, le développement d'unités dites «médico-psychiatriques» [69],[70],[71]: permettant une prise en charge hospitalière complète, pouvant traiter les pathologies psychiatriques et somatiques au même temps.

La réflexion amenant à la création de ce type d'unités spécialisées repose sur un nombre non négligeable de patients, qui présentent à la fois des pathologies somatiques sévères et psychiatriques sévères et qui devraient être soignés en service de psychiatrie, tout en bénéficiant d'un environnement médical solide [3].

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

- Tout d'abord, quels que soient l'étiologie et les mécanismes (parfois difficiles à identifier), les troubles psychiatriques peuvent entraver la prise en charge de la pathologie organique notamment en compromettant, pour des raisons diverses, la poursuite d'un traitement majeur à visée somatique (corticoïdes, anticoagulants, thérapeutique antirejet…) et en majorer la morbidité et la mortalité [69].
- Le coût de la prise en charge de ces patients (durée d'hospitalisation, investigations diagnostiques, arrêts de travail…) est alors considérablement augmenté, que ce soit par une nouvelle décompensation de la pathologie organique ou par les conséquences directes de la pathologie psychiatrique.
- Enfin, même si généralement, l'avis ponctuel d'un consultant en psychiatrie de liaison peut apporter la compétence qui manque dans une structure d'hospitalisation traditionnelle, cette organisation pragmatique peut être prise en défaut quand la double

compétence somatique et psychiatrique est requise face à la situation critique d'un patient dont l'évaluation et le traitement doivent être ajustés quotidiennement. La difficulté est alors de se confronter à l'absence de structure hospitalière apte à prodiguer simultanément des soins médicaux organiques éventuellement complexes et des soins psychiatriques continus.

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

Tableau XXV : la perception des médecins interrogés sur la présence d'unités médcio-psychiatriques.

Auteur	Pays/Année	La présence d'unité médico-psychiatrique
Collas [9]	France/2004	90%
Royer [24]	France/2015	89,8%
Homadi [41]	Maroc : Fès/2016	100%
Notre étude	**Maroc: Marrakech/2019**	**100%**

V. Discussion des corrélations :

1. Corrélation entre les services médico-chirurgicaux et les motifs d'avis psychiatrique :

Dans notre étude, la dépression est plus fréquente dans les services médicaux (74,10%) par rapport aux services chirurgicaux. Et les troubles psychotiques sont plus fréquents dans les services chirurgicaux (67,6%).

Dans l'étude de Barrimi et al [46], l'épisode dépressif majeur (EDM) est plus fréquent chez les patients hospitalisés dans les services médicaux (84%) par rapport aux services chirurgicaux (16%). En effet, 40 % des patients suivis en médecine générale pour une pathologie chronique souffrent d'une dépression comorbide [74].Par ailleurs, 55 % des sujets hospitalisés pour EDM présentaient au moins une pathologie somatique comorbide [40].

On peut expliquer ça par la présence de maladies chroniques dans les services médicaux telles les maladies de système qui sont susceptibles de se compliquer de troubles psychiatriques, notamment le lupus érythémateux disséminé. Entre 40% et 80% des lupiques présentent des symptômes dépressifs, qui sont généralement liés à une atteinte organique cérébrale. Tandis que la présence de taux élevé des troubles psychotiques dans les services chirurgicaux est expliqué par le fait que les patients psychotiques sont les plus exposés aux tentatives de suicide et aux AVP entrainant des traumatismes qui peuvent être graves.

Tableau XXVI: Corrélation entre les services médico-chirurgicaux et les motifs d'avis psychiatrique.

Service	Dépression	Idées suicidaires	Agitation	Agressivité	Trouble psychotique
Médical	**74,10%**	38%	57%	34,50%	63,80%
Chirurgical	43,20%	59,50%	62%	48,60%	**67,60%**

2. Corrélation entre la demande d'avis et la formation du médecin :

La formation des médecins dans le domaine de psychiatrie (sous forme de stage en psychiatrie ou formation continue en psychiatrie) n'ont pas d'influence sur la demande de l'avis psychiatrique.

La demande d'avis psychiatrique reste élevée quelque soit la formation du médecin en psychiatrie.

Tableau XXVII : Corrélation entre la demande d'avis et la formation du médecin

	Stage en psychiatrie	Formation continue en psychiatrie
Demande de l'avis psychiatrique	94,4%	100%

3. Corrélation entre la demande d'avis et le statut du médecin :

Dans notre étude ce sont les résidents qui demandent le plus un avis psychiatrique. Donc le statut du médecin influence sur le taux des demandes d'avis.

Tableau XXVIII: Corrélation entre la demande d'avis et le statut du médecin :

	Professeur	Résident	interne
Demande de l'avis psychiatrique	15,80%	69,50%	14,70%

4. Corrélation entre la tranche d'âge des médecins et leur impression sur la prévalence des troubles psychiatriques:

Dans notre étude, la prévalence des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés dans les services médico-chirurgicaux est influencée par la tranche d'âge des médecins.

Tableau XXIX: Corrélation entre la tranche d'âge des médecins et leur impression sur la prévalence des troubles psychiatriques

Prévalence des troubles psychiatrique	<25ans	26-34ans	35-44ans	>45ans
Rare à faible	57,10%	24,60%	37,50%	44,40%
Moyenne à élevée	42,90%	75,40%	62,50%	55,60%

Ainsi, nous pouvons constater que les médecins de moyenne d'âge élevée 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.

5. Le degré d'importance de collaboration de l'équipe psychiatrique avec l'équipe soignante;

5.1 corrélation entre le degré d'importance de collaboration et le statut du médecin :

D'après l'analyse de nos résultats, le statut du médecin n'influence pas le degré d'importance de collaboration de l'équipe psychiatrique avec l'équipe soignante.

Tableau XXX: corrélation entre le degré d'importance de collaboration et le statut du médecin.

Degré d'importance de collaboration de l'équipe psychiatrique avec l'équipe soignante	Professeur	Résident	Interne
Pas à peu important	6,70%	7,40%	5,90%
Relativement à très important	93,30%	92,60%	94,10%

5.2 Corrélation entre le degré d'importance de collaboration et le stage en psychiatrie:

D'après l'analyse de nos résultats, Le passage par un stage en psychiatrie n'influence pas le degré d'importance de collaboration de l'équipe psychiatrique avec l'équipe soignante.

TableauXXX I: Corrélation entre le degré d'importance de collaboration et le stage en psychiatrie:

Degré d'importance de collaboration de l'équipe psychiatrique avec l'équipe soignante	Stage en psychiatrie	Pas de stage en psychiatrie
Pas à peu important	6,80%	8,30%
Relativement à très important	93,20%	91,70%

VI. Les limites de l'étude :

Nous avons mené une étude qui a pour but de percevoir les attentes principales des autres spécialités médicales vis-à-vis de la psychiatrie de liaison, dépister les difficultés et les contraintes rencontrées par les soignants dans la participation à la psychiatrie de liaison, assurer une bonne organisation et une structuration de la prise en charge psychiatrique de ces troubles et sensibiliser les équipes soignantes à l'importance de dépistage des troubles psychiatriques pour améliorer la prise en charge globale des patients.

Certaines limites méthodologiques ont été soulevées lors de la réalisation de ce travail :

- Notre étude est transversale portant sur la collecte des données à l'aide d'un questionnaire conçu à cet effet. Nombreuses difficultés étaient rencontrées à cause de l'indisponibilité de la part d'un certain nombre de médecins due aux occupations.
- Le manque de statistiques dans notre pays sur ce sujet, rend la comparaison de notre situation avec les données de la littérature difficile.

Suggestions

D'après les résultats de notre étude, ainsi que les données de la littérature, il faut prévoir d'initier une activité de psychiatrie de liaison au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech, vu les demandes considérables des avis psychiatriques auprès des services médico-chirurgicaux et l'impact de la prise en charge psychiatrique des patients.

Et donc, nous nous sommes permis de formuler quelques suggestions :

- **Création d'unités médico-psychiatrique (accueillant des patients nécessitant une double prise en charge somatique et psychiatrique en milieu hospitalier) :**

Le développement de pareilles unités bénéficierait d'un soutien potentiel en dehors de celui des soignants psychiatriques et permettrait ainsi de renforcer la collaboration entre les milieux somatiques et psychiatriques.

- **Instauration des consultations multidisciplinaires avec le service de psychiatrie :**

Le développement de consultations mixtes dites conjointes(72)(73)(71) 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 milieupsychique, tout en tenant compte des interactions entre ces deux entités.

Et cela pour une meilleure prise en charge globale du patient.

- **Sensibilisation des médecins spécialistes à l'égard des troubles psychiatriques :**

A travers des formations continues en psychiatrie afin d'améliorer la prise en charge des troubles psychiatriques.

- **Organisation régulière de concertations scientifiques communes entre somaticiens et psychiatres**

- **Amélioration des moyens de communication interpersonnelle :**

Réunion d'équipe (staff) des médecins somaticiens avec les psychiatres.

- **L'implication des étudiants en médecine dans les consultations de la psychiatrie de liaison.**

Conclusion

La psychiatrie de liaison reste une pratique relativement jeune en psychiatrie et dans le domaine médical.

C'est une discipline en plein essor, qui su demontrer son intérêt au sein des services somatiques. Son developpement est un reflet du redéploiement de la psychiatrie en direction de l'hopital général.

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.

Elle fait interagir trois protagonistes : le psychiatre, le somaticien et le patient.

L'objectif principal de ce travail a été de mettre en évidence les attentes principales des spécialités médicales et chirurgicales vis-à-vis de la psychiatrie de liaison et secondairement de déterminer l'implication des soignants dans l'activité de la psychiatrie de liaison, ainsi que de dépister les difficultés et les contraintes rencontrées par les soignants dans la participation à la psychiatrie de liaison.

A partir de notre étude, la totalité de nos médecins pensent que la présence d'une unité d'activité de psychiatrie de liaison est nécessaire au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech, vu les demandes considérables des avis psychiatriques auprès des services médico-chirurgicaux. Le fait de développer les liens entre la médecine somatique et psychiatrique est essentiel à une optimisation des soins, afin de favoriser l'efficacité de chaque pratique dont le patient sera le bénéficiaire final. 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.

Annexes

Annexe1: fiche d'exploitation

Questionnaire destiné aux médecins de CHU Mohammed VI : les enjeux de la psychiatrie de liaison

Dans le cadre d'un travail de recherche intitulé [Les enjeux de la psychiatrie de liaison], une enquête transversale est menée au niveau du CHU Mohammed VI de Marrakech, par le biais du présent 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 discipline de la psychiatrie qui s'occupe des troubles psychiatriques se manifestant chez les patients hospitalisés dans les services médico-chirurgicaux.
Elle consiste à répondre aux avis psychiatriques demandés pour les patients hospitalisés dans les services.

1- Sexe : Masculin□ Féminin□

2-Age : ……

3-Statut actuel :
. Professeur □ Résident □
Interne □
. Service: ……
· Nombres d'années d'exercices dans la spécialité : ……

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

5- Selon vous, la prévalence des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés dans les services médico-chirurgicaux est ? :
Élevée□ Moyenne□ Faible□
Rare□

6-La formation de base que vous avez reçu 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	□	□	□	□
-Thérapeutique	□	□	□	□
-Du suivi	□	□	□	□

7-A part votre formation de base que vous avez reçu à la faculté de médecine, avez-vous bénéficiez d'une formation continue en psychiatrie ?

Oui□ Non□

-Si oui :

Par quel outil ? DU□ Revue médicale□ Séminaire□ Autre…….

Dans quel cadre ? Ministère□ Laboratoires pharmaceutiques□

Initiative personnelle□

Thèmes : ……

8- Qu'est ce que vous faites devant un trouble psychiatrique chez vos patients hospitalisés ?

Gérer par vous-même□ Demander un avis□ Référer après sortie□

Référer d'emblée□

9- Avez-vous déjà demandé un avis psychiatrique pour vos patients hospitalisés? :

Oui □ Non □

10-Si oui : (Au cours des deux dernières années) :

Souvent (>10fois)□ Parfois (1-10fois)□ Rarement (1fois) □

-Votre demande d'avis était : Urgente□ Différée□

11-Si non, c'est par :

-Manque de temps□

-Difficulté a repérer un trouble psychiatrique□

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

-Le trouble psychiatrique n'est pas une priorité dans la PEC de vos patients hospitalisés□
- Difficultés liées à la demande de l'avis□
-Refus du patient ou de sa famille□
Autre :.....

12-Par quel moyen vous faites cette demande ?

- Par téléphone □
-Par transfert du patient au service des urgences psychiatriques □
Autre :.....

13-Quelles sont les informations que vous apportez sur votre demande ?

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

14-La demande de l'avis est faite :

- Par vous-même□
- Sur demande du patient□
- Sur demande de la famille□
- Autres :.....

15- comment était l attitude du patient vis-à-vis de l avis psychiatrique demandé ?

Acceptée□ Refusée□ Indifférente□

16-Pour quel motif vous avez demandez l'avis psychiatrie ?

-Agitation □
-Agressivité □
-Trouble psychotique (Délire- Hallucination) □
-Refus de soin (que vous prescrivez dans le cadre de sa pathologie organique) □
-Refus de soin (Refus de prendre son traitement psychiatrique) □
-Anxiété □
-Dépression □
-Idées suicidaires □
-Conflit entre patient et équipe soignante de votre service □

-Problème diagnostic (pas de diagnostic pour la symptomatologie présente par le malade) □
-Insomnie□
-plaintes somatiques inexpliquées□
-Sd confusionnel□
-Symptômes de sevrage (alcool…) □
-Bilan pré thérapeutique□
-Annonce d un diagnostic grave□
-Ajustement des psychotropes□
- Autres :.....

17-Est ce que vous demandez un compte rendu ?

Oui□ Non□

18-Recevez – vous un compte rendu de l'équipe de psychiatrie ?

Oui □ Non □

19-Est-ce que ca vous intéresse d être présent au moment de l avis psychiatrique ?

Oui □ Non □

20-Votre demande d'avis était traitée de façon :

Rapide□ Avec un délai de retard (préciser : ……H)□
Non traitée □

Au cours de la psychiatrie de liaison, quel est le degré d'importance pour votre pratique des types d interventions suivants :

21- Évaluation diagnostique d'un trouble psychiatrique :

Pas important □ Peu important □ Relativement important □ Très important □

22- Evaluation du risque suicidaire :

Pas important □ Peu important □ Relativement important □ Très important □

23- Evaluation de la présence d'un syndrome dépressif dans un tableau clinique somatique :

Pas important □ Peu important □ Relativement important □ Très important □

24- Evaluation du caractère psychiatrique d'un trouble comportemental :

Pas important □ Peu important □ Relativement important □ Très important □

25- Evaluation du retentissement psychiatrique d'une maladie somatique :

Pas important □ Peu important □ Relativement important □ Très important □

26- Préciser si votre patient prenait des psychotropes : (ADT- Anxiolytique- Neuroleptique…)

Pas important □ Peu important □ Relativement important □ Très important □

27-Préciser si votre patient a des ATCD psychiatriques : (suivi psychiatrique ou psychologique)

Pas important □ Peu important □ Relativement important □ Très important □

28- Apport d'un entretien psychiatrique permettant la compréhension psychologique du patient :

Pas important □ Peu important □ Relativement important □ Très important □

29-Développement du lien de l'équipe de psychiatrie de liaison avec l'équipe soignante de votre service :

Pas important □ Peu important □ Relativement important □ Très important □

30- Présence du psychiatre lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle au patient :

Pas important □ Peu important □ Relativement important □ Très important □

Pour finir :

31- Pensez-vous que la présence d'une unité d'hospitalisation médico-psychiatrique au CHU Mohamed 6 de Marrakech est nécessaire pour la PEC des patients ? (accueillant des patients nécessitant une double prise en charge somatique et psychiatrique en milieu hospitalier).

Oui □ Non □

Résumé

RESUME :

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 médico-chirurgicaux, mais aussi les patients admis aux hôpitaux de jour des spécialités et aux urgences.

La présente étude, a été réalisée auprès de 100 médecins œuvrant au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech sur une période de 6 mois ; avec comme objectif principal de percevoir les attentes principales des autres spécialités médicales vis-à-vis de la psychiatrie de liaison et secondairement : dépister les contraintes rencontrées par les soignants dans la participation à la psychiatrie de liaison, assurer une bonne organisation et une structuration de la prise en charge psychiatrique de ces troubles et sensibiliser les équipes soignantes à l'importance de dépistage des troubles psychiatriques pour améliorer la prise en charge globale des patients.

Les données sont recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire, comprenant 30 items remplis par chaque médecin somaticien (professeur, résident et interne).

L'analyse des résultats a permis de dégager les résultats suivants : la tranche d'âge la plus représentée était entre 26 – 34 ans, avec une prédominance féminine de 60%, la majorité de nos médecins étaient des résidents, 83% des médecins avaient une ancienneté inférieure à 5 ans.

En matière de formation, la majorité des médecins ont déjà bénéficié d'un stage en psychiatrie, 96% n'ont jamais reçu de formation post universitaire, ou de formation médicale continue.

D'après la formation de base reçue a la faculté, seulement 28% des médecins peuvent cerner la nature du trouble psychiatrique. L'attitude des médecins adoptée devant un trouble psychiatrique était surtout la demande d un avis psychiatrique, 95% des médecins ont déjà

sollicite un avis. Cette demande est faite dans la majorité des cas par le médecin. Et pour l'attitude du patient vis-à-vis de cette demande, elle est favorable dans 57% des cas.

Les motifs d'avis psychiatriques les plus demandés sont les troubles psychotiques avec un pourcentage de 65,3%, la dépression (62%) et l'agitation (59%). La grande majorité des médecins (90%) trouvent que l'intervention de la psychiatrie de liaison est très importante dans l'évaluation du risque suicidaire.

La totalité des médecins pensent que la présence d'une unité d'hospitalisation médico-psychiatrique au CHU Mohammed VI est nécessaire pour la prise en charge des patients.

A partir de ces résultats, notre étude nous a permis de percevoir les attentes principales des autres spécialités médicales vis-à-vis de la psychiatrie de liaison et de prévoir d'initier cette activité au sein de notre CHU a travers une unité d'hospitalisation médico-psychiatrique ou par des consultations multidisciplinaires afin d'optimiser une meilleure prise en charge globale du patient.

ABSTRACT:

Liaison psychiatry deals with psychiatric disorders occurring in patients of other medical disciplines and has three main types of activity: clinical, educational and research. It concerns full-time hospitalized patients in the medico-surgical services, but also patients admitted to specialty day hospitals and emergencies.

This study was conducted with 100 doctors working in the Mohammed VI University Hospital of Marrakech over a period of 6 months; with the main objective of perceiving the main expectations of other medical specialties vis-à-vis liaison psychiatry and secondarily: to identify the constraints encountered by caregivers in participating in liaison psychiatry, to ensure a good organization and structuring of the psychiatric care of these disorders and to sensitize the care teams to the importance of screening psychiatric disorders to improve the decision in charge of patients.

The data is collected using a questionnaire, consisting of 30 items completed by each Somatician physician (teacher, resident and intern).

The analysis of the results revealed the following results: the most represented age group was between 26 - 34 years old, with a female predominance of 60%, the majority of our doctors were residents, 83% of the doctors had seniority less than 5 years.

In terms of training, the majority of doctors have already benefited from an internship in psychiatry, 96% have never received postgraduate training, or continuing medical education.

According to the basic training received at the faculty, only 28% of physicians can identify the nature of the psychiatric disorder. The attitude of physicians to a psychiatric disorder was mainly the request for a psychiatric opinion, 95% of doctors have already sought an opinion. This request is made in the majority of cases by the doctor. And for the patient's attitude towards this demand, it is favorable in 57% of the cases.

The most popular reasons for psychiatric opinion are psychotic disorders with a percentage of 65.3%, depression (62%) and agitation (59%). The vast majority of physicians (90%) find that the intervention of liaison psychiatry is very important in the assessment of suicidal risk.

All doctors believe that the presence of a medical-psychiatric hospitalization unit at the Mohammed VI CHU is necessary for the care of patients.

From these results, our study allowed us to perceive the main expectations of other medical specialties vis-à-vis the liaison psychiatry and plan to initiate this activity within our hospital through a hospital unit medico-psychiatric or through multidisciplinary consultations to optimize better overall patient care.

ملخص

- يهتم الطب النفسي الرابط بالاضطرابات النفسية التي تظهر عند مرضى التخصصات الطبية الأخرى و تشمل ثلاث أنواع من الأنشطة ، سريري،تعليمي و بحثي. و يعتني بالمرضى الخاضعون للخدمات الإستشفائية سواء الطبية منها أو الجراحية و المرضى الذين تم فحصهم في العيادات الخارجية و الطوارئ.
- الدراسة الحالية تحققت مع 100 طبيب يعملون في المستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش على مدى 6 أشهر ، كان الهدف الرئيسي من هذه الدراسة يتمثل في إدراك التوقعات الرئيسية للتخصصات الطبية الأخرى اتجاه الطب النفسي الرابط و هناك أهداف أخرى منها : تحديد الصعوبات التي يواجهها الأطباء في الطب النفسي الرابط ، ضمان التنظيم الجيد و هيكلة الرعاية النفسية لهذه الاضطرابات و توعية الأطباء بأهمية فحص الإضرابات النفسية لتحسين الشاملة للمرضى .
- تم جمع المعطيات من خلال استمارة ، التي تحتوي على 30سؤال تملئ من طرف كل طبيب (أستاذ/طبيب مقيم – طبيب داخلي) .
- تحليل نتائج دراستنا أكدت أن: الفئة العمرية للأطباء الأكثر تمثيلا كانت بين 26 و 34 سنة . أغلبهم إناث (60%) أغلبيتهم مقيمين، كان 83 % من الأطباء لهم أقل من 5 سنوات من الأقدمية.
- فيما يتعلق بالتكوين فإن أغلبية الأطباء قد استفادوا من التدريب في مجال الطب النفسي و 96% من الأطباء لم يتوصلوا بالتكوين الطب النفسي المستمر.
- وفقا لدروس الطب النفسي التي تم تلقيها في الكلية ، فقط 28 % من الأطباء يمكن لهم تحديد طبيعة الاضطراب النفسي .
- كان موقف الأطباء من الاضطراب النفسي هو أساسا يخضع لطلب رأي الطبيب المختص في هذا المجال. 95% يقرون طلب هذا الرأي . 57% من الأطباء يؤكدون أن موقف المرضى بالنسبة لهذا الطلب النفسي كان مقبولا.
- أسباب الرأي النفسي أكثر طلبا هي الاضطرابات الدهنية بنسبة 65% و الاكتئاب بنسبة 62 % و الإثارة (59%) .
- الأغلبية العضمى من الأطباء (90%) يؤكدون أن التدخل الطب النفسي للاتصال مهم جدا في تقييم الانتحار.
- جميع الأطباء يعتقدون أن وجود وحدة الإستشفاء الطبي- النفسي بالمستشفى الجامعي محمد السادس أمر ضروري لرعاية المرضى .
- إذا من هذه النتائج ، سمحت لنا دراستنا أن ندرك التوقعات الرئيسية للتخصصات الطبية الأخرى اتجاه الطب النفسي للإتصال و للتخطيط لبدئ هذا النشاط داخل المستشفى من خلال وحدات الإستشفاء الطبي – النفسي .

Bibliographie

1. **Zumbrunnen** R.
Psychiatrie de liaison.
Paris: Masson; 1992. p. 230.
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 francaise. Paris: Masson; 2004.
3. **Spadone C.**
Psychiatrie de liaison : quelle psychiatrie pour quelles liaisons?
Annales Médico-Psychologiques 168 (2010) ; 205–209.
4. **Mechri A, Khammouma S, Khiari G, et al.**
Description de l'activité´ de psychiatrie de liaison au Centre Hospitalo-universitaire de Monastir.
Rev Fr Psychiatr Psychol 2003;7:29–34.
5. **Consoli SM.**
Psychiatrie de liaison.
Thérapeutique psychiatrique. Paris: Hermann; 1995.
6. **Pélicier N**
À propos de la psychiatrie de liaison en cancérologie.
Annales Médico Psychologiques 165 (2007) 136–140.
7. **Consoli SM.**
Psychiatrie à l'hôpital général.
EMC, Psychiatrie Paris: Elsevier; 1998 37-958-A- 10 p.11.
8. **Guillibert E, Granger B, Tellier G, Breton JJ, Schmitt L.**
Psychiatrie de liaison ; rapport d'assistance.
Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française; Paris : Masson, 349 p. 1990
9. **Collas-guitteny.M.**
Réflexion sur la place et l'organisation de la psychiatrie de liaison dans deux CHU à partir de l'utilisation d'Intermed, outil d'évaluation biopsychosocial.
Thèse en médecine. Nantes 2004 .
10. **Bécache A.**
Malades psychosomatiques.
Psychologie Pathologique (11e édition) [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2012
Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294714832000136
11. **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.
Thèse en médecine. Nantes 2009
12. **Lipowski ZJ.**
Consultation de psychiatrie et médecine psychosomatique à l'hôpital général.
Rev med psychosom 1969; (I : 31–55. II : 171–204. III : 300–334).

13. Chocard A-S, Malka J, Tourbez G.
Psychiatrie de liaison: Quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison? Ann Méd-PsycholRevPsychiatr. Oct 2005;163 (8):691- 6.
14. UEMS EuropeanBoard of Psychiatry.
Report on the European Board of Psychiatry: Consultation Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine in the European Union.
Http:/ www. uemspsychiatry.org/reports/2009-Oct-CL%20 Psychiatry %20in% 20Europe.pdf. 2009
15. Lloyd GG, Mayou RA.
Liaison psychiatry or psychological medicine?
Br J Psychiatry 2003;183:5-7
16. Caduff F, Georgescu D.
Swiss Society of Consultation-Liaison Psychiatry. Current status of consultation-liaison psychiatry in Switzerland.
J Psychosom Res 2004;56:562.
17. Kornfeld DS.
Consultation-liaison psychiatry: contributions to medical practice.
Am J Psychiatry 2002;159:1964-72
18. [American Board of Psychiatry and Neurology. Certification;
https://www.abpn.com/
19. McIntyre JS.
A new subspecialty. Éditorial.
Am J Psychiatry 2002;159:1961-3.
20. McKegney FP, O'Dowd MA, Schwartz CE, Marks RM.
A fallacy of subspecialization in psychiatry. Consultation-liaison is a supraspecialty.
Psychosomatics 1991;32:343-5.
21. Bronheim ,HE, Fulop G, Kunkel EJ, Muskin PR, Schindler BA, Yates WR, et al.
Practice guidelines for psychiatric consultation in the general medical setting.
Psychosomatics 1998;39:S8-S30.
22. Atik S.
Experience de la psychiatrie de liaison. (Etude transversale sur 4ans).
Thèse en Médecine. Fès 2014 n° : 34-14
23. Garré JB.
Psychiatrie de liaison. Introduction.
Ann Psychiatr 1997;12:5-7.
24. Royer T,
Les enjeux de la psychiatrie de liaison au Centre Hospitalo-universitaire de Nancy sur les attentes des services somatiques.
Thèse en Médecine. Nancy 2015.

25. 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 2013.

26. Lipowki Z-J.
Consultation-liaison psychiatry: an overview.
Am J Psychiatry.1974;n°131; p623-630.

27. Zumbrunnen R .
Une passerelle utile entre médecine somatique et psychiatrie.
Psychologie médicale, 1994 ; vol 26, n°9, p. 923-926.

28. Gal B, Moro MR.
Intérêts et limites de la psychiatrie de liaison.
Santé Mentale, 2005 .n°98, p. 38-43.

29. Besancon G, Venisse J-L.
Préambule ; Guide du psychiatre de liaison,
Zenith service. Laboratoires Pfizer, 2004, pp 1-4.

30. Cremades S.
Le psychiatre de liaison : un interprète qui joue sa théorie ;
Annales médico psychologiques, 2005 ; vol 163, n°7, p. 604-606.

31. 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.

32. Dilts SL Jr,
Mann N, Dilts JG.
Accuracy of referring psychiatric diagnosis on a consultation-liaison service.
Psychosomatics 2003; 44:407-11.

33. Martine S.
Université de Stirling; Open University, Centrefor Tobacco ControlResearch. 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

34. Hartley D, Korsen N, Bird D.
Management of Patients With Depression By Rural Primary Care Practitioners. Arch Fam Med. 1998; 7 :139-145.

35. 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.

36. Bohn I.
Evaluation de la communication entre psychiatres et médecins traitants.
Thèse en Médecine. 2008. Université Paris 7- Denis Diderot.

37. 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·

38. Casey DE.
Metabolic issues and cardiovascular diseasein patients with psychiatric disorders.
Am J Med2005;118:15S—22S.

39. Su JA, Chou SY, Chang CJ, et al.
Changes in consultation-liaisonpsychiatry in the first five years of operation of a newly-openedhospital. Chang Gung
Med J 2010;33:292—9.

40. Cottencin O.
Dépressions sévères : comorbidités somatiques.
Encéphale 2009;35:S272—8.

41. Homadi A.
LA PERCEPTION DE LA PSYCHIATRIE DE LIAISON PAR LES PRATICIENS AU SEIN DU CHU HASSAN II DE FES
Thèse de médecine. 2016.Fès.

42. BOBOLAKIS I.
Psychiatrie de liaison, à propos de 519 demandes de consultation à l'hôpital de Montfermeil.
Perspect Psychiatr. 1995 33è/34è année 1994;(45):245-50.

43. Böhme K.
[Models of interdisciplinary cooperation in the treatment of suicidal patients in the general hospital: psychiatric consultation-liaison service--the multiprofessional team]. Verhandlungen Dtsch Ges Für
Inn Med. 1985;91:328-33.

44. Sauvaget A, Guitteny M, Bulteau S, Cornet-Lemoine N, Bossis M-L, Giffaud S, et al.
Consultation-liaison psychiatry interventions for the assessment of inpatients with suicidal behaviour: A prospective study in general hospital.
J Psychosom Res. juin 2013;74(6):557-8.

45. COTTENCIN O ; VAIVA G . DUCROCQ F.
Modalités de gestion de l'impact du suicide sur les équipes soignantes en psychiatrie de liaison.
Rev Fr Psychiatr Psychol Médicale. 2004;(76):41-4.

46. Mohammed Barrimi
La Psychiatry de liaison au Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda, Maroc: study sur dix mois transversale
Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique , Volume 177, Numéro 4 ,Avril 2019 , Pages 342-346

47. Gadalla T, Ph.D.
Association des troubles de l'humeur concomitants et des maladies chroniques avec l'incapacité et la qualité de vie en Ontario, Canada.
Maladies chroniques au Canada Vol 28, No 4, 2008

48. Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KR, Nemeroff CB, Bremner JD, Carney RM, et al.
Mood disorders in the medically ill: Scientific review and recommendations.
Biol Psychiatry. 2005; 58:175-189.

49. Salvador B,Vista D,Carlo P et al.
The utilisation pattern of psychiatric consultation services at the University of the Philippines.
Acta medica philippina 2010 vol44 n°3.

50. Yaser R.
Timing of Referral to Consultation-Liaison Psychiatry.
International Journal of Health Sciences, Qassim University, 2009. Vol. 3, No.2.

51. Shimoda H, Kawakami N, Tsuchiya M.
Epidemiology of psy-chiatric disorders among medically ill patients. Nihon Rinsho2012;70(1):7—13.

52. 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 en Médecine. 2011.Nancy .

53. Söllner W, Diefenbacher A, Creed F.
Future developments in consultation-liaison psychiatry and psychosomatics.
J Psychosom Res. janv 2005;58(1):111-2.

54. Diefenbacher A, Golombek U, Strain JJ.
Personality disorders in consultation-liaison psychiatry – an empirical investigation.
Eur Psychiatry. 2009;24, Supplement 1:S338.

55. ALLILAIRE Jean-François
Service de Psychiatrie de l'Adulte Bâtiment Philippe Chaslin LA SALPETRIERE.
http: http://www.chups.jussieu.fr/polys/nivA/PsyNivA.html

56. Lapeyronnie B,
http://www.techniquespsychotherapiques. org/Pratiques/soutien.html

57. 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.

58. 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.

59. Gitlin DF, Levenson JL, Lyketsos CG.
Psychosomatic medicine: a new psychiatric subspecialty.
Acad Psychiatry. 2004; 28(1):4-11.

60. Cottencin O, Legru H, Vaiva G, Thomas P, Consoli SM.
Corticosteroid-induced psychiatric episodes in consultation liaison psychiatry. Personality and temperament assessments.
Presse Médicale. Févr 2011;40(2):203-9.

61. Santos Jr A, Mella LFB, Turato ER, Botega NJ.
The role of the consultation liaison psychiatry exemplified in a patient with an uncommon manifestation of behçet's syndrome.
Eur Psychiatry. 2010;25, Supplement P01-308

62. Berhili N.
La dépression ; Connaissances et attitudes des médecins généralistes.
Thèse en Médecine.2010. Fès: N° : 75-10

63. Popescu FD, Udristoiu I, Popescu F et al.
Management of psychiatric adverse effects induced by systemic glucocorticosteroids.
ROM J Psychopharmacol 2008; 8: 126-139.

64. Savoy J, Fauchere P, Ferrero F.
La prescription des psychotropes dans un hôpital général.
Med Hygiene 1997;551704-9.

65. Wiss M, Lenoir P, Malvy J, et al.
Child consultation-liaison psychiatry within the hospital: a prospective study.
Arch Pediatr 2004;11:4-12.

66. 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.

67. Haute Autorité de Santé.
Manuel d'accréditation des établissements de santé: fichier thématique : psychiatrie et santé mentale. 2005.

68. Howanitz EM, Freedman J.B.
Reasons for refusal of medical treatment by patients seen by a consultationliaison service.
Hosp Community Psychiatry. 1992;43:279.

69. Marra D, Allilaire J-F, Piette J-C.
Unité médicopsychiatrique, un concept à développer.
Rev Médecine Interne. mai 2003;24(5):279-81.

70. 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.

71. Daoud L B V, Guillibert E.
Intérêt de l'évaluation en psychiatrie de liaison.
Nervure. 2000;(6):41-4.

72. 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.

73. Birmes P, Sarramon C et Schmitt L.
Quelles consultations pluridisciplinaires : séquentielles ou combinées ?
Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. Avr 2001;159(3):241-7.

74. Consoli SM.
Depression and associated organic pathologies, a still underestimated comorbidity. Results of the DIALOGUE study.
Presse Med 2003;32:10-21.

75. Roos C.
Prise en charge de la souffrance psychique au cours d'une affection somatique.
Mémoire de spécialisation en psychiatrie. Nancy 2006.

76. Diefenbacher A.
Prescription patterns of antidepressants in consultation-liaison psychiatry - a 10 year observational study (1988-1997).
Eur Psychiatry. 2009;24,. P01-242

قسم الطبيب

أقْسِم بِالله العَظِيم

أن أراقبَ الله في مِهْنَتِي.

وأن أصُونَ حياة الإنسان في كآفّةِ أطوَارهَا في كل الظروف والأحَوال باذلتا وسْعِي في انقاذها مِن الهَلاكِ والمرَضِ والألَم والقَلَق.

وأن أحفَظَ لِلنَاسِ كرَامَتهُم، وأسْتر عَوْرَتهُم، وأكتمَ سِرَّهُمْ.

وأن أكونَ عَلى الدوَام من وسائِل رحمة الله، باذلتا رِعَايَتي الطبية للقريب والبعيد، للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسَخِّرَه لِنَفْعِ الإنْسَان لا لأذَاه.

وأن أُوَقّرَ مَن عَلَّمَني، وأُعَلّمَ مَن يَصْغرَني، وأكون أخـًا لِكُلِّ زَميلٍ في المِهنَةِ الطِّبِّيَة مُتعَاونِينَ عَلى البرِّ والتقوى.

وأن تكون حياتي مِصْدَاق إيمَاني في سِرّي وَعَلانيَتي، نَقِيَّة مِمّا يُشينهَا تجَاهَ الله وَرَسُولِهِ وَالمؤمِنين.

والله على ما أقول شهيدا

كليـــــــة الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH
MARRAKECH
جامعة القاضي عياض
UNIVERSITÉ CADI AYYAD

سنة 2019 أطروحة رقم 104

رهانات الطب النفسي الرابط : دراسة استقصائية على توقعات الأطباء الغير النفسيين في المستشفى الجامعي محمد السادس

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2019/06/21

من طرف

السيدة : يسرى بنونة

المزدادة في 1993/10/15 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الطب النفسي الرابط- الأطباء الغير النفسيين -المصالح الطبية الجراحية-التوقعات

اللجنة

السيد	**ح.سعيدي** أستاذ في جراحة العظام و المفاصل	**الرئيس**
السيدة	**ف.منودي** أستاذة في طب النفس	**المشرف**
السيدة	**ف.عصري** أستاذة في طب النفس	**الحكام**
السيد	**ع.بنعلي** أستاذ مبرز في الطب النفسي	