

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 31 octobre 2013 à Poitiers
par Maïté CELHAY

**La psychiatrie de liaison au C.H.U. de Poitiers :
étude de l'activité du service de
l'Unité de Consultation Médico-Psychologique sur l'année 2012**

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Membres : Monsieur le Professeur Roger GIL
Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Directeur de thèse : Madame le Docteur Mélanie VOYER



Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (**surnombre**)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre**)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(**de septembre à décembre**)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (**surnombre**)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOU Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONToux Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

A Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON, Professeur des Universités,

Vous me faites le grand honneur de présider ce jury,

Pour votre enseignement riche et passionnant,

Pour la promotion que vous faites de la psychiatrie clinique,

Pour votre humilité et votre grande disponibilité,

Pour m'avoir transmis votre goût pour la psychiatrie d'urgence et de la psychiatrie de liaison,

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon grand respect.

A Monsieur le Professeur Roger GIL, Professeur émérite,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

Pour ce que vous avez offert à l'université de Poitiers,

Pour votre regard éclairé sur la médecine et l'éthique,

Pour vos interventions toujours brillantes,

Recevez ma profonde admiration.

A Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL, Professeur des Universités,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

Pour la qualité de votre enseignement en pédopsychiatrie,

Pour la transmission de votre expérience à vos élèves,

Pour votre accessibilité et votre franc-parler,

Soyez assuré de mon immense gratitude.

A Madame le Docteur Mélanie VOYER, Praticien Hospitalier,

Mélanie, tu as accepté de diriger ce travail,

Tu m'as guidé avec bienveillance,

Tu as su me communiquer ta force et ta sérénité quand j'en avais besoin,

Tu n'as jamais douté (en tous cas tu ne me l'as jamais fait sentir!),

Tu t'es montré disponible et patiente, malgré la préparation d'un heureux évènement,

J'admire ton implication à l'UCMP, tes connaissances et ta simplicité,

Pour tout cela et mille autres choses, je te remercie profondément,

Et te souhaite beaucoup de bonheur pour l'avenir.

Aux maîtres qui m’ont également beaucoup appris,

Le Professeur Marcelli, Le Professeur Consoli, Le Professeur Hardy, Le Professeur Jousset.

A ceux qui m’ont aidé à trouver mon chemin,

Les Doc’s Louis Tandonnet, David Duga (dit « Le Poulpe ») et Guillaume Davignon, le Dr Myriam Added, le Dr Gully, le Dr Bendi’ (ceinture et bretelles).

Aux écrits du Docteur Ruffo, mes premières lectures de psychiatrie quand étant ado,

A l’UCMP, évidemment, qui fait un travail extraordinaire, j’espère vous le montrer dans ce travail,

Plus qu’un service, une petite famille, qui a beaucoup compté pour moi et à qui je voulais rendre hommage : la « Touffe » ne vous oubliera jamais !

Ses infirmières à toutes épreuves : Myriam, Zabeth, Patricia, Laure. Et Corinne..

Ses secrétaires extras : An’Do et Natach. Le cadre, Emmanuel ! et le placard à balais..

Aux services qui m’ont accueilli, par ordre chronologique :

Primevère 2 d’Angoulême, le Dr Hoppe hop hop.

Le Post Urgence de La Rochelle,

3 psy incroyables : Jackie Leseigneur, humaine et dévouée ; Cathy Sourrisse, haute en couleurs ; Cécile Dufresne, douce et rassurante. Des infirmiers inoubliables : ma Carole, Manu, Alain, Delphine... Sa secrétaire « douce farniente » !

Le pavillon Tony Lainé, à Poitiers.

La neurologie de La Rochelle,

Une expérience vraiment différente de la psy et grandissante!

Un grand merci au Docteur Dumas !! Au Dr Vincent, Xavier Vandamme, Dr Ann, Sarah Longe. Anne-Lise ma super co-interne. L’armée d’infirmières, merci de votre confiance les filles.

L’UAMP de Poitiers,

Une équipe courageuse, toujours présente pour des patients souvent éprouvés par la vie,

Au Docteurs Delcoustal et Lubochinsky et leurs alliés du quotidien : l’équipe infirmière (Alain, Alexandre, Aurélie, Charlotte, Evelyne...)

La pédopsy de Poitiers et la maternité du CHU,

Dr Florence Raffenau, grande psy des tout-petits ; Vanessa, sage-femme top ; Violette et tout le CMP Pré médard !

Le pavillon Minkowski, secteur 1 à Poitiers,

Une année extraordinaire ! Du peps, de la générosité, des rires, de l'humanité, des heures, des entretiens clinique, de la vie et surtout du bon boulot!

Merci au Dr Guyonnet, chef de service incroyable, et son équipe de médecins tous aussi charismatiques et inforgatebols: Carole Chevalier, Steve Lafaurie, Bruno Lahely, Perrine Mas, Dominique Sautel, Henri Schmitt. Mes co-internes, Laura et Clarisse.

Les équipes de Scévolle « C'est bien dommage ! » (Stéphanie, Fabienne, Sandra, Sandrine, Kiki et ses imitations tordantes, David, Richard, Anne-Lise, Julien « la raie », Cyril, Laetitia, Aurélie, Alban, Coralie, Emmanuel..), de Mirandes (Virginie, Carole, Vincent, Francis et autres, Clarisse, Josselin, Nath', Gwen', Bernadette, Bérangère, Jean phi), de Massigny (Nacera, Maïté, Jean-Luc, Virginie) et du CMP. Les cadres, Corine, Aurélie et Evelyne !

A tous ceux qui m'ont aidé dans ce travail de près ou de loin,

Notamment M. Vincent du centre de documentation, le Dr Bouet et M. Pigeot du DIM, Wala statisticienne à l'URC.

A mes camarades de psychiatrie :

Du 1^{er} semestre à Angoulême : Aurore P. et Aurore D., Guillaume, le p'tit grég..., Geoff, maman Gégé et Jean, MJ, Justin et minie ;

De promo : Cécile, Lyes le marseillééé, Mérouane, Edouard, François, Elodie.

Les aînés : Marc, Alexia, Laure, Anne'So, Pauline.

Les plus jeunes : Maxime, Sandy, Virginie, Floriane, Mathilde, Camille, Marion la rescapée de chir, Brice, Marlène, Louise et tous les autres !

Soso notre nounou !

A nos patients.

A mes anciens collocs,

mais toujours amis, et pour toujours : Bigou, Coco et Sandy, Maké et Amélie, Gaëlle et Jérôme, Merci pour cette expérience unique, pour la vie de château et ces instants de vie partagés, le « cuir et moustache », nos séances « Somebody that I used to know », et cette phrase qui vient clore toutes nos discussions mais que je peux décemment pas écrire ici !

Aux copains de Poit-poit :

Toofik, vieux pote de toujours et partout, Vince et Ophel leur petit Ar(t)iste leur enthousiasme et leur générosité, Rég'(ine) Manou, Chachou, Paul Abdul, Maxence, Laura, Augustin, Juju, M'Othman, Laurent et Mél. Le clan des anesth-réa (Karen, Hélène, les Elodies, GG, Mazok... !)

Aux Bordelais et La banda médecine de Bordeaux, Los Teoporos, pour tous ces moments de partage et de grande inspiration !

Wally, une amitié incroyable et inoxydable, et Hélène ; Chakiboule, THE confrère barjologue, Cam-cam et la petite Elise ; Jouboul attaque attaque attaque, la Dartos family, mon Polo et Marie, Bertouille, Urine, Maylis, Jeannot, Crocky, Tony, Lolo et mes camarades de P1.

A Los de Seiche, Marco, Briscar et les autres : au passé et à l'avenir !

Aux fillotes, une amitié qui a commencée il y a plus de 18 ans, vous retrouver me fait toujours autant de bien, merci d'être encore là !

Pour « la colline » ; nos virées en scooter et nos histoires adolescentes, nos larmes partagées avec amitié, ce regard affectueux que chacune porte sur les autres, pour ces chemins uniques et extraordinaires que vous avez toutes su trouver, pour ces milliers de souvenirs que nous partageons et votre soutien dans mes moments de doute,

Rivas, Maria, Pupuce, Ju L., La Bech, Delf et Mure !!!!

A vos supers mecs et bébés : Erwan et Mael, Clem', Romain, Patx, Balta et Marilou, Nab' et Deyna.

A Matthieu,

Mon petit cœur, et grand amour,

Aujourd'hui c'est mon tour, tu m'as soutenu avec patience. Main dans la main, grimpons cet escalier, qu'elle que soit la hauteur des marches, à tes côtés je n'ai peur de rien !

Pour ton humour, ton goût de bien faire et ta ténacité, ta générosité, ta théorie de *La bière de fin de soirée*, tout ce que tu m'as fait découvrir, ta complicité et les «Hoo comme c'est joli ! »,

Pour ton amour, ta lumière, et tout le reste... Maïté Zaïtut

A toute ma famille, toujours soutenante et curieuse envers mes études,

A Bastinou,

Frérot, tu comptes pour moi bien plus que tu ne l'imagines! Penser à toi me donne beaucoup de force et je t'en remercie, ne doute jamais de toi ; que la vie t'apporte le bonheur que tu mérites.

A mes parents,

Pour votre amour, votre soutien inconditionnel, votre compréhension, et tous nos moments de joie,

Pour m'avoir soutenu matériellement durant ces « quelques » années d'études, et pour mille autres choses,

Maman, ton dévouement et ta douceur me donnent l'envie de te rendre toujours plus fière et plus heureuse,

Papa, je me souviendrais toujours de cette discussion où tu m'as permis de comprendre que ces études étaient peut-être faites pour moi et que tu m'as donné l'audace d'y croire, je n'en serais pas là sans toi...

A mon grand-père et son désir de transmettre, à **mes grands-parents** et **arrière-grand-mère** disparus.

A mes oncles, tantes et myriade de cousins géniaux.

A ma belle-famille, Danièle, Mag Steph et les petits.

« Ils ne savaient pas que c'était impossible, alors ils l'ont fait. »

Mark Twain

Sommaire

Sommaire	1
Index des figures	4
Index des tableaux	5
Liste des abréviations	6
Introduction	7
I. La psychiatrie de liaison.....	9
I.1. Généralités	9
I.1.1. Rappel historique et individuation de la discipline	9
I.1.2. Définition de la psychiatrie de liaison.....	10
I.1.3. Modalités de collaboration.....	11
I.1.4. Intérêt actuel.....	15
I.1.5. Particularités cliniques	16
I.1.6. Situations cliniques fréquentes et propres à la psychiatrie de liaison	33
I.2. Le service de psychiatrie de liaison à Poitiers : l'UCMP.....	43
I.2.1. Historique.....	43
I.2.2. Structure et fonctionnement	44
I.2.3. Les services bénéficiant des interventions de l'UCMP.....	47
II. L'étude	48
II.1. Justification et but de l'étude	48
II.2. Objectifs et critères d'évaluation de l'étude	51
II.2.1. Objectif principal de l'étude	51
II.2.2. Objectifs secondaires de l'étude	51
II.2.3. Critère d'évaluation principal	51
II.2.4. Critères d'évaluation secondaires	51
II.3. Patients et méthode	52
II.3.1. Population étudiée	52
II.3.2. Méthode et déroulement de l'étude	52

II.4. Critères d'inclusion et de non inclusion	52
II.4.1. Critères d'inclusion.....	52
II.4.2. Critères de non inclusion	53
II.4.3. Critères d'exclusion.....	53
II.5. Recueil des données.....	54
II.6. Analyses statistiques.....	65
II.7. Résultats.....	65
II.7.1. Sujets inclus dans l'étude.....	65
II.7.2. Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée	66
II.7.3. Caractéristiques cliniques des patients	68
II.7.4. La demande adressée par les services du CHU	70
II.7.5. La réponse de l'UCMP	78
II.7.6. Les événements ultérieurs.....	90
III. Discussion	94
III.1 Résultats principaux	94
III.1.1. Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon	95
III.1.2. Caractéristiques cliniques de l'échantillon.....	100
III.2. Résultats secondaires.....	103
III.2.1. Caractéristiques des demandes formulées par les services du CHU	103
III.2.2. Caractéristiques des réponses proposées par l'UCMP	114
III.2.3. La trajectoire des patients après l'hospitalisation.....	132
III.3. Points forts et limites.....	135
III.2.1. Points forts.....	135
III.2.2. Limites.....	137
III.4. Perspectives et discussion institutionnelle.....	138
III.4.1. A propos des patients	138
III.4.2. L'équipe de l'UCMP	140
III.4.3. Favoriser le lien avec les équipes du CHU.....	142
III.4.4. Améliorer l'organisation des soins psychiques au CHU	143

III.4.5. Concernant la recherche	146
Conclusion.....	147
Bibliographie	148
Annexes.....	152
Annexe 1 : Critères diagnostiques des troubles anxieux selon le DSV-IV (excepté les troubles phobiques)	152
Annexe 2 : Le bon de demande adressé par les services du CHU.....	156
Annexe 3 : Feuille d’observation utilisée par l’UCMP	158
Annexe 4 : Aperçu de l’interface du logiciel médicale CORTEXTE	162
Annexe 5 : Grille de recueil des données	163
Annexe 6 : Plaquette du CMP de Poitiers	167
SERMENT	168

Index des figures

Figure 1. Modèle de la porte tournante comme métaphore du processus de changement face à un problème de santé chronique (adapté d'après JO Prochaska et CC Di Clemente) [7]	42
Figure 2. Flux des patients dans l'étude.....	66
Figure 3. Les antécédents psychiatriques des patients	68
Figure 4. Répartition des prises en charges parmi les 267 patients qui bénéficiaient d'une prise en charge antérieurement	69
Figure 5. Répartition des types d'intervention.....	74
Figure 6. Type d'intervention dans les 4 services les plus demandeurs	75
Figure 7. Répartition par sexe des patients selon les types d'intervention.....	77
Figure 8. Répartition des 4 diagnostics les plus fréquents, en fonction du sexe	80
Figure 9. Répartition des diagnostics posés pour les patients rencontrés du fait de la présence d'antécédents psychiatriques	82
Figure 10. Actions réalisées par l'UCMP en fonction des 4 diagnostics les plus posés.....	84
Figure 11. Répartition des différents traitements psychotropes proposés à la prescription	85
Figure 12. Orientation proposée aux patients rencontrés en 2012	88
Figure 13. Orientation proposée pour les patients ayant reçu l'un des 4 plus fréquents diagnostics posés	89

Index des tableaux

Tableau 1. Classification des interventions effectuées en psychiatrie de liaison [10].....	13
Tableau 2. Modèle transactionnel du stress basé sur les trois niveaux de Lazarus et Folkman [18].....	20
Tableau 3. Stratégies d'ajustement devant une maladie somatique [22]	23
Tableau 4. Les critères diagnostiques du Trouble de l'adaptation selon le DSM-IV	29
Tableau 5. Les différents types de trouble de l'adaptation selon le DSM-IV et la CIM 10.....	29
Tableau 6. Tâches du médecin destinées à accompagner le patient à chaque stade de son processus de changement [7].....	42
Tableau 7. Les services du CHU de Poitiers bénéficiant des interventions de l'UCMP	47
Tableau 8. Catégories de diagnostics posés selon le DSM-IV-TR et leurs intitulés abrégés utilisés dans l'étude.....	60
Tableau 9. Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée	67
Tableau 10. Classement des services demandeurs en fonction du nombre de demandes	71
Tableau 11. Motif de la demande formulée par les services du CHU auprès de l'UCMP.....	73
Tableau 12. Les types d'interventions par services	76
Tableau 13. Types d'intervention par sexe	77
Tableau 14. Diagnostics établis pour les patients de la population totale étudiée et selon le sexe	79
Tableau 15. Diagnostics établis par l'équipe de l'UCMP en 2012, pour les patients des 4 services ayant le plus de demandes d'avis spécialisé	81
Tableau 16. Durée de prise en charge des patients selon les diagnostics posés	87
Tableau 17. Nombre de patients ayant honoré l'orientation CMP et taux de consultation CMP par diagnostic posé	91
Tableau 18. Nombre de suivis itératifs par diagnostic posé et taux de suivis itératifs par diagnostic...	93

Liste des abréviations

APAIS	Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale
CHL	Centre Hospitalier Henri Laborit
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CI	Contre-indication
CMP	Centre Médico Psychologique
DIM	Département d'Information Médicale
ELSA	Equipe de Liaison Spécialisée en Addictologie
ET	Ecart-type
ETP	Equivalent Temps Plein
HEP	Hospitalisation en psychiatrie
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
NR	Non renseigné
SI	Soins Intensifs
STAI	State and Trait Anxiety Index
STAIC	State and Trait Anxiety Index for Children
TS	Tentative de suicide
UAMP	Unité d'Accueil Médico Psychologique
UCMP	Unité de Consultation Médico Psychologique

Introduction

Au moment où il existe une spécialisation médicale et chirurgicale de plus en plus pointue, la demande des soignés et des soignants va vers une prise en compte de la personne dans sa globalité.

C'est dans cette perspective que s'inscrit la psychiatrie de liaison, dont le champ se situe à l'interface de la psychiatrie et de la médecine dite somatique. Elle se particularise, à l'intérieur du courant de la psychiatrie générale, sous l'influence du contact permanent avec la médecine somatique, par son pragmatisme et l'intérêt authentique qu'elle accorde systématiquement à la dimension biologique et physique. A l'inverse, grâce à ses racines ancrées dans la psychiatrie, elle se distingue des autres disciplines médicales par la prise en compte tout aussi systématique des aspects psychologiques et sociaux, et par le souci de les intégrer aux données somatiques [1].

La psychiatrie de liaison permet la prise en charge des différents troubles psychiatriques des patients hospitalisés dans les services de Médecine - Chirurgie - Obstétrique (MCO), ainsi que la sensibilisation et le soutien des équipes, dans la gestion des problèmes émotionnels et relationnels avec les patients. Certains aspects psychopathologiques individuels ou systémiques sont alors mieux intégrés au travail multidisciplinaire, contribuant à améliorer la qualité de la relation entre l'équipe soignante, le patient et sa famille [2].

L'implication des maladies somatiques dans la genèse des troubles mentaux, ainsi que celle des facteurs psychologiques et facteurs de stress dans le déterminisme de certaines affections organiques, expliquent la fréquence de cette comorbidité. Ils traduisent la complexité des situations observées en psychiatrie de liaison [3]. Celle-ci est appelée à rencontrer une grande variété de troubles psychiatriques chez des patients souffrant d'affections médico-chirurgicales parfois extrêmement lourdes.

Le stress et l'anxiété occupent une place particulière dans de telles situations. Dans notre première partie, nous avons souhaité faire un point tout particulier sur de telles singularités, ainsi que sur le trouble de l'adaptation, dont le diagnostic semble être plutôt l'apanage de la psychiatrie de liaison que de la psychiatrie hospitalière.

Outre l'intérêt actuel d'une approche globaliste, d'autres phénomènes conduisent à une demande croissante de consultations dans ce domaine : vieillissement de la population, importance des pathologies chroniques, complexité de la prise en charge de certaines maladies organiques, surspécialisation des médecins, technicité accrue, et multiples problèmes psychologiques sociaux et éthiques.

Définir les moyens, dont doit disposer l'activité de psychiatrie de liaison à l'hôpital général et mieux la planifier, suppose qu'en soient connus les besoins. En psychiatrie de liaison, la littérature est abondante sur le plan théorique, mais très peu fournie en données statistiques et épidémiologiques. Réaliser des travaux épidémiologiques permettant de définir les champs d'intervention, et déterminer les besoins en matière de psychiatrie de liaison dans notre système de soins, semble donc essentiel.

Dans notre étude, nous avons donc cherché à faire l'état des lieux de la psychiatrie de liaison au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers, à travers la description du profil général et clinique des patients qui sont rencontrés par son service de psychiatrie de liaison, l'Unité de Consultation Médico-Psychologique (UCMP), et de l'activité de cette dernière sur une année.

I. La psychiatrie de liaison

I.1. Généralités

I.1.1. Rappel historique et individuation de la discipline

La psychiatrie s'est constituée en discipline autonome, au cours du XIX^e siècle, avec la création d'asiles situés à l'extérieur des villes, dirigés par des médecins « aliénistes ». Ces établissements précurseurs des futurs hôpitaux psychiatriques, étaient destinés à l'accueil des « aliénés », malades mentaux considérés comme incurables. Au Moyen-âge, un petit nombre « d'insensés » étaient admis et soignés dans les hôpitaux généraux, comme l'*Hôtel-Dieu* de Paris : ceux dont la folie était manifestement liée à des désordres physiques et semblaient guérissables. S'ils ne s'amélioraient pas, ils étaient dirigés vers des lieux d'internement. L'émergence d'une discipline située à l'interface de la médecine et de la psychiatrie, la psychiatrie de liaison, sera fondée sur la rencontre des deux phénomènes :

- D'un côté, les hôpitaux généraux continuent de recevoir et de devoir traiter, qu'ils le veuillent ou non, des patients souffrant de troubles psychiques liés ou surajoutés à une affection physique.
- D'autre part, au début du XX^e siècle, la psychiatrie étend son champ d'intérêt à d'autres domaines de « l'aliénation », comme la « névrose » et les « troubles psychosomatiques ».

Au XX^e siècle, la présence de psychiatres à l'hôpital général sera donc souhaitée à la fois par les médecins somaticiens, qui demandent une aide pour les traitements des patients psychiatriques dont ils ont à s'occuper, et par certains psychiatres qui y découvrent un champ d'investigation et d'action fascinant.

La psychiatrie à l'hôpital général serait apparue tout d'abord aux États-Unis.

C'est Henry qui publie, en 1929, le premier article décrivant les principes de ce qui deviendra ensuite la psychiatrie de liaison. Il met en avant deux règles que le psychiatre consultant à l'hôpital général se doit de suivre afin d'être entendu et compris, à savoir : ne pas utiliser de jargon psychiatrique tout en restant flexible quant aux choix thérapeutiques.

La Fondation Rockefeller finance, en 1934, 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 « liaison » dans la littérature, en 1939 [1]. Il publie, en 1941, un bilan de l'activité de son service. Il insiste sur l'utilité concrète du service notamment par les économies financières qu'il permet de réaliser.

Lipowski organise, quant à lui, dès 1959, le premier service de consultation-liaison du Canada, à Montréal. Il rédige un article tripartite en 1967-1968, qui apparaît comme fondateur du courant aux États-Unis, avant de s'étendre en Europe [4].

La psychiatrie de liaison se développe alors dans de nombreux pays, au cours des années 1970 [5].

En France, la psychiatrie à l'hôpital général s'organise à cette même époque, d'abord autour du problème des urgences psychiatriques, objet du travail de Grivois à l'*Hôtel-Dieu* à Paris [6].

Le premier manuel de psychiatrie de liaison est édité en 1978 sous la direction de Hackett et Cassem, sa deuxième édition date de 1987 [1, 7].

1.1.2. Définition de la psychiatrie de liaison

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 bio-psycho-social.

La psychiatrie de liaison est une discipline qui met à disposition des services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO) d'un hôpital général, les compétences des professionnels de la souffrance psychique et de la santé mentale, pour répondre aux besoins des patients, de leur entourage, et des soignants qui en ont la charge.

Comme le fait remarquer Zumbrunnen [1], « *La psychiatrie de liaison, qui met au service de la médecine « somatique » les compétences de la psychiatrie, et contribue à maintenir cette dernière dans le champ de la médecine, a incontestablement joué un rôle crucial dans le rapprochement qui se manifeste depuis une vingtaine d'années* ». Et l'auteur poursuit : « *La psychiatrie de consultation-liaison peut être définie comme la partie de la psychiatrie qui s'occupe de troubles psychiatriques se manifestant chez les patients des autres disciplines médicales* ». Mais il nuance et précise aussitôt son propos en remarquant que dans la majorité des cas, il s'agit plus de difficultés psychologiques secondaires à une affection physique que de

véritables troubles psychiatriques, et en rappelant que la psychiatrie « de liaison » vise autant les patients (et/ou leur famille) que les équipes soignantes qui en ont la charge [7].

Même si le terme de « psychiatrie de liaison » est le plus utilisé en France, celui de « psychiatrie de consultation–liaison », traduction de la dénomination américaine *consultation–liaison psychiatry*, a l'avantage de souligner la bipolarité fondamentale de toute intervention en psychiatrie de liaison, avec une activité de consultation et une activité de liaison.

I.1.3. Modalités de collaboration

En fonction de l'objet et du but de l'intervention psychiatrique, de la relation entre le somaticien, le psychiatre et le patient, et enfin la responsabilité thérapeutique, il existe différentes modalités de collaboration entre le psychiatre et les somaticiens. L'ensemble constitue l'activité de psychiatrie de consultation-liaison.

Dans la *consultation* psychiatrique au sens médical habituel, le psychiatre est sollicité pour donner un avis de spécialiste à visée diagnostique ou thérapeutique, à propos d'un patient donné. Le psychiatre consultant n'est responsable que de la qualité de son avis. La consultation implique un contact direct avec le patient. Dans le contexte de l'hospitalisation, le patient n'est que rarement le demandeur de la consultation psychiatrique. Il doit donc avoir été informé au préalable de la visite du psychiatre et des objectifs de la consultation [2].

Dans la *liaison* au sens étroit, le psychiatre intervient auprès du médecin somaticien ou des autres soignants, et non auprès d'un patient. Cette activité se définit comme l'intervention spécialisée centrée sur la problématique d'un patient, mais en l'absence de celui-ci. Elle consiste donc à discuter autour de situations cliniques concrètes, des problématiques psychologiques, relationnelles et / ou éthiques, et de leur incidence sur la prise en soin du patient. Le travail de liaison permet ainsi d'aider l'équipe soignante dans des relations difficiles avec des patients et / ou leurs proches. Elle permet, en outre, de formuler des hypothèses en terme psychopathologique et d'en discuter les implications dans la mise en œuvre du projet de soin et des modalités de traitement et d'encadrement. L'interaction entre les soignants et la confrontation de leurs savoirs implicites permet d'élaborer des stratégies d'intervention et de soin communes, compatibles et cohérentes avec le mode de fonctionnement psychologique

supposé ou constaté du patient [2]. Son intervention comprend également l'enseignement et la sensibilisation des équipes [1].

En pratique, ces deux pôles sont étroitement intriqués et font l'objet de controverses quant à leur importance respective. En fait, la psychiatrie de liaison 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. Comme le souligne Chocard [8], la psychiatrie de liaison est une discipline comportant trois grands types d'activités :

- une activité clinique ;
- une activité pédagogique, 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 [9].

Les interventions proposées à l'hôpital général au titre de la psychiatrie de liaison sont extrêmement diversifiées, avec notamment, comme le souligne S.-M Consoli [10] :

- des interventions à caractère diagnostique
- des interventions à caractère thérapeutique
- des interventions à caractère pragmatique
- des interventions à caractère multidisciplinaire
- des actions à caractère pédagogique
- des interventions à caractère scientifique

Celles-ci sont détaillées au sein du tableau 1.

Tableau 1. Classification des interventions effectuées en psychiatrie de liaison [10]

Interventions à caractère diagnostique
- Etablissement ou confirmation d'un diagnostic psychiatrique chez un patient souffrant par ailleurs d'une affection organique. - Contribution au diagnostic différentiel entre, d'une part, troubles somatiques liés à une affection organique et d'autre part, troubles somatoformes sans organicité sous-jacente (conversion hystérique, « somatisation » au sens du DSM IV, hypochondrie), manifestations somatiques de troubles mentaux spécifiques (attaques de panique, dépression), voire lésions somatiques auto-induites (maladies factices ou « pathomimies »), ou encore troubles somatiques allégués (simulation, mythomanie, syndrome de Münchhausen). - Recherche d'un psycho-syndrome organique d'origine cérébrale lésionnelle, métabolique, toxique ou iatrogène, en particulier lorsque manque la composante confusionnelle. - Recherche d'une détérioration intellectuelle. Etude des fonctions cognitives, voire évaluation restreinte des seules capacités mnésiques.
Interventions à caractère thérapeutique
- Prescription d'un traitement psychotrope ou conseil sur la justification du maintien, la posologie souhaitable, la modification d'un traitement déjà en cours. - Pose de l'indication d'une psychothérapie ou d'autres techniques thérapeutiques spécifiques (relaxation, thérapie cognitivo-comportementale, etc.). - Médiation entre l'équipe médico-chirurgicale et les structures psychiatriques déjà engagées dans la prise en charge d'un patient présentant un « passé psychiatrique » (service de secteur psychiatrique, dispensaire d'hygiène mentale, psychiatre privé, psychothérapeute). Reprise de contact avec la structure psychiatrique en cas de rupture du lien thérapeutique. « Accompagnement » du psychotique chronique admis à l'hôpital général pour motif médico-chirurgical. - Animation ou participation à des groupes de parole de patients, soit internes à un service, soit liés à un mouvement associatif, mais se déroulant à l'intérieur de l'hôpital, à l'usage de patients hospitalisés ou ambulatoires.
Interventions à caractère pragmatique
- Orientation d'un patient sur une structure de soins psychiatriques du même hôpital, si besoin après rédaction d'un certificat médical motivant l'hospitalisation à la demande d'un tiers. - 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. Accueil de l'entourage. Discussion commune, le cas échéant avec le patient et son entourage. Orientation à envisager en cas de décision de sortie de l'hôpital. - Organisation de l'admission en médecine et suivi, tout au long de l'hospitalisation, d'un patient présentant un trouble dépressif ou justifiant un sevrage d'une dépendance à l'alcool, aux benzodiazépines ou à l'héroïne, voire un sevrage d'un traitement substitutif aux opiacés.

Interventions à vocations multidisciplinaires

- Compréhension des motifs conduisant un patient à négliger l'observance de son traitement pharmacologique ou de son régime, ou à refuser des soins, des examens complémentaires prévus (prises de sang, examens endoscopiques, etc.), voire une intervention chirurgicale programmée. Collaboration avec l'équipe médico-chirurgicale pour mieux faire comprendre au patient l'intérêt de certains examens ou soins et pour l'encourager, si besoin, à les accepter.
- Consultations conjointes associant un psychiatre (ou un psychologue) et un somaticien, destinées à l'évaluation du trouble et à la définition d'un protocole thérapeutique devant certains symptômes somatiques (douleurs, dysfonctionnements sexuels, troubles somatoformes, surcharge pondérale, etc.).
- «Accompagnement» d'un patient présentant des troubles psychologiques liés à l'adaptation à un problème de santé physique (anxiété, dépression, troubles du sommeil, manifestations caractérielles, etc.), tout au long de son hospitalisation, voire après sa sortie.
- Préparation à une intervention chirurgicale majeure (greffe d'organe) et réalisation, le cas échéant, d'un bilan psychologique préopératoire.
- Contribution à une prise en charge « globale » (ou « bio-psycho-sociale ») d'un patient dont les troubles somatiques paraissent favorisés ou rythmés par des événements de vie éprouvants, une situation de stress, un terrain psychologique prédisposant. Une telle mise en relation définit la « démarche psychosomatique », au sens strict du terme.
- Participation au staff médical au cours duquel le cas d'un patient difficile est discuté.

Interventions à caractère pédagogique

- Relation de conseil et de 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 et au contexte psychosocial d'un patient, au besoin 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 prévention destinées aux patients.
- Exposé synthétique sur un thème, effectué dans un service de médecine ou de chirurgie, dans une visée didactique (le « suicide », la « plainte douloureuse », le « refus des soins », etc.).

Interventions à caractère scientifique

- Participation à une séance de bibliographie d'un service de médecine ou de chirurgie.
- Participation à un travail de recherche impliquant un recueil systématique de données, l'utilisation de questionnaires, le recours à des tests psychologiques, etc.
- Rédaction d'une publication scientifique signée en commun avec des somaticiens de l'hôpital ou communication scientifique à partir d'un travail effectué en collaboration.

I.1.4. Intérêt actuel

Au moment où existe une spécialisation médicale et chirurgicale de plus en plus pointue, la demande des soignés et des soignants est en faveur d'une prise en compte du sujet dans sa globalité. Les aspects psychologiques et troubles psychiatriques sont loin d'être l'exception. Les équipes médicales sont demandeuses d'une collaboration avec une équipe de psychiatrie de liaison [11]. La psychiatrie de liaison doit en effet son essor croissant à un double mouvement symétrique :

- De médicalisation (ou re-médicalisation) de la psychiatrie,
- Mais également de psychologisation de la médecine, ou du moins de la tendance inexorable de la médecine du corps, justement parce que de plus en plus technique, scientifique et spécialisée, à préserver une approche globale et à intégrer une réflexion sur des valeurs morales et sociales [10].

Les réactions psychiques aux maladies physiques ont fait l'objet d'une littérature abondante. La maladie y est envisagée tantôt comme un traumatisme psychologique, un stress, une crise, tantôt comme entraînant une modification du schéma corporel ou de l'économie libidinale.

Le psychiatre de liaison ne saurait se réclamer d'un seul courant théorique, à l'exclusion des autres. La diversité des problèmes qui lui sont soumis est telle qu'aucun modèle ne pourrait à lui seul répondre à tous les problèmes cliniques. La psychiatrie de liaison se veut avant tout pragmatique, désireuse de mettre au service des médecins et des patients somatiques, les connaissances et techniques psychiatriques concrètement utiles.

Parmi les comorbidités justifiant le recours au psychiatre de liaison, le dépistage d'une symptomatologie dépressive en milieu médical reste une priorité et continue d'être effectué de manière insuffisante. Or la présence d'une symptomatologie dépressive chez les patients exprimant une plainte somatique peut offrir aussi l'opportunité de dépister une pathologie physique parfois sévère, les psychiatres de liaison pouvant se mettre ainsi au service d'une démarche diagnostique médicale plus efficiente [12].

Nous disposons de nos jours de nombreuses données épidémiologiques indiquant une surconsommation de soins médicaux chez les patients présentant une comorbidité dépressive. Un exemple parmi d'autres concerne le devenir de patients insuffisants cardiaques. Ceux qui sont déprimés au cours d'une hospitalisation initiale ont un risque significativement plus élevé d'être ré-hospitalisés dans les 6 à 12 mois de leur sortie du service de cardiologie [13].

En effet, les patients présentant une comorbidité, hospitalisés en MCO, présentent en moyenne des pathologies somatiques plus sévères que les patients MCO sans comorbidité psychiatrique associée [13, 15]. L'existence d'une symptomatologie dépressive (et pas obligatoirement d'un diagnostic associé d'épisode dépressif majeur) constitue un facteur pronostique péjoratif dans les suites d'un infarctus du myocarde. Des données récentes laissent cependant entendre que ce ne sont pas forcément les patients ayant des antécédents psychiatriques de dépression, mais plutôt ceux qui présentent pour la première fois un épisode dépressif dans les suites d'un infarctus du myocarde, qui sont le plus à risque de surmortalité. C'est ce qui pose le problème de la nature même de cette dépression accompagnant l'accident coronaire. Témoignage d'un dépassement des capacités adaptatives, chez une personnalité vulnérable, confrontée au traumatisme de l'infarctus, ou bien de l'étendue de la maladie artérielle et de l'importance des remaniements physiologiques, notamment inflammatoires qui accompagnent l'infarctus, cela orienterait vers le caractère « secondaire » de ces formes de dépression [12].

L'on voit bien ici, par cet exemple, l'importance des intrications du psychique et du physique et la nécessité d'une évaluation fine par un psychiatre formé à la liaison et d'une littérature de qualité, afin de permettre une réponse adaptée.

I.1.5. Particularités cliniques

En psychiatrie de liaison, les praticiens prennent en charge des sujets pouvant souffrir de nombreux troubles psychiatriques. Dans les différents services d'un hôpital général, toutes les pathologies psychiatriques peuvent être rencontrées. Toutefois, des particularités cliniques différencient la pratique du psychiatre. Elles sont développées dans la partie suivante. Effectivement, le stress et l'anxiété semblent occuper une place particulière en MCO, du moins différente en psychiatrie sectorielle. Nous avons souhaité faire un focus particulier sur le trouble de l'adaptation, dont le diagnostic, en pratique, est assez spécifique à la psychiatrie de liaison.

I.1.5.1. Les liens entre troubles psychiatriques et troubles somatiques dans les classifications internationales des maladies mentales

Voici différentes situations qu'il faut distinguer selon la classification de la CIM-10 :

- le trouble psychiatrique est une *conséquence physiologique directe de l'affection médicale* : il doit, dans ce cas, être classé parmi les « troubles mentaux dus à une affection médicale générale » (DSM-IV-TR) ou les « troubles mentaux organiques » (CIM-10). Un dysfonctionnement cérébral (lié à un accident vasculaire cérébral, une sclérose en plaque, une tumeur cérébrale, une maladie de Parkinson, etc.), ou un trouble endocrinien/métabolique sont le plus souvent en cause ;
- le trouble mental est la *conséquence du traitement de la maladie somatique*. Une action physiologique directe du traitement peut être en jeu : elle se traduit alors le plus souvent par un état confusionnel, un trouble de l'humeur, ou un syndrome délirant et / ou hallucinatoire. Lorsqu'un médicament est en cause, le trouble mental doit être classé dans la catégorie des « troubles liés à une substance » (DSM-IV-TR) ou des « troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives » (CIM-10). L'impact psychologique de certains traitements non médicamenteux particulièrement délabrants ou contraignants peut être un élément primordial ;
- le trouble psychiatrique est *lié à l'impact psychologique de la maladie somatique* : il s'agit alors, le plus souvent, de maladies engageant le pronostic vital ou ayant une évolution chronique, douloureuse et invalidante, ou comportant un risque de complications. Ces troubles réactionnels peuvent être diagnostiqués comme « troubles de l'adaptation » lorsqu'ils sont de faible intensité et réversibles au décours de la période de stress. Ils reçoivent, dans les autres cas, un diagnostic psychiatrique spécifique [15].

I.1.5.2. Stress, anxiété et capacité d'ajustement

Les termes de « stress » et d' « anxiété » sont des expressions qu'utilisent fréquemment les patients pour tenter de décrire ce qu'ils ressentent. Ils sont alors employés de façon très floue. Il est primordial de bien identifier à quoi correspond chacun de ces mots.

I.1.5.2.1. Stress et anxiété

Le « stress » est un mot de la langue anglaise courante. En 1890, James évoque la transmission au corps de l'événement émotionnel déclenchant par un « mécanisme réflexe pré organisé » : le processus psychique est secondaire au processus physique. En 1914, Cannon médicalise le terme de stress pour désigner les réactions physiologiques liées aux émotions, puis en 1928, les réactions à toutes les agressions telles qu'elles sont susceptibles de mettre en jeu de manière comparable le système neurovégétatif.

En 1956, le biologiste et endocrinologue hongrois Hans Selye fait paraître le résultat de recherches sur l'animal. Il décrit le « syndrome général d'adaptation », non spécifique, obtenu par la confrontation à divers agents agresseurs. Le binôme « agression / réaction » permet de définir le concept de stress [15].

Le stress est une réaction physiologique permettant à l'organisme de s'adapter face à une agression externe. Il comporte 3 phases successives :

- une phase d'alarme où l'organisme mobilise ses défenses ;
- une phase de résistance où se manifeste l'adaptation à l'agent stressant ;
- et une phase d'épuisement si l'action de l'agent stressant est trop forte ou trop prolongée et que l'organisme ne peut plus y faire face.

Pour réagir aux modifications de leur environnement, la plupart des animaux disposent de deux grands systèmes qui interagissent : le système nerveux et le système hormonal (ou endocrinien). L'interaction des deux systèmes aboutit à la libération de ces hormones, qui sont transportées dans le sang et agissent sur l'organisme.

Les circuits du stress, c'est-à-dire la réaction non spécifique consécutive à toute agression, débutent par l'interprétation subjective du stimulus, par les structures cérébrales qui reçoivent les informations sensorielles. Lorsque les signaux provenant de l'environnement, ou du corps, sont interprétés comme une menace pour l'homéostasie, un signal d'alarme est déclenché. Les différents systèmes endocriniens et neurovégétatifs sont activés par l'agression. Parallèlement se déroule toute la cascade des réactions de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien [16]. Les réactions comportementales aux stressseurs s'expliquent ainsi en partie. Une décharge d'adrénaline est induite, s'en suit une augmentation de l'anxiété et de la vigilance.

Chez les animaux, ces réactions physiologiques s'accompagnent d'un comportement d'attaque ou de fuite, qui vise à soustraire l'organisme à l'agent stressant. Il s'agit du « *fight or flight* ». La réaction de stress peut entraîner un comportement agressif, des réactions de peur, de passivité, et peut aussi inhiber l'appétit [17].

L'héritage de Selye est double, d'une part, il s'agit de poursuivre et d'affiner les recherches sur les conséquences neurobiologiques du stress, d'autre part, la médecine est de plus en plus conduite à prendre en compte, au moins pour certaines maladies, leur dimension de réponse à une agression. Si le stress est défini par le « binôme agression / réaction non spécifique », la maladie résulte de l'addition « agression / réaction non spécifique / réaction spécifique ».

Concernant l'étude de tels phénomènes, l'intérêt n'est pas tant de décrire et catégoriser les situations déstabilisantes (événements de vie, problèmes de santé, tracas quotidiens) ou les dispositions de base d'un individu (traits de personnalité, caractère, tempérament) que de s'intéresser à ce qu'un individu « fait » pour « gérer » de son mieux les facteurs de stress, et aux conséquences que de telles stratégies peuvent avoir sur son niveau d'anxiété, sa qualité de vie, sa santé et son adaptation sociale [18].

Il revient à Lazarus et Folkman d'avoir évoqué un modèle transactionnel. Trois éléments sous-jacents caractérisent ce type de modèle. Tout d'abord, il s'agit d'un modèle qui conçoit la personne et l'environnement dans une relation dynamique, mutuellement réciproque et bidirectionnelle. Des caractéristiques séparées de la personne et de l'environnement convergent pour donner de nouvelles significations via le processus d'évaluation de la situation [19].

Ensuite, ce modèle reconnaît, de manière implicite, un processus impliquant des changements au fil du temps, en différenciant les conséquences immédiates des conséquences à long terme du stress sur l'adaptation. Enfin, le phénomène de stress est conçu comme un processus constamment réitéré au fur et à mesure des situations de confrontation rencontrées dans la vie quotidienne. Les processus intermédiaires sont alors étudiés de manière répétitive et plus ou moins directement.

Les 3 niveaux du stress inclus sont primordiaux dans une perspective transactionnelle. Une vue d'ensemble sur toutes les variables de chaque niveau, incluses dans le processus du stress, est proposée dans le tableau 2.

Tableau 2. Modèle transactionnel du stress basé sur les trois niveaux de Lazarus et Folkman [18]

	Antécédents causals	Antécédents intermédiaires	Effets immédiats	Effets à long terme
SOCIAL	Réseau social Profil culturel Système institutionnel Structure du groupe	Supports sociaux disponibles Moyens sociaux ou institutionnels disponibles pour des améliorations	Perturbations sociales Réponses du gouvernement Pressions socio-politiques Aliénation du groupe	Echec social Révolution Changements sociaux et culturels
PSYCHOLOGIQUE	Variables personnelles : • Valeurs-enjeux • Croyances – postulats, e.g. contrôle personnel, styles cognitifs de coping Variables de la situation : • Demandes de la situation • Imminence • Timing • Ambiguïté • Ressource sociales et matérielles	Vulnérabilités Evaluations-réévaluations Coping : • Centré sur le problème • Centré sur l'émotion • Recherche et utilisation de support social Support social perçu : • Emotionnel • Tangible • informationnel	Sentiments positifs ou négatifs Qualité de l'issue de la situation de confrontation stressante	Moral Fonctionnement dans la vie
PHYSIOLOGIQUE	Facteurs génétiques ou de constitution Conditionnement physiologique (stéréotype individuel de réponse) Facteur de risque pour la santé, e.g. fumer	Ressources immunitaires Vulnérabilité des espèces Vulnérabilité temporaire Imperfections acquises	Changements somatiques (précurseurs de maladies) Maladie aiguë	Maladies chroniques Fonctionnement physiologique altéré Longévité Rétablissement d'une maladie

Dans son écrit sur la relation médecin-malade, S. Consoli explique que, dans la théorie transactionnelle du stress, en tant que processus dynamique mettant en relation une sollicitation perturbatrice et l'ensemble des ressources dont dispose le sujet pour y faire face, le concept de stratégies d'ajustement a émergé comme un concept central, pragmatique et opérationnel [10].

Concernant l'anxiété, sa plus ancienne mention, « *état d'esprit dont tous les humains souhaitent se débarrasser* », est attribuée à un philosophe et homme de lettre du XI^e siècle [20]. L'anxiété est un phénomène très proche de la notion de stress.

En présence d'un danger ou d'une menace, les structures cérébrales impliquées dans les émotions, et qui constituent chez les vertébrés le système limbique, sont activées et produisent la peur. Lorsque le danger disparaît de l'environnement, mais que le sujet continue à penser qu'il va surgir et à en anticiper les conséquences, on ne parle plus de peur, mais d'anxiété ou d'angoisse. Ainsi, l'anxiété est la réaction cérébrale anticipant un danger ou une menace qui n'existe pas ou pas encore. Dans ce cas, les mécanismes en jeu agissent dans le système nerveux central, même si les manifestations de stress qui les accompagnent, comme l'accélération du rythme cardiaque ou la sudation, sont commandées par le système nerveux périphérique. À l'instar du stress, l'anxiété peut favoriser la mémorisation par exemple, ou être excessive et avoir des conséquences néfastes, voire pathologiques.

Ainsi, l'anxiété est un état corporel et psychologique produit par la perception d'une menace ou d'un danger, que ceux-ci soient réels ou imaginés. Cet état comprend trois principales composantes :

- des pensées (cognitions), et des sentiments d'appréhension ;
- des modifications corporelles (tensions musculaires, palpitations, maux de tête, etc.) ;
- des modifications du comportement visible, notamment des mouvements destinés à permettre au sujet d'éviter la situation anxiogène et l'anxiété.

I.1.5.2.2. Capacités d'ajustement

Face à de tels états corporels et psychologiques, le sujet va devoir faire face et tenter de s'adapter. Cette adaptation peut être grossièrement considérée comme la réaction d'un organisme à des sollicitations diverses, réaction qui se fera en fonction de son « adaptabilité ». Celle-ci, selon les écoles et ambitions de compréhension psychopathologiques, pourra être définie en termes de mécanismes de défense, de coping, de ressources, de vulnérabilité. Cette conception schématique permet de considérer une des particularités majeures des troubles de l'adaptation.

De nombreuses classifications ont été proposées pour ordonner de manière cohérente les stratégies d'ajustement (ou de *coping*) d'un individu face aux changements éprouvants de la vie quotidienne, aux stressors de toute nature, et particulièrement face à la maladie.

Le *coping* serait l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux développés par un individu face à une situation stressante [18]. Classiquement, on distingue le *coping* centré sur le problème (qui vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face) et le *coping* centré sur les émotions (qui vise à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation stressante).

Pour Miller [21], dans un contexte menaçant et incontrôlable, comme celui de la maladie organique, les individus manifesteraient deux types de comportement.

Le premier (*monitoring*) consisterait à rechercher de l'information dans le but de diminuer leur incertitude et la détresse qui en résulte. Il se manifesterait par un comportement compulsif pour recueillir de l'information, générant des pensées intrusives et répétitives, amenant le patient à s'auto-examiner. Les sujets ayant ce type de profil seraient plus anxieux, anticiperaient davantage les problèmes, mais seraient plus passifs face à leur traitement. Leur détresse psychologique et les symptômes psychiatriques seraient plus marqués.

Le second type est celui où des stratégies d'évitement (*blunting*) seraient mises en œuvre par le sujet. Celui-ci préférerait recevoir peu d'information sur l'événement menaçant, même lorsque celle-ci est disponible. Il manifesterait une tendance à se distraire, à se relaxer, à consommer de l'alcool ou des médicaments, à recourir à des stratégies cognitives comme par exemple la réinterprétation des faits.

Certaines études tempèrent cette dichotomie en avançant que les personnes qui réussissent le mieux à composer avec la menace sont celles qui obtiennent en fait la quantité d'information adaptée à leur style de gestion du stress.

C. Ray a proposé une autre classification des mécanismes d'ajustements [22]. Le tableau suivant (tableau 3), qui s'en est inspiré, permet, de visualiser les différences individuelles et les modifications dans le temps, chez un même individu, des mécanismes déployés [7].

Tableau 3. Stratégies d'ajustement devant une maladie somatique [22]

Maintien de la conscience des pensées perturbatrices		
Position de toute puissance	Position intermédiaire	Position d'impuissance
Révolte Sentiment d'injustice Revendication agressive Insoumission Résistance passive Négaivisme	Combativité Confrontation Besoin de maîtrise Besoin de s'informer Recherche de solutions responsabilisations	Renoncement Désespoir Résignation Soumission au destin Sublimation, réévaluation (« maladie-épreuve »)
Evacuation de la conscience des pensées perturbatrices		
Position de toute puissance	Position intermédiaire	Position d'impuissance
Déni Minimisation Banalisation Intellectualisation Répression émotionnelle	Fuite Evitement sélectif Refoulement, oubli Déplacement sur d'autres sources de préoccupation Compensation par l'alcool, le tabac, etc.	Délégation de pouvoir aux autres Idéalisation de la médecine Attente d'une solution magique Recherche d'un soutien social

Il y a deux critères principaux de lecture. D'une part, les effets de la stratégie utilisée sur la persistance des pensées perturbatrices dans la conscience et d'autre part le type de position adoptée par le sujet face à la situation stressante.

Chacune de ces stratégies a ses avantages et ses inconvénients. Ainsi, il n'y a pas, *a priori*, de stratégie universelle optimale, mais plusieurs stratégies possibles pouvant être utiles pour un individu donné à un moment donné et éventuellement préjudiciables pour ce même individu à d'autres moments. Des positions de toute-puissance, de révolte ou de déni, sont assez fréquemment déployées lors de l'annonce d'une affection grave ou tout simplement d'un statut lourd de conséquences, tel que les tumeurs cancéreuses. Il est d'ailleurs assez classique de constater, dans un premier temps, des réactions témoignant à la fois d'un besoin aigu de maîtrise et d'une mise à distance d'une réalité insupportable (déni), suivies tôt ou tard par l'intégration progressive de la réalité initialement rejetée (révolte). L'adoption de stratégies « intermédiaires » (confrontation, ou bien encore évitement sélectif), suppose généralement une maturation qui demande du temps et témoigne de l'efficacité du travail de deuil de l'état de santé antérieure (et l'abandon de l'illusion concomitante d'invulnérabilité).

La position « idéale », plus confortable, n'est parfois atteinte qu'après une phase où les défenses rigides initialement activées font place à des stratégies témoignant d'une position de passivité et de soumission à la réalité contraignante. Parfois, une telle position est adoptée d'emblée, chez certains sujets, sans passer ni par une phase de déni, ni par une phase de révolte.

Dans ce tableau, comme le développe S. Consoli dans « Relation médecin-malade » [7], deux groupes de stratégies d'ajustement diamétralement opposés se traduisent par un investissement massif de la relation soignant-soigné : le groupe supérieur gauche (révolte, revendication agressive, etc.) ; et le groupe inférieur droit (délégation de pouvoir aux autres, idéalisation de la médecine, etc.). Il s'avère que les patients du premier type sont habituellement perçus comme des malades « difficiles », et ceux du second type comme des malades « gratifiants », bien que l'insoumission au destin ou au pouvoir médical témoigne, généralement, d'une plus grande vitalité et d'une plus grande force de caractère que les attitudes opposées. Néanmoins, ces deux groupes d'attitudes ont en commun le maintien d'un lien avec autrui face à l'épreuve de la maladie.

Par contre, 2 autres groupes d'attitudes diamétralement opposés impliquent un désinvestissement de la relation soignant-soigné. Ils se traduisent par un enfermement, plus ou moins volontaire, dans un isolement décourageant toute approche. Il s'agit du groupe inférieur gauche (dénî, minimisation, etc.) et du groupe supérieur droit (renoncement, désespoir, etc.). Les patients du dernier type suscitent plus aisément l'empathie médicale, leur désarroi pouvant être interprété comme la réaction compréhensible d'un individu qui est « dépassé par les événements ». Le médecin garde la possibilité de les reconforter, de leur prescrire un antidépresseur, ou de les adresser à un psychiatre.

Le déni, en revanche, est un comportement qui désarçonne tout particulièrement les professionnels de santé. Lorsque ces derniers redoutent que le déni de la maladie ne conduise certains patients à négliger les soins ou à prendre des risques manifestes avec leur santé, il arrive qu'ils essaient de les effrayer afin de « leur ouvrir les yeux ». Cette dramatisation rassure les soignants plus qu'elle ne ramène à la raison les patients. Bien souvent le déni se renforce, à la mesure de l'angoisse de mort et de la hantise de la dégradation qui le sous-tendent.

Un concept vient illustrer le résultat d'ajustement « réussi », quelle que soit la stratégie employée. Il s'agit du concept de résilience. La résilience est un terme qui définit, en mécanique, le degré de résistance d'un matériau soumis à un impact. Ce terme a été repris en sciences humaines pour s'appliquer aussi à l'humain. La résilience est un phénomène psychologique qui consiste, pour un individu affecté par un traumatisme, à prendre acte de l'événement traumatique pour ne plus vivre dans la dépression et se reconstruire.

Boris Cyrulnik la définit ainsi : « *La résilience définit la capacité à se développer quand même, dans des environnements qui auraient dû être délabrants* ».

Toutes ces considérations sur les stratégies d'ajustement adoptées par les patients, tantôt de manière relativement figée et monotone, tantôt de manière souple et changeante, indiquent le rôle primordial joué par le sentiment d'incontrôlabilité de la situation vécue, ou du moins par la menace d'une perte de contrôle face à cette situation.

Diverses échelles ont été construites pour évaluer le coping et ses deux composantes principales : la focalisation sur l'émotion pénible engendrée par la situation de stress, et la focalisation sur le problème. C'est notamment le cas du *Ways of coping check-list* [18] et de sa version abrégée, par Vitaliano, applicable plus particulièrement aux contextes de maladie [23].

La maladie physique est donc un facteur important d'anxiété, comme cela a été mis en évidence dans de nombreuses études, avec parmi les maladies les plus anxiogènes, le cancer, l'existence de douleurs et la prévision d'une intervention chirurgicale lourde. Les expériences chirurgicales antérieures diminueraient l'anxiété en lien avec une nouvelle intervention [24].

Il est souvent difficile, particulièrement en psychiatrie de liaison, de distinguer l'anxiété « normale » réactionnelle à une situation difficile ou stressante, du trouble anxieux clinique au sens où la psychiatrie le définit – notamment avec la classification du DSM-IV. Les différents diagnostics de troubles anxieux, excepté les troubles phobiques, sont développés en annexe (annexe 1).

Le degré de souffrance du patient (ou de son entourage), ou le degré de handicap dans le fonctionnement social résultant de l'anxiété, permet de tracer une limite, plus ou moins arbitraire, entre une réaction normale et un trouble. Le fait de demander de l'aide ou non d'un professionnel de la santé est également un argument en faveur d'un trouble clinique. Parfois, une anxiété dissimulée peut être à l'origine de comportements incompréhensibles pour les soignants. Une exploration systématique des craintes, des pensées et des sentiments du patient peut révéler des éléments sur les fantasmes, l'histoire du patient ou de son roman familial. Ceci permet une meilleure compréhension de la clinique et une intervention plus adaptée au sujet [1].

I.1.5.3. Trouble de l'adaptation

Comme nous l'avons vu précédemment, la capacité d'ajustement face au stress ou à l'anxiété est variable selon les individus. Certains sujets, face à une maladie somatique grave, vont parvenir à une forme de résilience et s'adapter ainsi face à la maladie, mais d'autres vont être submergés par l'anxiété ou d'autres symptômes, ce qui peut alors constituer un véritable trouble psychiatrique (tableau 4).

Historiquement, le concept de trouble de l'adaptation associe la notion d'un trouble transitoire situationnel, en réponse à un facteur de stress ou stressor, touchant les aspects thymiques, comportementaux et professionnels ou scolaires. Les troubles de l'adaptation sont réactionnels et caractérisés par des symptômes de registre émotionnel et comportemental, en réaction à un ou plusieurs stressors qui débordent les capacités d'adaptation du sujet [25]. La morbidité repose sur le constat d'une souffrance ou d'une détresse plus marquée que celle qui serait objectivement attendue en réponse au stressor. Cette réaction est cliniquement significative au point de paraître excessive comparativement à une « réaction normale attendue » face à un contexte stressant. Elle est associée à une altération du fonctionnement de l'individu et ne se résume pas à un problème psychosocial. Il faut reconnaître que cette imprécision générale, et l'absence de lignes directrices précises pour reconnaître l'ensemble des critères constitutifs du trouble, en font un diagnostic peu évident en pratique quotidienne. Des contextes culturels, développementaux et situationnels différents peuvent rendre compte des grandes variabilités interindividuelles de « réactions » plus ou moins tolérées par l'entourage familial, social et médical [15].

I.1.5.3.1. Des facteurs de stress responsables

Lorsque le facteur de stress est un événement brutal, le début de la perturbation survient de façon immédiate et sa durée est le plus souvent relativement courte. Par contre, lorsque le stressor ou ses conséquences persistent, il peut apparaître un trouble de l'adaptation qui peut aussi évoluer vers d'autres troubles mentaux plus sévères (trouble dépressif majeur).

Concernant les facteurs de stress, il existe des variabilités interindividuelles. Un stressor objectif sévère peut avoir seulement un impact modéré sur un individu alors qu'un stressor

minime peut être vécu comme « une catastrophe personnelle » pour un autre. Certains auteurs estiment qu'un stressor récent minime peut avoir un impact additionnel majeur lorsqu'il s'associe à un stressor majeur plus antérieur, qui n'avait, jusqu'alors, pas entraîné de réaction observable [15].

Parmi les facteurs de stress de la vie quotidienne, les plus fréquents sont les difficultés scolaires ou professionnelles et les problèmes familiaux ou sentimentaux. Les facteurs de stress en lien avec la maladie, les explorations, les traitements et l'hospitalisation sont autant de causes possibles à l'apparition d'un trouble de l'adaptation.

Le caractère plurifactoriel de l'adaptation rend complexe la modélisation de la survenue de ces troubles, et en particulier la mise en évidence des facteurs prédictifs de celle-ci. De multiples études ont montré l'importance du soutien social perçu et de l'adéquation des ressources financières aux besoins du patient et de ses proches. Les résultats sont plus controversés en ce qui concerne le soutien familial, et ne paraissent pas fondamentalement différents de ce qui est déjà connu en population générale : la solitude est un facteur de risque, ce d'autant qu'elle fait suite à une séparation (divorce, veuvage). Au niveau somatique, le facteur médical le plus prédictif de détresse psychologique est le retentissement fonctionnel de la maladie et ses traitements : c'est quand le patient est atteint dans sa vie quotidienne et que sa maladie retentit directement sur ses capacités à assumer ses rôles sociaux, familiaux ou professionnels, qu'il y est à la fois le plus exposé et le plus vulnérable. Les critères diagnostiques ou pronostiques liés à l'état somatique n'apparaissent pas directement prédictifs de l'adaptation psychologique, sauf quand ils retentissent sur le quotidien de la personne.

Les symptômes consécutifs à ces facteurs de stress déterminent la clinique et s'observent dans plusieurs registres:

- émotionnel : anxiété, tristesse, retrait affectif, irritabilité, agressivité ;
- somatique : céphalées, douleurs, insomnie, fatigue, sensation de tension ou de déséquilibre, troubles fonctionnels digestifs, cardiovasculaires ou respiratoires ;
- cognitifs : difficulté de concentration et d'attention, trouble de la mémoire à court terme, intrusions de pensée, ruminations mentales, baisse de l'efficacité scolaire ou professionnelle ;
- et comportemental : opposition, fugue, inhibition sociale, isolement, actes délictueux, abus de médicaments ou de toxiques, conduites suicidaires.

I.1.5.3.2. Les troubles de l'adaptation

Le trouble de l'adaptation, trouble psychiatrique secondaire à ces facteurs de stress, comporte six sous-types dans la CIM-10 selon les critères cliniques observés (tableau 5) :

- trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ;
- trouble de l'adaptation avec anxiété ;
- trouble de l'adaptation avec anxiété et humeur dépressive ;
- trouble de l'adaptation avec perturbation des conduites ;
- trouble de l'adaptation avec perturbations des émotions et des conduites ;
- trouble de l'adaptation non spécifié.

À l'heure actuelle, l'étude des troubles de l'adaptation reste limitée par la rareté des travaux épidémiologiques effectués d'une part et par la divergence des résultats concernant la prévalence de ces troubles d'autre part [27, 28].

Il existe, en effet, de nombreuses difficultés inhérentes à l'étude de cette catégorie diagnostique [28]. Au niveau de l'expression clinique, les troubles de l'adaptation sont marqués par une grande hétérogénéité symptomatique soulevant le problème du manque de spécificité clinique de cette entité [27]. De plus, le problème de l'absence de marqueurs biologiques et celui du rôle déterminant des facteurs environnementaux et en particulier socioculturels restent posés [26], ce qui justifie la réalisation des études dans des environnements culturels différents. En effet, en plus de la nécessité diagnostique, il est important d'insister sur le rôle des facteurs de stress dans l'étiopathologie de ces troubles et de reconnaître leur signification qui dépend étroitement du contexte socioculturel.

Néanmoins, le trouble de l'adaptation est un diagnostic fréquemment porté, principalement en psychiatrie ambulatoire et chez les patients hospitalisés en MCO. Il doit être manifestement consécutif à un facteur de stress identifiable, et se manifester dans les trois mois suivant la survenue de ce facteur de stress. En fonction des travaux, la prévalence varie dans les services de consultation psychiatrique entre 5 et 23,5% [27, 29–32]. Parmi les patients hospitalisés pour un problème médical, le diagnostic est posé chez plus de 10% d'entre eux. Il serait plus fréquent chez la femme, le sex-ratio serait de 2/1 [33]. Parmi les formes cliniques, celles avec anxiété et humeur dépressive sont les plus souvent rencontrées en psychiatrie de liaison [15].

Tableau 4. Les critères diagnostiques du Trouble de l'adaptation selon le DSM-IV

Trouble de l'adaptation	
A.	Développement de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci (ceux-ci).
B.	Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent : 1) Soit une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress 2) Soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (scolaire)
C.	La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble spécifique de l'Axe I et n'est pas simplement l'exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II.
D.	Les symptômes ne sont pas l'expression d'un deuil.
E.	Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois.
Spécifier si :	
Aigu : si la perturbation persiste moins de 6 mois.	
Chronique : si la perturbation persiste 6 mois ou plus. Par définition, les symptômes ne peuvent pas persister plus de 6 mois une fois que le facteur de stress ou ses conséquences ont disparu. Cette spécification s'applique donc lorsque la durée de la perturbation est plus importante que 6 mois, en réaction à un facteur de stress lui-même prolongé ou bien dont les conséquences sont durables.	

Les troubles de l'adaptation sont codés par sous-types, qui sont sélectionnés en fonction des symptômes prédominants. Le facteur de stress (stresseur) spécifique peut être caractérisé sur l'Axe IV.

Tableau 5. Les différents types de trouble de l'adaptation selon le DSM-IV et la CIM 10

F43.20 avec réaction dépressive brève F43.21 avec réaction dépressive prolongée (Distinction par la CIM-10)	Avec humeur dépressive. Ce sous-type doit être utilisé lorsque les manifestations prédominantes sont des symptômes tels que l'humeur dépressive, des pleurs ou des sentiments de désespoir.
F43.28	Avec anxiété. Ce sous-type doit être utilisé lorsque les manifestations prédominantes sont des symptômes tels que nervosité, inquiétude ou agitation.
F43.22	Avec à la fois anxiété et humeur dépressive. Ce sous-type doit être utilisé lorsque la manifestation prédominante est une combinaison de dépression et d'anxiété.
F43.24	Avec perturbation des conduites. Ce sous-type doit être utilisé lorsque la manifestation prédominante est une perturbation des conduites qui comporte une violation des droits d'autrui ou des normes et des règles essentielles de la vie sociale, compte tenu de l'âge du sujet.
F43.25	Avec perturbations à la fois des émotions et des conduites. Ce sous-type doit être utilisé lorsque les manifestations prédominantes sont à la fois des symptômes du registre émotionnel (comme la dépression et l'anxiété) et une perturbation des conduites (voir le sous-type précédent).
F43.29	Non spécifié. Ce sous-type doit être utilisé pour coder des réactions inadaptées (par exemple des plaintes somatiques, un retrait social ou une inhibition au travail ou à l'école) à des facteurs de stress, qui ne peuvent pas être classées parmi les sous-types spécifiques de trouble de l'adaptation.

I.1.5.3.3. Comorbidités avec le trouble de l'adaptation et diagnostics différentiels

Certaines comorbidités sont plus fréquemment mises en évidence avec les troubles de l'adaptation. Ils sont fréquemment associés à des troubles des conduites, en particulier suicidaires [32, 34].

La coexistence d'un trouble de la personnalité semble favoriser l'apparition d'un trouble de l'adaptation du fait d'une moins bonne capacité à faire face aux événements adverses et à la répétition des conduites stéréotypées [25, 35]. Aucun type de trouble de la personnalité ne semble toutefois véritablement impliqué. Cette association reste, cependant, très discutable, et ne pourrait être considérée comme étant, la plupart du temps, un diagnostic différentiel.

Les patients qui ont des antécédents de troubles psychologiques en rapport avec un stress, qui ont vécu des événements de vie dramatiques ou qui ont des difficultés sociales importantes, courent plus de risque de développer des troubles psychiatriques aigus ou chroniques associés à leur maladie somatique [36].

Concernant les diagnostics différentiels, il s'agit essentiellement de distinguer le trouble de l'adaptation [1] :

- d'une réaction normale et adaptée aux facteurs de stress.

La différence est difficile, parfois arbitraire. L'intensité de la souffrance du patient est le seul critère permettant ici de distinguer le « normal » du « pathologique » ;

- d'une réactivité excessive et habituelle à tout facteur de stress. Cette sensibilité excessive aux facteurs de stress qui émaillent la vie de chacun est caractéristique des troubles de la personnalité.

Le diagnostic est alors complexe. Il sera suspecté lorsque l'anamnèse met en évidence une fragilité habituelle du sujet à faire face aux aléas de l'existence, et une réaction disproportionnée par rapport à la sévérité « objective » du facteur de stress. Si l'examen permet de diagnostiquer un trouble de la personnalité, celui de trouble de l'adaptation ne sera ajouté qu'en présence d'un facteur de stress majeur, et lorsque la réaction du patient correspond à un état vraiment inhabituel pour lui ;

- des autres troubles mentaux spécifiques tels que les troubles anxieux et de l'épisode dépressif caractérisé.

En effet, lorsque l'intensité symptomatique et l'ensemble de leurs critères cliniques constitutifs sont retrouvés, le diagnostic de trouble de l'adaptation n'est pas applicable. Le diagnostic de dépression pourra être retenu lorsque le sujet a déjà présenté au cours de sa vie, un ou des épisodes dépressifs, ou présente de manière prolongée (au minimum 15 jours) des manifestations « endogènes » ou « biologiques » de dépression (dépression plus marquée le matin, réveils précoces, anhédonie, aboulie, ralentissement psychomoteur, anorexie et perte de poids).

- de l'état de stress post-traumatique.

Le stressor n'est plus un événement de vie adverse, mais un événement traumatique « hors du commun » qui a menacé la vie ou l'intégrité physique. La réaction post-traumatique s'accompagne de symptômes typiques comme la reviviscence de l'événement traumatisant, une hyper-vigilance, des comportements d'évitement.

I.1.5.3.4. Evolution et traitements

Le pronostic est globalement bon chez l'adulte [29]. Un suivi de 5 années a permis d'observer que 70 % des adultes étaient complètement rétablis et que 20 % avaient présenté un épisode dépressif majeur ou un problème d'alcool par la suite. Dans son étude, Bronisch rapporte que 64% ont eu une évolution très favorable et 18% une évolution favorable [37].

Ce diagnostic est volontiers considéré comme étant un diagnostic moins grave, moins invalidant et ayant une meilleure évolution que la plupart des autres principaux diagnostics psychiatriques [30]. Il est pourtant loin d'être anodin. Les évolutions péjoratives ne sont pas si rares: 56% d'évolution défavorable avec rechute dans les 5 ans chez les adolescents et 29% chez les adultes pour l'étude d'Andreasen et Wasek [38], 18% d'évolution chronique ou de suicide dans cette même étude de Bronisch [37].

La durée d'évolution et la stabilité diagnostique des troubles de l'adaptation demeurent contestées [29, 32], et leurs rapports avec les autres troubles affectifs sont discutés [39, 40]. La question d'une forme de passage vers des états anxieux ou dépressifs caractérisés reste entière. On peut concevoir les troubles de l'adaptation comme un état reflétant un travail d'adaptation *a priori* bénéfique et donc ouvrant vers une amélioration des symptômes et de la souffrance

psychique. Les rapprochements faits entre trouble de l'adaptation et syndrome de stress post-traumatique vont également dans ce sens, les pensées intrusives pouvant être considérées comme signe d'un travail cognitif, et non simplement comme symptômes gênants [41].

La proposition d'une prise en charge adaptée et d'un traitement efficace doit être effectuée. Le traitement repose particulièrement sur des approches psychothérapiques dont les objectifs sont la diminution des stresseurs, l'amélioration des capacités à faire face au stress, et un support visant l'amélioration de l'adaptation du sujet.

Un des premiers objectifs est d'identifier les troubles générés par le facteur de stress et d'aider le patient à rétablir un certain équilibre. Le thérapeute doit savoir aider le patient à mettre des mots sur ses sentiments, plutôt que de se laisser aller à des actions destructrices, dans l'attente d'une réduction de la pression exercée par le stress et d'une amélioration des capacités d'adaptation. Toutefois, le rôle de la verbalisation ne doit pas être surestimé. Le thérapeute doit pouvoir aider son patient à donner du sens à une situation stressante. L'aménagement d'un espace de parole et d'écoute du patient est le traitement de première intention dans un trouble de l'adaptation, en encourageant la verbalisation des peurs, de l'anxiété, des sentiments de colère ou de rage, de désespoir ou d'impuissance associés aux stress.

L'apport d'un tel soutien efficace pourra faire passer le patient de la zone d'inadaptation à une zone d'adaptation relative. Il en est de même pour la correction des facteurs de stress comme la prise en charge de symptômes somatiques.

Il existe peu de données scientifiques concernant les traitements pharmacologiques du trouble de l'adaptation. L'approche psychothérapique peut être associée à un traitement médicamenteux anxiolytique, de type benzodiazépine principalement, pour les patients exposés à des facteurs de stress majeurs et qui présentent des symptômes importants d'anxiété.

Des antidépresseurs, principalement les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, ou la buspirone peuvent être proposés dans certaines situations, notamment chez les patients à risque de développer des conduites addictives. Cependant, le délai d'action excédera parfois le temps d'évolution du trouble. Leur indication est à réserver aux formes cliniques d'évolution prolongée ou péjorative [15].

I.1.6. Situations cliniques fréquentes et propres à la psychiatrie de liaison

I.1.6.1. Le patient face au cancer

Les progrès diagnostiques et thérapeutiques ont considérablement amélioré les chances de guérison et la durée de survie espérée des patients atteints de cancer. Pourtant, dans les représentations sociétales, le cancer reste synonyme d'affection potentiellement mortelle, associée à des perceptions angoissantes comme la douleur ou la déchéance physique. Des notions de dépendance, de dégradation physique, de handicap fonctionnel, d'isolement social, de souffrance physique et de mort lui font également écho. Il n'est pas surprenant que les patients souffrant de cancer présentent des réactions émotionnelles fortes.

Du fait de craintes ou par déni des symptômes, certains malades tardent à consulter, retardant ainsi leur prise en charge oncologique. Le diagnostic de cette maladie peut provoquer un choc, une colère. Son impact peut susciter une élaboration naïve sur sa place au sens existentiel ou sur l'origine du cancer : confrontés au risque de tout perdre, certains patients vont « récupérer la liaison » pour oser aller vers une intervention d'ordre psychothérapique. La maladie ne les laissera pas comme avant ; elle s'inscrit dans un parcours de vie où elle figure comme sens et non-sens [42].

« La » maladie cancéreuse recouvre aujourd'hui un ensemble de situations physiques et psychiques extrêmement variables, qui n'ont parfois pas d'autres points communs en termes de traduction clinique que l'anomalie cellulaire à la base de la cancérisation. L'impact psychologique est, néanmoins, d'abord lié, non à l'atteinte somatique elle-même, mais aux représentations, exactes ou erronées, associées à la maladie cancéreuse. La confrontation à cette affection entraîne des agressions diverses et répétées ; elle s'accompagne de réactions psychologiques variées, souvent accompagnées de symptômes voire de troubles psychiatriques [43].

Une des conséquences de ce contexte somatique particulier est que les efforts d'adaptation du patient seront souvent entravés par la diminution de son adaptabilité et par la mise en échec de ses moyens de défense habituels. Perte de l'illusion d'invulnérabilité et d'immortalité, perte

d'autonomie, perte de contrôle, perte des repères. L'adaptation est ainsi d'autant plus difficile que le patient doit à la fois faire face au stress quotidien et remettre en cause le système de fonctionnement qui permettait de maîtriser ce quotidien [44].

Les agressions en lien avec la maladie cancéreuse sont polymorphes, plurielles et répétées :

- polymorphes, car le patient est soumis durant sa maladie à des stress très variés ;
- plurielles, car souvent plusieurs stress coexistent en même temps, cognitifs (perception du danger), affectifs (isolement, colère...) et physiques : mutilation, chirurgie, alopecie, asthénie, amaigrissement, effets secondaires des traitements ;
- répétées, par la succession des phases : annonce, traitement, rémission, rechute...

Les efforts d'adaptation liés à ces sollicitations seront par ailleurs entravés par l'altération de l'adaptabilité et de la mise en échec des moyens de défenses habituels du patient. Les contraintes matérielles et existentielles exposent en effet les patients à de nombreuses pertes, dans des domaines d'importance parfois majeure, quant à leur adaptation psychologique globale :

- perte de l'illusion d'invulnérabilité ou d'immortalité, dès l'annonce de la maladie, qui vient inscrire une limite temporelle dans une existence qui souvent n'avait pas encore eu le besoin ou l'occasion de conceptualiser celle-ci ;
- perte d'autonomie, qu'elle soit physique (fatigue, douleur, effets secondaires des traitements...), sociale (arrêt de travail), financière, affective... Que cette perte soit transitoire ou définitive n'est qu'un soulagement partiel, son impact vient tant de son retentissement réel (privation de ressource par exemple) que de son vécu fantasmatique (anticipation d'une dépendance) ;
- perte de contrôle : par perte des repères dans un monde hospitalier, par manque d'information (relation médecin-malade de mauvaise qualité) ou incapacité à trier l'information (internet), par impossibilité à planifier (effets secondaires des chimiothérapies, modifications des plannings...).

À l'extrême, le malade passe ainsi avec l'annonce de la maladie du statut de « supposé sachant », autonome, gérant et planifiant son existence, à un statut où le savoir le plus important, celui sur la vie et la mort, est détenu par l'autre (si tant est qu'il soit détenu). La planification des actions est impossible, l'aide d'autrui est nécessaire, les rôles qui contribuent à définir l'identité (familiaux, sociaux, professionnels) sont modifiés.

Parmi les mécanismes défensifs mis en échec par la maladie cancéreuse, il réside, à côté du besoin de contrôle et de maîtrise, des mécanismes de compensation cognitive comme la distraction (devenant impossible lorsque l'activité professionnelle et les contacts sociaux se réduisent), la minimisation (mise en échec lorsque la permanence des symptômes les rappelle en permanence à la mémoire).

Certains mécanismes de défenses sont « à double tranchant » : des mécanismes cognitifs de comparaison par exemple, peuvent amener un patient confronté à d'autres « visiblement » plus atteints à ne pas demander l'aide et le soutien qui lui seraient pourtant nécessaires [44].

Parfois, des soignants s'étonnent qu'il ne se passe « rien ». La sidération du patient ou son « coping » apparaissent comme une étrangeté sans sens [42], ce qui amène parfois les équipes, inquiètes de cette absence de réaction, à solliciter les équipes de liaison . Il serait illusoire de vouloir répertorier les mécanismes de défense déjoués par telle ou telle sollicitation liée à la maladie, tant l'impact est individuel et dépend de l'histoire personnelle du sujet.

Un des premiers écueils en matière de suivi psycho-oncologique est d'ailleurs de chercher à modéliser l'impact traumatique de la maladie en fonction au mieux des étapes chronologiques (l'annonce, la rechute), des caractéristiques du sujet et de ce qui fait sens pour lui, au pire de nos propres projections. La survenue d'un trouble de l'adaptation va correspondre au moment où la sollicitation associée à la maladie – parfois indirectement d'ailleurs – va s'associer à une diminution de l'adaptabilité, mettant le patient en échec ou en situation de rupture.

Les facteurs prédictifs de la détresse psychologique en cancérologie découlent de ce postulat : ce qui fragilise est ce qui rend la confrontation physique ou psychologique avec la maladie inévitable d'une part (altération des capacités fonctionnelles, la douleur, etc.) et ce qui empêche de se défendre d'autre part (perte des rôles familiaux, sociaux ; manque de ressources financières adaptées, de soutien social). Les résultats des études sur les caractéristiques de personnalité ou de coping favorisant l'émergence d'une détresse psychologique, ou à l'inverse associées à une bonne adaptation, demeurent controversés.

Comprendre ce qui favorise, ou bien entrave, l'adaptation est un point central pour la prise en charge de ces sujets. Cette notion de facilitation, ou d'entrave, si elle est très utile sur le plan thérapeutique, laisse toutefois entière la question diagnostique de ce que pourrait être une « bonne » ou une « mauvaise » adaptation. S'il est entendu que celle-ci est de toute façon à

définir sur un *continuum*, il reste bien compliqué d'établir les réalités cliniques que recouvrent ces troubles de l'adaptation [44].

Environ la moitié des patients ayant une pathologie cancéreuse présentent des troubles psychiatriques. Le trouble associé le plus fréquent est le trouble de l'adaptation [45], s'agissant dans deux tiers des cas, de troubles de l'adaptation avec humeur anxieuse, dépressive ou mixte. La plupart de ces perturbations sont liées au cancer ou à ses traitements [15]. Le risque de suicide est augmenté dans les stades précoces [46]. La dépression sévère survient au cours de l'évolution du cancer et affecte 10 à 20 % des patients. Elle semble plus fréquente chez les patients qui souffrent physiquement. Cependant, les patients cancéreux ne sont pas plus déprimés que ceux qui présentent une autre pathologie organique ; la majorité ne vit pas de stress à long terme, sauf si la maladie progresse ou s'ils sont particulièrement vulnérables au stress [47].

La progression et la récurrence du cancer sont toutes deux associées à une augmentation des troubles psychiatriques, qui semblent résulter d'une altération de l'état physique : douleur, nausée... La peur de mourir est présente plus que jamais, rappelée par chacun des symptômes physiques. Une détresse émotionnelle est particulièrement fréquente pour les chirurgies mutilantes [36].

Le retentissement de la maladie explique la place croissante de la psychothérapie dans les programmes de soins, ce d'autant qu'elle pourrait améliorer la qualité de vie, et que les traitements à visée somatique exigent de ces derniers un niveau de participation et de responsabilité toujours accru.

Les troubles de l'adaptation en oncologie échappent souvent à la rencontre avec un psychologue ou psychiatre. La prise en charge potentielle débute par un repérage des troubles. La difficulté est qu'il se base sur l'expression émotionnelle, et que celle-ci n'est qu'un reflet, parfois très déformé, de la souffrance psychologique du sujet. Les raisons de taire des difficultés psychologiques sont pourtant nombreuses. Chacun avance dans l'ambivalence ou le déni d'une vérité forcément dévoilée que chacun songe à recouvrir. Les tâtonnements, les injonctions et les difficultés à se parler ont surtout le sens positif défensif de la communication face à l'angoisse de mort. La liaison, parfois mal comprise des psychiatres eux-mêmes, doit tendre alors à préserver le jeu de la relation pour éviter l'affrontement et la rupture [42].

I.1.6.2. Etat mental préopératoire

Les patients devant subir une intervention chirurgicale sont souvent anxieux. Il existe une relation linéaire entre l'anxiété avant, et après l'intervention. La date de l'opération est fixée dans l'esprit du patient, tel un couperet : rien n'est valable avant, rien n'est envisageable après. Chez l'adulte, la prévalence de l'anxiété préopératoire varie entre 60 % et 80 % selon les études [48].

Face à un phénomène fréquent et potentiellement pathogène, nous devrions disposer d'outils de qualité permettant d'en évaluer les manifestations cliniques. Malgré ses conséquences médicales et psychologiques parfois graves, il n'y a que très peu de littérature destinée aux professionnels de santé francophones concernant l'anxiété préopératoire. L'évaluation est la condition nécessaire pour la mise en place de moyens efficaces de prévention.

Les Anglo-Saxons disposent d'outils fiables et souvent très spécifiques destinés à la recherche et à la clinique, qui permettent d'évaluer l'anxiété préopératoire. Mais aucun de ces outils n'a été jusqu'à présent traduit et validé en français. Il n'existe pas de tests psychologiques permettant d'évaluer spécifiquement l'anxiété préopératoire. De nombreuses études utilisent un test « généraliste » de l'anxiété : le State and Trait Anxiety Index (STAI) chez l'adulte, ou le State and Trait Anxiety Index for Children (STAIC) chez l'enfant. Ce test est en effet considéré dans les pays Anglo-saxons comme le gold standard pour l'évaluation de l'anxiété. Cette épreuve psychométrique, dont l'usage est pertinent dans le cadre de la recherche, n'est pas toujours adaptée à une utilisation clinique. Le STAI et le STAIC ont été traduits et validés en français [49].

Il existe aussi des échelles d'autoévaluation de l'anxiété préopératoire. L'Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) [21] est un outil réservé à l'adulte, qui combine l'évaluation de l'anxiété à l'évaluation des attentes concernant l'information sur l'intervention. C'est une échelle à 6 items, d'utilisation bien plus simple en clinique et validée pour la consultation d'anesthésie, non traduite en français.

Effectivement, cette évaluation de l'état préopératoire est importante du point de vue anesthésique. La plupart des études ont montré, comme on s'y attendait, que les sujets ayant une aptitude globale à faire face à un stress, souffrent moins de problèmes post-opératoires, et qu'une préparation psychologique avant une chirurgie permettait de réduire le stress post-

opératoire et les complications, surtout si elle incluait des techniques cognitives plutôt qu'une simple information. La consultation d'anesthésie diminuerait l'anxiété préopératoire des patients lors des interventions mineures, ce qui laisse entrevoir un intérêt à étendre cette recherche. L'évaluation du rôle des facteurs émotionnels dans les douleurs physiques du patient, l'incertitude sur son état cognitif et sa capacité à donner un consentement éclairé, l'aide à la prise en charge de problèmes psychiatriques courants, et enfin, l'aide pour prévoir la réponse du patient à la chirurgie ainsi que sa compliance au traitement sont des motifs réguliers de recours au psychiatre de liaison en phase préopératoire [36].

1.1.6.3. Des équipes soignantes aux côtés des patients

Le champ de la maladie grave est souvent source de paradoxes. Les patients attendent des informations mais ne les supportent pas. Trop formaliser la prise en compte de leur détresse peut les effrayer, les rebuter. Pour autant, les équipes ont besoin de baliser la route de leurs patients d'une évaluation psychique parfois prescrite, afin de garantir une sécurité. La recherche du sens, l'aide thérapeutique ne seraient pas suffisantes, s'il n'y avait pas de surcroît « cette mise en sécurité ». La liaison témoigne d'une validation réciproque, réconfortante et respectueuse. L'illusion de maîtrise du soignant, à travers les certitudes d'aboutir dans sa recherche d'une causalité, a un rôle de défense contre l'angoisse de mort et l'impuissance thérapeutique.

La mise en place de consultations pluridisciplinaires initiales avec participation de psychiatres, au moment de l'annonce diagnostique, constitue un des dispositifs du plan cancer [50]. Les situations d'annonce de diagnostic, de récurrence, de modulations des traitements, du passage en palliatif sont des situations d'épreuves pour les patients. Les psychiatres de liaison sont sollicités bien souvent dans le « tout de suite après » l'annonce, l'émotion. Comme toujours, cette temporalité, qui est celle du demandeur confronté aux réactions et à leurs risques, est à respecter, et suppose souplesse et organisation. À ce stade, l'enjeu de la liaison proprement dite est intense. Il est attendu de l'équipe de liaison une restitution sur l'état du patient, sa sensibilité et sa tolérance, qui peut guider les décisions thérapeutiques elles-mêmes. Souvent, l'équipe de chirurgie confie au psychiatre le soin de restaurer « ce qui peut l'être » : soutenir, remonter le moral, parler, pouvoir dormir à nouveau, comprendre. Tout cela se situe dans une sorte de mission compensatoire parfois située à proportion égale de la gravité de la maladie, des

impasses thérapeutiques, de l'épuisement de l'équipe [42]. Si les croyances des patients ont fait l'objet de plus d'attention de la part des psychiatres et psycho-oncologues, les convictions et les représentations des équipes sont également un élément nouveau à prendre en compte [42].

I.1.6.4. Des questions et des fantasmes

La façon de percevoir la maladie et les soins médicaux détermine l'expérience subjective des symptômes, la détresse et le comportement [51]. Les significations de la maladie comprennent la menace, la perte, l'échec, les impressions de stigmates et d'isolement. Les réactions de la famille, des amis, des employeurs et des médecins peuvent avoir des conséquences sur l'impact psychologique de la pathologie somatique. Ils peuvent réduire les conséquences grâce à leur soutien, leur réassurance et leur aide ou, au contraire, les exacerber par leur présence excessive, des conseils contradictoires, un manque de compréhension ou d'empathie [36].

La perception qu'a le malade de son médecin est également déterminante. Selon S. Consoli [7], chez le patient, l'image du médecin est à la fois :

- celle d'un technicien, doté d'un savoir et d'un savoir-faire sur les dérèglements physiologiques ;
- celle d'un confident, neutre et discret, susceptible d'entendre les détresses individuelles et d'être de bon conseil ;
- celle d'un interprète, capable de décrypter le sens caché des choses et de donner un sens, tel un chaman, à ce qui échappe au patient ;
- celle d'un «sorcier», ou d'un «guérisseur», doté de pouvoirs occultes sur le bien et le mal ;
- celle d'un garant de l'ordre social et des libertés individuelles ;
- celle d'un héros «prométhéen», ayant pour mission de repousser les limites du pouvoir de l'homme sur les lois implacables de la nature ou sur l'ordre établi par une instance divine ;
- celle d'un notable, alliant réussite sociale et responsabilité ;
- celle d'un représentant de l'autorité parentale, capable de rappeler à l'ordre, faire la leçon, voire infliger une punition, mais aussi d'apprendre les choses de la vie et de montrer le chemin de l'autonomie.

L'approche de la mort constitue pour tout individu une crise ultime de vie marquée par des tensions, des conflits, des réaménagements divers. En tant que crise, elle fait appel à un véritable travail psychique pour pouvoir être élaborable, travail plus ou moins éprouvant, mais en même temps créatif et susceptible de donner, à celui qui l'accomplit, le sentiment d'une délivrance. Le psychiatre, ou le psychologue de liaison, peut jouer un rôle capital dans un tel travail et dans la réflexion sur le bilan d'une vie qui l'accompagne.

L'évocation de sa propre mort, et la demande d'euthanasie qui parfois en découle, sont sous-tendues par diverses représentations ou émotions insupportables :

- intolérance de sa propre déchéance, et humiliation d'offrir au regard d'autrui une image dégradée de soi-même ;
- crainte de la passivité et de l'affrontement de ses derniers instants dans la solitude ;
- anticipation d'une souffrance physique que les médecins ou infirmières ne sauraient soulager efficacement ou ne pourraient être à même d'entendre ;
- culpabilité à l'égard de la peine infligée aux siens [7].

Pour tout patient, la maladie qui l'atteint, devient SA maladie, c'est-à-dire qu'il la vivra et réagira avec toute sa personnalité, toute son histoire personnelle et familiale, toutes ses croyances et les représentations populaires. Il appartient au psychiatre de liaison d'entendre le discours subjectif du sujet souffrant et de soutenir les équipes de soins à supporter ses affects, fantasmes et verbalisations, parfois extrêmes.

I.1.6.5. Quelques notions de prise en charge - Un partenariat dans le projet de soin

Tout projet de soins concernant une affection de longue durée, ou une situation de risque morbide implique, de la part du patient, une prise de conscience, une motivation à s'engager dans le projet, et la mise en place de nouveaux comportements de santé, témoignant de l'engagement effectif dans le projet. Cela ne va jamais « de soi » et suppose un véritable travail de maturation psychique chez le patient, et un travail non moins laborieux et créatif, chez le médecin [7].

Face à un patient ayant à gérer un ou plusieurs facteurs de risque morbide, il est essentiel de savoir exactement à quel stade du processus de changement il se situe. Le stade du patient n'est en effet pas forcément lié à l'existence ou non d'une certitude diagnostique, ni aux informations

qui lui auront été données, ni à l'efficacité scientifiquement prouvée des ressources thérapeutiques. La figure 1 illustre les principales étapes d'un tel processus de changement chez le patient, telles qu'elles ont été décrites par Prochaska et Di Clemente [52]. À chaque stade du patient correspond idéalement un certain nombre d'actions chez le médecin, destinées à consolider l'étape en cours et à favoriser l'accès à l'étape suivante (tableau 6).

Un autre rôle du psychiatre, en liaison, consiste à restaurer la dimension humaine, à relancer une réflexion et à permettre de tisser quelques liens dans une histoire pathologique, où l'imaginaire se fige au profit d'actes invasifs et traumatiques [11]. Cela devra se décliner sur deux axes complémentaires:

- minimiser les stigmates symptomatiques de l'inadaptation : émotions désagréables ou excessives, comportements délétères, etc. ;
- soutenir et optimiser les comportements ou signes d'une bonne adaptation à la maladie et au réel, et associés à une moindre détresse psychologique. Cela peut être la possibilité d'obtenir une information en accord avec les attentes du patient et ses capacités de compréhension, la possibilité d'établir une communication efficace avec les soignants ou de s'impliquer dans les décisions thérapeutiques. Soutenir le fonctionnement socio-familial est également utile via la possibilité de maintien des rôles et la capacité à rétablir, pour soi, des objectifs existentiels distincts des objectifs et de l'espoir thérapeutiques.

Dans l'idée de prévention, une prise en charge bien adaptée des maladies somatiques est fondamentale pour en réduire au maximum les conséquences psychologiques et psychiatriques. L'information, potentiellement anxiogène, doit être transmise au cours d'un entretien ouvert et attentif, aussi adapté que possible à chaque patient. Une aide supplémentaire doit être proposée aux patients à risque, notamment lorsqu'ils sont vulnérables sur le plan psychologique.

Afin d'aider au mieux les patients souffrant d'une maladie somatique, il faut aider leurs médecins à changer les représentations de leurs malades et certains de leur comportements en situation d'interaction avec leurs patients. Il est certes essentiel que le psychiatre de liaison sache dépister, évaluer et apaiser la détresse psychique des patients qu'il est amené à rencontrer. Il est cependant tout aussi utile de permettre aux médecins rencontrés d'adopter davantage la « perspective » de leur patient et / ou d'exprimer davantage leur empathie face à leurs patients [12].

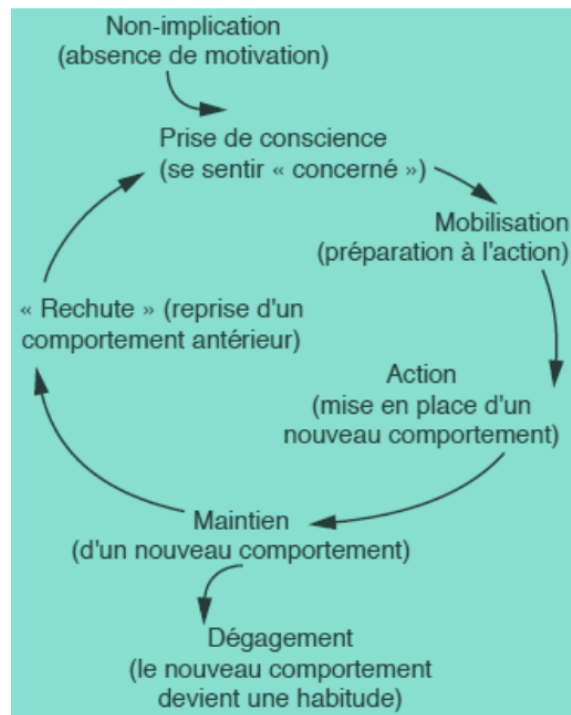


Figure 1. Modèle de la porte tournante comme métaphore du processus de changement face à un problème de santé chronique (adapté d'après JO Prochaska et CC Di Clemente) [7]

Tableau 6. Tâches du médecin destinées à accompagner le patient à chaque stade de son processus de changement [7]

Stade du patient	Tâche du thérapeute
Non implication	Susciter le doute, faire réaliser le parcours encouru
Prise de conscience	Renforcer la conviction du patient d'être capable de réussir à changer
Mobilisation	Aider à choisir les stratégies de changement les plus prometteuses
Action	Aider à fragmenter le changement en étapes
Maintien	Aider à identifier et à prévenir les facteurs de rechute
Rechute	Aider à renouer avec le processus de changement sans être découragé ou démobilisé

I.2. Le service de psychiatrie de liaison à Poitiers : **l'UCMP**

I.2.1.Historique

A Poitiers, la psychiatrie est localisée initialement à l'Hôpital Général. Créé en 1657, celui-ci voit, avec la Révolution, ses missions devenir sociales et sanitaires. La naissance de l'asile des aliénés date de l'année 1818, leur transfert de l'Hôpital Général se fait à partir de 1922. En 1938, la décision du Conseil Général de doter le département de son propre hôpital psychiatrique (ce terme remplace celui d'asile d'aliénés avec le décret du 8 avril 1937), va changer toute la donne de l'hospitalisation poitevine pour les 70 ans à venir. Il faut attendre l'année 1956 pour voir l'ouverture des deux premiers pavillons du Centre Psychiatrique de la Milétrie. Appelé aussi Centre Psychothérapique de la Vienne, l'établissement acquiert enfin son indépendance en devenant établissement public départemental en 1972. Son autonomie est officielle l'année suivante, il ne dépend plus du CHR (devenu entre-temps CHU) [53].

C'est en janvier 1989 qu'apparaît la première entité de psychiatrie de liaison adulte à Poitiers, avec le détachement de psychiatres et d'infirmiers psychiatriques au sein du service d'accueil des urgences du CHU. Au fil des années, et devant l'augmentation constante des demandes d'avis spécialisés, une modification de l'organisation s'avère nécessaire.

Deux unités distinctes se constituent :

- L'Unité de Consultation Médico-Psychologique (UCMP), service de psychiatrie de consultation-liaison, intervenant dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) du CHU ;
- et l'Unité d'Accueil Médico-Psychologique (UAMP), service dédié à l'urgence, basé au Service d'Accueil des Urgences du CHU.

I.2.2. Structure et fonctionnement

I.2.2.1 Le service

Le Centre Hospitalier Henri Laborit (CHL) est spécialisé dans la prise en charge des troubles psychiques. Il répond aux besoins en santé mentale des adultes, enfants, adolescents, mères-enfants et personnes âgées du département de la Vienne et de la ville de Poitiers.

Son service de psychiatrie de liaison, l'UCMP, fait partie des services universitaires. Son activité est intersectorielle. Il s'organise selon un modèle « centralisé ». Cela signifie qu'un service regroupe l'ensemble des moyens d'intervention psychiatrique de l'hôpital général [9]. Ce type d'organisation offre une structure stable, avec une équipe homogène, une simplicité des procédures pour les services demandeurs via un guichet unique et une lisibilité de l'action proposée.

Il est localisé dans une aile du bâtiment « Pierre Janet » du CHL. Il ne dispose pas de moyens d'hospitalisation psychiatrique, son activité reste principalement consultative. L'unité se trouve sous la responsabilité du Professeur SENON, Chef de service, responsable du Pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie médicale du CHL de Poitiers. Le médecin référent de l'unité est le Docteur VOYER.

I.2.2.2. Le personnel

L'équipe de l'UCMP se compose de :

- un praticien hospitalier (0,5 Equivalent Temps Plein (ETP))
- trois ou quatre internes qui interviennent l'après-midi, à raison de 2 internes par après-midi
- quatre infirmières diplômées d'état
- deux secrétaires (1.8 ETP)
- et un cadre de santé dont l'activité est répartie entre l'UAMP et l'UCMP.

Aucun temps de psychologue n'a pu être déployé.

Les plages horaires des interventions sont du lundi au vendredi de 9h00 à 18h30. Le relais de nuit et de week-end est assuré par l'équipe de l'UAMP.

1.2.2.3 Les demandes formulées à l'UCMP

Les modalités de la demande sont primordiales dans le travail de collaboration entre l'équipe soignante et le psychiatre. Les demandes sont formulées par les différents services du CHU sur des bons d' « actes divers », remplis théoriquement par le médecin en charge du patient, et faxés au secrétariat de l'UCMP (annexe 2).

L'équipe n'intervient sur demande de l'équipe médicale, qu'en qualité de consultant, c'est-à-dire à même de donner un avis spécialisé, de faire des propositions diagnostiques ou de traitement, qu'il appartient au médecin requérant et à son équipe de mettre en œuvre (ou pas).

La formulation de la question, tout d'abord, doit être réalisée par le seul médecin en charge du patient, évitant ainsi tout risque de triangulation, clivage ou disqualification que pourrait induire une requête directe par l'équipe infirmière ou l'un des membres de l'équipe multidisciplinaire. Le médecin requérant doit ainsi, au nom de l'équipe soignante, poser au psychiatre consultant, une ou plusieurs questions relatives à l'hypothèse d'une problématique psychiatrique du patient : avis diagnostique, thérapeutique, avis d'orientation après l'hospitalisation, en particulier capacité d'un retour à domicile, indication d'hospitalisation en milieu psychiatrique...

La question posée se doit d'être précise et argumentée, en lien avec la problématique actuelle du patient.

Dans le cas contraire, le travail initial de l'UCMP est d'aider à formuler, reformuler une question jusqu'à la rendre suffisamment explicite et pertinente pour que les éléments de réponse attendus du psychiatre aient une incidence directe sur la prise en charge actuelle du patient.

D'éventuels niveaux implicites de la question seront systématiquement recherchés et discutés avec l'équipe requérante.

1.2.2.4. Le traitement de la demande et la réponse proposée

Chaque demande d'avis spécialisé est traitée initialement par l'équipe infirmière, en dehors de quelques exceptions telles que les avis en neurologie ou des interventions dans le cadre de protocoles, comme les bilans pré-greffe hépatique ou la mise en place d'un traitement par Interféron.

Le délai de réponse est habituellement très court : la réponse infirmière survient généralement dans la journée. La réponse médicale est parfois différée au lendemain, lorsque la demande est formulée en fin de journée. Si des éléments évocateurs de gravité ou d'urgence sont mentionnés sur le bon, l'intervention psychiatrique est gérée en priorité et peut survenir quasiment immédiatement.

Les demandes sont consignées dans un agenda, et sont réparties entre les infirmières. Le patient est donc rencontré en première intention par une infirmière qui va procéder à un recueil d'informations et une première évaluation.

Ceci fait ensuite l'objet, d'une réunion de synthèse quotidienne en début d'après-midi avec le médecin psychiatre et les internes, et donne lieu, si nécessaire, à une consultation médicale au lit du patient. Dans tous les cas, chaque situation clinique est présentée et l'orientation décidée sous responsabilité de l'équipe médicale.

Lorsque le médecin se déplace pour rencontrer le patient dans les services de MCO, il doit rédiger une observation, une « réponse » à la problématique posée, sur le bon « d'avis » qui restera dans le dossier du patient au CHU. Il propose une conduite à tenir, éventuellement médicamenteuse. Consultant pour le service demandeur, il ne prescrit donc pas directement mais suggère simplement la prescription.

Par ailleurs, l'intervenant de l'UCMP (médecin ou personnel infirmier) constitue un dossier pour le service de l'UCMP. Pour cela, il remplit un formulaire détaillé, dont la conclusion sera informatisée, dans un second temps (annexe 3).

I.2.3. Les services bénéficiant des interventions de l'UCMP

L'UCMP intervient dans la majorité des services de MCO adultes du CHU, hormis quelques-uns, qui sont pris en charge par l'UAMP (Réanimation médicale, médecine générale, médecine interne et maladie infectieuse). De plus, les services pédiatriques, la maternité et l'hôpital de jour des grossesses pathologiques bénéficient des interventions de l'équipe de pédopsychiatrie de liaison. Le service de gériatrie est géré par l'équipe de géro-psycho-geriatrie de liaison.

Les services bénéficiant des interventions de l'UCMP figurent dans le tableau 7. Les intitulés de certains services commencent par la lettre H suivi d'un chiffre, cela signifie qu'ils sont situés à l'étage correspondant de la tour principale du CHU.

Tableau 7. Les services du CHU de Poitiers bénéficiant des interventions de l'UCMP

Les services bénéficiant des interventions de l'UCMP	
Beauchant Chirurgie Cardio Thoracique Unité 3, Réanimation chirurgie cardio-thoracique	H5B Urologie HC
Beauchant Cardiologie Soins intensifs, Unité 1 et Unité 2, clinique HTA U3	H6B Chirurgie plastique
Beauchant Pneumologie Unité 1 et Unité 2	H6B Dermatologie
H1B Obstétrique	H6C Gastro-Entérologie, H6D Gastro-Entérologie et Soins intensifs
H1D Gynécologie Hospitalisation complète et consultation	H7B Rhumatologie, H7C Rhumatologie
H2B Traumatologie-Orthopédie C, H2C Traumatologie-Orthopédie C	H7D O.R.L.
H3C Neuro-chirurgie et Neuro-chirurgie CHU Soins intensifs	H7D Ophtalmologie
H4B Neurologie, H4C Neurologie, H3B Neurologie	Hématologie Hôpital De Jour, Hématologie Hospitalisation complète
H4D Chirurgie Vasculaire	Maurice Salles Rééducation Fonctionnelle
H5B Chirurgie Viscérale Hospitalisation complète, H5D Chirurgie Viscérale	Oncologie médicale Hospitalisation complète, Hôpital De Jour et De Semaine
H5B Endocrinologie Hospitalisation complète	Satellite Technique Néphrologie Consultation, Hôpital De Jour et Hospitalisation
Satellite Technique Hémodialyse	Satellite Technique Réanimation Chirurgicale
Le Blaye Centre douleur	Garnier Soins palliatifs

II. L'étude

II.1. Justification et but de l'étude

Comme nous l'avons vu précédemment, la psychiatrie de liaison est une discipline récente et qui tend à se développer. Afin que les équipes puissent prendre en charge, au mieux les malades, candidats aux consultations de psychiatrie de liaison, il est essentiel de disposer de données épidémiologiques statistiques.

La psychiatrie hospitalière, comme la psychiatrie ambulatoire, comptent de très nombreuses données théoriques et de publications dans le domaine de la recherche. Par contre, les éléments disponibles dans la littérature de la psychiatrie dite « générale » ne sont certainement pas superposables, à l'identique, avec la population, la clinique et l'environnement des patients qui relèvent de la psychiatrie de liaison.

Peu d'études statistiques existent dans le domaine de la psychiatrie de liaison, notamment en France. Nous avons toutefois noté quelques travaux intéressants à ce sujet.

L'étude californienne de Bourgeois s'était attachée à examiner les diagnostics établis sur l'année 2001, en psychiatrie de liaison [54]. Elle rapportait près de 40% de diagnostics thymiques, sur un effectif de 901 patients.

En Tunisie, Méchri a décrit l'activité de psychiatrie de liaison au CHU de Monastir sur une année. Ce travail rapportait des éléments forts intéressants à propos du profil épidémiologique et clinique des patients, ainsi que l'estimation des demandes de consultation. L'effectif de cette étude totalisait 100 patients [55]. Les patients étaient majoritairement des femmes, âgés en moyenne de 34 ans. 21% présentaient des antécédents psychiatriques. Les diagnostics les plus fréquemment posés étaient les troubles de l'adaptation et les troubles dépressifs.

Le travail de Diefenbacher était une étude américaine observationnelle, longitudinale, réalisée dans les années 1990. Elle décrivait des données (variables socio-démographiques, taux de consultations ou encore diagnostics portés) dans une perspective évolutive, conséquente, de 10 ans [56]. La taille de l'échantillon était impressionnante, avec 440 patients inclus en moyenne chaque année, mais il y avait peu de variables étudiées. L'âge moyen était de 52 ans, 20% de l'échantillon avait été rencontré en chirurgie. Les troubles les plus fréquents étaient les troubles

mentaux organiques et ceux induit par une substance (40%), venaient ensuite les troubles dépressifs y compris les troubles de l'adaptation avec humeur dépressive (28%).

Le même type de travail, visant à décrire les modifications apportées à la psychiatrie de liaison-consultation, a été réalisé par Devasagayam, de 1999 à 2006, en Australie [57]. Les patients ont été répartis en 2 groupes d'étude afin de mesurer l'évolution des prestations de la psychiatrie de liaison. Dans le groupe des patients inclus en 2003-2006, l'âge moyen était de 58 ans, la dépression était le diagnostic le plus fréquent et une orientation pour un simple retour à domicile a été préconisée pour 74% des patients.

Les quelques autres études retrouvées provenaient d'horizons divers. Au Nigéria, une étude descriptive s'était attachée à référencer les syndromes cliniques et la nature des interventions psychiatriques, sur 6 mois et pour 46 patients inclus [58]. En 2002, était sortie une étude [59], portant également sur une durée de 6 mois, en psychiatrie de liaison aux îles Fidji.

Craig a proposé une étude épidémiologique reposant sur 308 consultations [60], cherchant principalement à identifier le type d'intervention et catégoriser les pathologies médicales associées.

Dans son étude, Carr s'était préférentiellement intéressé à la psychiatrie de liaison de médecine générale, en Australie [61].

Une enquête était mentionnée dans le rapport d'assistance de Guilibert [11], mais la méthodologie employée était peu développée. Cette enquête, réalisée vraisemblablement en 1987, avait questionné des chefs de service dans le but de connaître la place et l'organisation de la psychiatrie de liaison en France. Les résultats provenaient de questionnaires adressés à des chefs de services. Le 1^{er} service demandeur était la médecine interne, il était suivi de l'endocrinologie, la gastro-entérologie et la neurologie.

En France, nous n'avons repéré que 2 études statistiques. La première concernait la pédopsychiatrie de liaison sur une année d'activité, à l'hôpital de Tours [62].

La seule étude statistique de psychiatrie de liaison adulte datait de 1994 [63]. Elle portait sur un effectif de 508 personnes, étudiant les consultations accomplies sur une année dans les services de lits-porte des urgences, à la maternité, en médecine et en chirurgie à l'Hôpital Général de Saint-Dizier. Les auteurs rapportaient une fréquence élevée (62%) de tentative de suicide chez les patients âgés de 18 à 20 ans, avec une prédominance féminine. Pour la tranche des 21-31 ans, ils notaient l'apparition de pathologies plus fermement dessinées telles que des états dépressifs ou des épisodes délirants. Après 31 ans, et principalement chez les hommes,

apparaissaient les troubles mentaux de l'alcoolisme. Au-delà de l'âge de 61 ans, 68% des patients de l'étude étaient atteints d'un syndrome dépressif caractérisé. A l'issue du séjour à l'hôpital, le patient était confié le plus souvent au médecin traitant (80%). Pour les 20% de patients restants, un suivi psychiatrique était proposé dans le cadre du Centre Médico-Psychologique (CMP) de secteur ou par un psychiatre libéral. Ces résultats doivent être absolument modérés par le taux important de données issues de consultations faites aux urgences (30%) et du peu d'informations méthodologiques disponibles.

Ainsi, les travaux existant sont peu nombreux, et disparates au niveau des variables étudiées. Ils concernent rarement la psychiatrie de liaison « pure », c'est-à-dire n'incluant pas la psychiatrie d'urgence, réalisée au lit du patient dans les services d'urgence / lits-portes et de réanimation médicale. Selon les pays, le financement de la santé varie et le parcours de soin des patients est différent.

Nous avons souhaité proposer des éléments socio-démographiques et cliniques, des patients pris en charge en psychiatrie de liaison, qui puissent être examinés sous le jour de l'organisation des soins, propre à notre pays. C'est dans l'idée d'amorcer une démarche autour des travaux de recherche qui pourraient être réalisés en psychiatrie de liaison et de proposer un questionnaire institutionnel que nous avons mené ce travail.

Pour cela, nous avons cherché à faire une description, un état des lieux, de la psychiatrie de liaison au CHU de la ville de Poitiers. Nous avons réalisé une étude de l'activité de son service de psychiatrie de liaison, l'UCMP, sur la durée d'une année dans le but de décrire la population qui a été rencontrée, les échanges existant entre les équipes et le devenir du patient à l'issue de l'hospitalisation.

II.2. Objectifs et critères d'évaluation de l'étude

II.2.1. Objectif principal de l'étude

Décrire le profil socio-démographique et les caractéristiques cliniques des patients pris en charge en psychiatrie de liaison au CHU de Poitiers.

II.2.2. Objectifs secondaires de l'étude

- **Décrire l'activité** de psychiatrie de liaison adulte au CHU de « La Milétrie » de Poitiers, sur une année d'exercice de l'UCMP ;
- Exposer l'**orientation** du patient à sa sortie du CHU ;
- **Comprendre les liens** existant entre l'équipe de psychiatrie de liaison et les multiples équipes du CHU et **entamer une réflexion institutionnelle** sur l'activité de consultation-liaison à Poitiers, pour réfléchir aux améliorations possibles dans la prise en charge des patients.

II.2.3. Critère d'évaluation principal

- **Caractéristiques socio-démographiques et cliniques** des patients pris en charge par l'UCMP en 2012.

II.2.4. Critères d'évaluation secondaires

- Caractéristiques de **demandes** formulées par les services du CHU ;
- Caractéristiques des **réponses** proposées par l'UCMP (ou des interventions proposées par l'UCMP) ;
- **Durée de prise en charge** par l'UCMP ;
- **Etude de l'orientation** du patient au décours de l'hospitalisation.

II.3. Patients et méthode

II.3.1. Population étudiée

La population étudiée était constituée par l'ensemble des patients pris en charge par le service de psychiatrie de liaison adulte au CHU « La Milétrie » de Poitiers, sur la période d'une année entière, à savoir l'année civile 2012 (de janvier à décembre inclus).

II.3.2. Méthode et déroulement de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive longitudinale et rétrospective, sur une durée d'une année. Cette période de temps a été choisie afin de refléter au mieux l'activité du service, en gommant les variations d'activité qui peuvent parfois survenir, et d'avoir la plus forte représentativité de l'échantillon de patients.

II.4. Critères d'inclusion et de non inclusion

II.4.1. Critères d'inclusion

Les patients devaient présenter **tous** les critères d'inclusion pour être éligibles :

- Patients hospitalisés dans l'un des services médico-techniques du CHU de Poitiers (Vienne, 86), et dans lesquels intervient l'UCMP ;
- Patients rencontrés par l'équipe de l'UCMP au cours des interventions de psychiatrie de consultation-liaison, entre janvier 2012 et décembre 2012. Les sujets dont la prise en charge avait été initiée en 2011 (ou encore antérieurement), ou bien s'est prolongée en 2013, étaient également éligibles ;
- Patients ayant bénéficié d'au moins un entretien infirmier ou médical ;
- Patients majeurs.

II.4.2. Critères de non inclusion

Les patients ne devaient présenter **aucun** des critères de non inclusion pour être éligibles :

- Sujets mineurs ;
- Femmes enceintes ou en post-partum immédiat ;
- Patients hospitalisés dans les services suivants (gérés par d'autres équipes de psychiatrie) :
 - le service des urgences adultes, les lits-porte, la réanimation médicale et l'unité de soins continus ;
 - la maladie infectieuse, la médecine générale et la médecine interne ;
 - l'ensemble des services pédiatriques ;
 - le service de gériatrie ;
 - la maternité et l'hôpital de jour des grossesses pathologiques.

II.4.3. Critères d'exclusion

Ont été exclus de cette étude :

- Les demandes d'avis arrivées au secrétariat de l'UCMP n'ayant pas abouti à la rencontre avec le patient (erreur d'adressage, patient déjà sorti) ;
- Les patients ayant bénéficié de consultations spécifiques pré-implantatoires en neurochirurgie et en cardiologie ;
- Les patients ayant bénéficié de consultations de suivi spécialisé dans les locaux de l'UCMP, après leur sortie d'hospitalisation.

II.5. Recueil des données

Le relevé des données épidémiologiques a été réalisé à partir de la liste de noms de l'ensemble des patients rencontrés par l'équipe de l'UCMP, en 2012, « au lit du patient » dans les services du C.H.U. Cette liste a été fournie par le Département d'Information Médicale (DIM) du Centre Hospitalier Henri Laborit. Elle a été éditée grâce au code « SU », qui acte la consultation « au lit du patient », dans le logiciel médical utilisé au CHL : CORTEXTE. Ce logiciel contient l'ensemble des éléments administratifs et médicaux des patients (annexe4).

Les données étudiées dans ce travail ont été extraites à partir des dossiers informatisés, consultés un à un, dans le logiciel médical CORTEXTE, depuis un poste informatique du CHL. Le recueil des données a été réalisé, à la lecture des dossiers, par saisie informatique dans le logiciel Microsoft Excel 2013[®].

Afin de préserver le secret médical, ce recueil a été établi *via* l'anonymisation des informations recueillies. Un fichier intermédiaire a été réalisé, attribuant à chaque patient tout d'abord, pour chaque service, un identifiant constitué des 3 premières lettres de son nom de famille associé à la première lettre de son prénom, avec la date de naissance, afin de pouvoir remonter aisément dans le dossier si une information devait être précisée. Puis, une fois les données relevées, un numéro était attribué par ordre de traitement du dossier.

La lecture des dossiers médicaux a été réalisée en collaboration avec le DIM, après avoir obtenu l'autorisation du médecin chef de service et du médecin responsable de l'unité. Cette lecture a débuté en mars 2013, et a pris fin en juillet 2013.

Du fait du caractère rétrospectif, non interventionniste, de l'absence de prise de contact avec les patients et du respect de la confidentialité des éléments administratifs et médicaux, il n'a pas été demandé de consentement aux patients.

Une grille de recueil des données a été élaborée (annexe 5). Dix-neuf variables ont été étudiées. Pour cela, les items, utilisés pour le masque de saisie, ont été organisés autour de 4 axes :

- les caractéristiques socio-épidémiologiques du patient,
- la demande adressée par les services du CHU,
- la réponse proposée par l'UCMP
- et les événements ultérieurs.

II.5.1. Les caractéristiques socio-épidémiologiques et cliniques de la population étudiée

Les variables individuelles décrivant le mode de vie et les antécédents psychiatriques du patient ont été consignées afin de mettre en évidence le profil des patients rencontrés au CHU par l'UCMP.

- ❖ Tout d'abord, nous avons relevé **le sexe** du patient.
- ❖ **L'âge** a été recueilli en années.
- ❖ Nous avons repéré **l'origine géographique** selon 3 catégories, si le patient résidait :
 - dans le département de la Vienne (86),
 - hors du département de la Vienne, mais toutefois dans la région Poitou-Charentes : départements de la Charente (16), Charente-Maritime (17) et des Deux sèvres (79),
 - hors de la région Poitou-Charentes.

En effet, la domiciliation est un élément important dans l'organisation du soin psychiatrique, du fait de la sectorisation. Du fait de son activité régionale et universitaire, le CHU a un recrutement de patients pouvant s'étendre au-delà du département, voire de la région. L'UCMP est donc amené à accompagner des personnes ne résidant pas dans l'un des 4 secteurs géographiques que gère le CHL. La prise en charge de psychiatrie de liaison en est donc complexifiée, principalement dans l'organisation du soin post-hospitalisation.
- ❖ Comme nous l'avons développé plus haut, le **statut conjugal** détermine, en partie, l'étayage familial dont peu disposer, ou non, un patient hospitalisé en MCO. Nous avons donc mentionné si le sujet était :
 - célibataire,
 - en concubinage,
 - marié,
 - divorcé-séparé
 - ou veuf.

- ❖ De même, la **situation professionnelle** peut être un indicateur de la situation sociale et financière des sujets, et donc une potentielle source de résilience ou au contraire de préoccupations supplémentaires à l'état de santé physique. Nous avons distingué si la personne était :
 - sans activité : en recherche d'emploi, allocation adulte handicapé ;
 - en activité : activité professionnelle en cours, étudiant ;
 - à la retraite.

- ❖ La présence d'**antécédents psychiatriques** a été notée. Nous les avons répertoriés, lorsqu'un médecin avait précédemment posé un diagnostic. Ils étaient alors mentionnés dans les observations médicales ou bien en code diagnostique. Plusieurs antécédents ont pu être notifiés pour un même patient. Les catégories sont volontairement larges et peu détaillées, afin d'avoir un aperçu du profil psychique du patient. Elles s'appuient sur la présence de symptômes définis par la classification DSM-IV-TR. Les antécédents ont été répertoriés selon les catégories suivantes :
 - épisode thymique : symptômes de l'ordre de l'épisode d'ordre thymique, qu'il soit dépressif, hypo-maniaque, maniaque ou mixte ; plus largement, période de crise rapportée par le patient sous un jour dépressif;
 - trouble bipolaire : trouble bipolaire de type I ou de type II ;
 - tentative de suicide : au moins une tentative de suicide (TS) réalisée, avant l'hospitalisation en cours, les tentatives de suicide à l'origine de l'hospitalisation en cours n'ont pas été considérées comme faisant partie des antécédents ;
 - trouble de l'adaptation : réaction aiguë à un facteur de stress ou l'un des 6 types de trouble de l'adaptation ;
 - trouble anxieux : attaque de panique, agoraphobie, trouble panique, phobie, trouble obsessionnel-compulsif, état de stress post-traumatique, anxiété généralisée ;
 - trouble psychotique : schizophrénie, trouble schizophréniforme, trouble schizo-affectif, trouble délirant, trouble psychotique bref, trouble psychotique non spécifié ;
 - éthylisme : dépendance, abus, intoxication ou sevrage d'alcool ;
 - toxicomanies : dépendance, abus, intoxication, sevrage ou substitution d'une substance autre que l'alcool ;

- trouble de la personnalité : paranoïaque, schizoïde, schizotypique, antisociale, borderline ou état-limite, histrionique, narcissique, évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive, non spécifié ;
 - antécédents de prise en charge en pédopsychiatrie : une ou plusieurs consultation(s) ou hospitalisation(s) en pédopsychiatrie, durant l'enfance ou l'adolescence.
- ❖ Nous avons répertorié si le patient bénéficiait d'une **prise en charge antérieure** à son hospitalisation au CHU. Plusieurs types de ces prises en charge pouvaient être en cours de façon concomitante. Cela pouvait être mentionné dans l'observation de synthèse rédigée par l'UCMP ou bien était codifié dans le logiciel CORTEXTE. Nous avons donc noté s'il s'agissait :
- d'une prescription de traitement psychotrope en cours : prise d'un ou plusieurs traitement(s) psychotrope(s). Il pouvait s'agir d'un traitement antidépresseur, anxiolytique par benzodiazépine ou neuroleptique sédatif, hypnotique, antipsychotique ;
 - d'un suivi hospitalier : sectoriel ou intersectoriel ;
 - d'une hospitalisation en psychiatrie en cours (établissement public ou privé de psychiatrie, centre de prise en charge des addictions)
 - d'un suivi libéral : par un psychiatre ou psychologue libéral ;
 - d'un suivi par son médecin traitant.
- ❖ Certains patients, dont la pathologie psychiatrique entrave lourdement leurs capacités de gestion financières et administratives, peuvent se trouver sous l'égide d'une mesure de protection des majeurs. Il a donc été relevé si le patient bénéficiait d'une **mesure de protection juridique**, à savoir :
- la sauvegarde de justice ;
 - la curatelle : curatelle simple ou renforcée ;
 - ou la tutelle.

II.5.2. La demande adressée par les services du CHU

- ❖ Le **service du CHU** à l'origine de la demande a été identifié. Pour plus de lisibilité, les différentes unités d'hospitalisation ont été regroupées selon les spécialités médicales et chirurgicales. Si un patient était transféré d'un service à un autre au cours de sa prise en charge somatique, le service retenu était celui à l'origine de la demande d'avis spécialisé. Ces services sont listés dans le tableau 7.

- ❖ Le **motif de la demande** a été relevé à partir des informations et / ou symptômes renseignés par le prescripteur sur la fiche de demande d'intervention. Il pouvait s'agir :
 - des symptômes thymiques : tristesse, pleurs, idées suicidaires et évaluation du risque suicidaire, logorrhée, exaltation, excitation psychomotrice, hyperactivité avec insomnie, etc. ;
 - des symptômes anxieux : anxiété, angoisses de mort, attaque de panique, troubles du sommeil, etc. ;
 - des symptômes psychotiques : persécution, idées délirantes, bizarrerie du comportement, etc. ;
 - des troubles du comportement : agitation, sthénicité, conduites d'opposition aux soins somatiques, hétéro-agressivité, trouble du comportement alimentaire ;
 - d'un sevrage ou d'une addiction : demande d'aide à la gestion d'une addiction ou d'un sevrage à l'alcool ou d'une autre substance, organisation d'une prise en charge ambulatoire ou hospitalière pour un suivi de l'addiction ou planification du sevrage ;
 - d'antécédents psychiatriques : la simple présence d'antécédents psychiatriques rapportés chez ce patient ;
 - d'une tentative de suicide : lorsque la tentative de suicide est à l'origine de l'admission en MCO, l'importance des fracas somatiques empêchant le transfert en psychiatrie ;
 - d'un souhait de soutien provenant du patient ou de sa famille : le médecin du service à l'origine de la demande a reçu une demande de soutien psychique, émise par le patient lui-même ou bien par sa famille ;
 - d'une vérification d'absence de contre-indication (CI) : certaines prises en charge somatiques nécessitent la confirmation qu'aucun élément psychiatrique ne contre-indique (CI) la réalisation des soins spécifiques (dans le cadre d'un bilan pré-greffe du

foie, avant l'introduction d'un traitement médicamenteux à risque de décompensation psychiatrique tel que l'interferon)

- d'un bilan étiologique organique négatif : aucune cause organique n'a pu être objectivée afin d'expliquer les troubles physiques observés, le médecin somaticien souhaite compléter son bilan par un avis psychiatrique.

❖ Le **type d'intervention** réalisée par l'UCMP a été catalogué selon 4 types, d'après la *classification des interventions effectuées en psychiatrie de liaison* établie par le Pr Consoli, détaillée dans précédemment dans le tableau 1 [10] :

- intervention à caractère diagnostique ;
- intervention à caractère thérapeutique ;
- intervention à caractère pragmatique ;
- intervention à caractère multidisciplinaire.

Les 2 autres types d'intervention (intervention à caractère pédagogique et intervention à caractère scientifique) n'ont pas été renseignés dans notre étude car ne rentrent pas dans l'activité habituelle.

II.5.3. La réponse proposée par l'UCMP

❖ Un **diagnostic** était posé par le psychiatre au cours de la prise en charge. Pour les patients pris en charge exclusivement par l'équipe infirmière de l'UCMP, les infirmières ne posaient pas de diagnostic psychiatrique, ils étaient cotés R45 lorsqu'ils présentaient des troubles anxieux ou thymiques.

Les diagnostics ont été regroupés selon les grandes catégories de la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision, CIM 10 [64]. Cette catégorisation a été pensée et réalisée afin de mettre en évidence le mieux possible les différents troubles diagnostiqués, comme notamment les troubles fréquents et dont le diagnostic était suffisamment précis – à savoir les symptômes thymiques et anxieux, l'addiction à l'alcool. Pour plus de lisibilités, les codes diagnostiques

ne figurent pas seuls et les intitulés des diagnostics ont été abrégés. Ces catégories diagnostiques, ainsi que les intitulés abrégés utilisés dans ce travail, sont répertoriés dans le tableau 8.

Tableau 8. Catégories de diagnostics posés selon le DSM-IV-TR et leurs intitulés abrégés utilisés dans l'étude

Catégories des diagnostics selon le DSM-IV-TR	Intitulé abrégé des diagnostics
Z00 Examen général et investigations de sujets ne se plaignant de rien ou pour lesquels aucun diagnostic n'est rapporté	Z00 Examen général de sujets ne se plaignant de rien
R45.8 Symptômes et signes relatifs à l'humeur	R45.8 Symptômes relatifs à l'humeur
X60-X84 Lésions auto infligées	X60-X84 Lésions auto infligées
Z91 Antécédents personnels de facteur de risque, non classés ailleurs	Z91 Antécédents personnels de facteur de risque
F00-F09 Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	F00-F09 Troubles mentaux organiques
F10 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	F10 Troubles mentaux liés à l'alcool
F11-F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres substances	F11-F19 Troubles mentaux [...] liés à l'utilisation d'autres substances
F20-F29 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	F20-F29 Schizophrénie, troubles délirants
F30 Episode maniaque	F30 Episode maniaque
F31 Trouble affectif bipolaire	F31 Trouble affectif bipolaire
F32-F39 Episodes dépressifs - Trouble dépressif récurrent - Troubles de l'humeur persistants - Autres troubles de l'humeur - Trouble de l'humeur, sans précision	F32-F39 Episodes dépressifs
F40-F41-F42 Troubles anxieux phobiques - Autres troubles anxieux - Trouble obsessionnel-compulsif	F40-F41-F42 Troubles anxieux phobiques
F43 Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation	F43 Réaction à un facteur de stress sévère, troubles de l'adaptation
F44- F45-F48 Troubles dissociatifs - Troubles somatoformes - Autres troubles névrotiques	F44-F45-F48 Troubles dissociatifs - Autres troubles névrotiques
F50-59 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	F50-59 Syndromes comportementaux liés à des perturbations physiologiques
F60-F69 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	F60-F69 Troubles de la personnalité
F70-F79 Retard mental	F70-F79 Retard mental
Autres - erreur de codage	Autres - erreur de codage

- ❖ En réponse à la demande qui lui était adressée, l'UCMP proposait une ou plusieurs des **actions** suivantes :
 - Une intervention infirmière : un entretien isolé ou plusieurs entretiens psychothérapeutiques infirmiers ;
 - Une intervention médicale : un entretien isolé ou plusieurs entretiens psychothérapeutiques psychiatriques ;
 - Une prescription médicamenteuse : proposition d'une prescription médicamenteuse, que ce soit via l'initiation, la modification de la posologie ou l'arrêt d'un traitement psychotrope ;
 - Pas de CI psychiatrique : une réponse formelle à la question posée concernant la recherche de contre-indication à la prise en charge somatique à venir ;
 - Arrêt de la prise en charge UCMP : la prise en charge réalisée par l'équipe de l'UCMP n'était pas poursuivie en cas de refus du patient, en l'absence d'indication à poursuivre la prise en charge au-delà du premier entretien ou d'emblée quand l'entretien n'était pas possible du fait de l'état physique du patient.

- ❖ Un **traitement psychotrope** pouvait être proposé par le psychiatre de l'UCMP. Ces traitements médicamenteux ont été notés et regroupés selon les classes pharmacologiques suivantes (liste non-exhaustive):
 - anxiolytiques :
 - benzodiazépines,
 - anxiolytiques non benzodiazépines (hydroxyzine, buspirone),
 - hypnotiques ;
 - neuroleptiques sédatifs :
 - phénothiazines (cyamémazine),
 - neuroleptiques atypiques (loxapine) ;
 - antidépresseurs :
 - inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (fluoxétine, paroxétine, escitalopram, sertraline),
 - inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (venlafaxine),
 - tricyclique (clomipramine, imipramine),
 - inhibiteurs de la mono-amine oxydase (moclobémide),
 - autres antidépresseurs (mirtazapine) ;

- antipsychotiques :
 - neuroleptiques atypiques (clozapine, rispéridone, aripiprazole, olanzapine),
 - neuroleptiques incisifs et anti-productifs (halopéridol, flupentixol, lévopromazine),
 - neuroleptiques anti-déficitaires (amisulpride, pipotiazine),
 - neuroleptiques d'action prolongée (halopéridol, rispéridone, zuclopenthixol) ;
- thymorégulateurs :
 - lithium,
 - anticonvulsivants (carbamazépine, valpromide, divalproate de sodium) ;
- traitements autres :
 - traitement visant à maintenir l'abstinence chez le sujet alcool-dépendant (disulfirame, acamprosate),
 - traitement de substitution (buprénorphine, méthadone),
 - traitements non-conventionnels.

❖ La ***durée de prise en charge*** par le service de psychiatrie de liaison au CHU a été comptabilisée en nombre de jours. Cette durée de prise en charge doit être distinguée de la durée totale d'hospitalisation au CHU.

Du fait de la continuité des soins, la prise en charge de certains patients rencontrés, au moins une fois en 2012, avait pu débuter antérieurement, et / ou a pu se prolonger ultérieurement sur l'année 2013. Dans ce cas, il a été précisé si les patients avaient été pris en charge sur une période de changement d'année civile.

❖ Une ***orientation du patient à sa sortie*** du CHU pouvait être proposée en collaboration avec l'équipe somatique. Elle constituait un élément majeur dans sa prise en charge, en la prolongeant par un suivi adapté. Toutefois, l'équipe de l'UCMP pouvait ne pas proposer d'orientation dans les situations suivantes :

- en l'absence d'indication,
- si le relais était pris par l'équipe de l'UAMP,
- en cas de transfert dans une autre structure de soins,
- si la sortie de l'hôpital se produisait précocement dans la prise en charge de l'UCMP, avant que l'équipe n'ait proposé d'orientation,
- si le patient était en fin de vie ou s'il décédait.

Si elle était proposée à l'issue de l'hospitalisation du patient, l'**orientation** était notifiée et précisée comme tel :

- vers un Centre Médico-Psychologique (CMP) : suivi hospitalier ambulatoire de type
 - sectoriel,
 - intersectoriel,
 - ou spécialisé (géronto-psychiatrique, prise en charge des addictions, à orientation psychothérapeutique spécifique) ;
- vers une hospitalisation en psychiatrie :
 - dans un service hospitalier, en hospitalisation libre ou sous contrainte,
 - dans un établissement privé,
 - dans un établissement spécialisé dans la prise en charge des addictions ;
- vers des professionnels du CHU : un relais pouvait être proposé
 - à l'équipe mobile de soins palliatifs,
 - l'équipe de la douleur,
 - ou au psychologue du service, s'il en était doté ;
- vers le médecin traitant : lorsqu'un suivi médical était nécessaire, sans qu'un suivi spécialisé psychiatrique le fût, l'orientation vers le médecin traitant pouvait alors se faire :
 - d'emblée
 - ou après un séjour en centre de convalescence ou en centre de soins de suite et réadaptation ;
- vers un praticien libéral : consultations ambulatoires avec
 - un médecin psychiatre
 - ou psychologue en cabinet.

Plusieurs orientations pouvaient être indiquées à un même patient, bien souvent lui laissant le choix entre les orientations ambulatoires.

II.5.4. Les événements ultérieurs

Le devenir du patient et sa trajectoire post-hospitalisation sont des éléments intéressants à connaître pour mesurer l'adhésion du patient à l'orientation qui lui est proposée, et prévenir d'éventuelles décompensations ultérieures ou de chronicisation des troubles.

Grâce au logiciel « CORTEXTE », deux sortes d'événements, ultérieurs à l'arrêt de la prise en charge initiale par l'équipe de l'UCMP, ont pu être recueillies.

- ❖ Nous avons noté si une ***prise de contact avec le CMP*** était réalisée, dans un délai de 3 mois, suite à l'orientation du patient. Cette durée de 3 mois a été arbitrairement choisie afin de prendre en compte les délais impartis à la file active importante dans les CMP, et à la mise en œuvre de la démarche par le patient, mais également pour pouvoir attribuer la prise de contact à l'orientation proposée par l'UCMP. De plus, nous avons considéré qu'au-delà de ces 3 mois, le patient ne contacterait plus le CMP pour les motifs qui étaient en cours durant son séjour au CHU.

Cette prise de contact pouvait résider en une consultation psychiatrique, une consultation infirmière, une visite à domicile ou une prise d'éléments téléphonique par un infirmier. Elle devait nécessairement constituer le premier événement qui suivait la prise en charge en psychiatrie de liaison. Par exemple, si, dans l'intervalle de temps le patient était vu aux urgences par l'UAMP, ou s'il était hospitalisé en psychiatrie, la prise de contact n'était pas relevée car pas directement attribuable à l'intervention de l'UCMP.

Généralement, le recueil de cet élément n'était possible que pour les patients résidant dans le département. En effet, le déploiement hospitalier du CHL couvre l'ensemble du département. Seules les consultations réalisées dans le département étaient actées dans le logiciel médical CORTEXTE. Les consultations hors département pouvaient être toutefois recensées dans les observations rédigées ultérieurement.

- ❖ Nous avons mentionné un ***suivi itératif par l'UCMP***.

Cela représente un paramètre important, influant directement sur l'activité de l'équipe. Ceci pouvait survenir à l'occasion de différentes demandes provenant des services du CHU (lorsque le patient changeait de service par exemple) ou de multiples hospitalisations de la personne au CHU sur l'année 2012.

II.6. Analyses statistiques

Les données ont été analysées à la fin de l'étude, une fois l'ensemble des données recueillies, validées et la base de données gelée.

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2013 ©.

Une analyse descriptive simple a été réalisée sur l'ensemble de la population de l'étude. Cette description a porté sur les données sociodémographiques et les caractéristiques cliniques des patients, ainsi que les variables caractérisant l'activité de l'UCMP. Les variables quantitatives ont été résumées par les paramètres classiques de la statistique descriptive, à savoir moyenne et écart type (ET). Les variables qualitatives ont été résumées par l'effectif et le pourcentage de chaque modalité.

Certains de nos résultats ont été illustrés par des représentations graphiques telles des histogrammes ou des diagrammes.

II.7. Résultats

Les capacités d'accueil du Centre hospitalier universitaire de Poitiers comptent 1 517 lits et places au 31 décembre 2012. Le CHU de Poitiers a recomposé en 8 pôles hospitalo-universitaires, les activités médicales et médico-techniques de ses 43 services, dont les services d'hospitalisation psychiatrique ne font pas partie et sont situés au CHL.

II.7.1. Sujets inclus dans l'étude

L'échantillon initial était composé de 994 patients.

Sept patients avaient été exclus, car la demande était arrivée au secrétariat, mais les patients n'ont pas été rencontrés par l'UCMP : 3 avis avaient été annulés, 1 demande avait été adressée par erreur et était en fait destinée à une autre équipe, 3 patients étaient sortis avant que l'équipe ne puisse les rencontrer. Dix patients avaient été exclus, car ils ont été rencontrés dans le cadre de consultations spécifiques préimplantatoires en neurochirurgie et en cardiologie.

Après exclusion, l'échantillon de l'étude était composé de 977 de patients. La constitution de l'échantillon des patients étudiés est résumée dans le diagramme de flux suivant (figure 2).

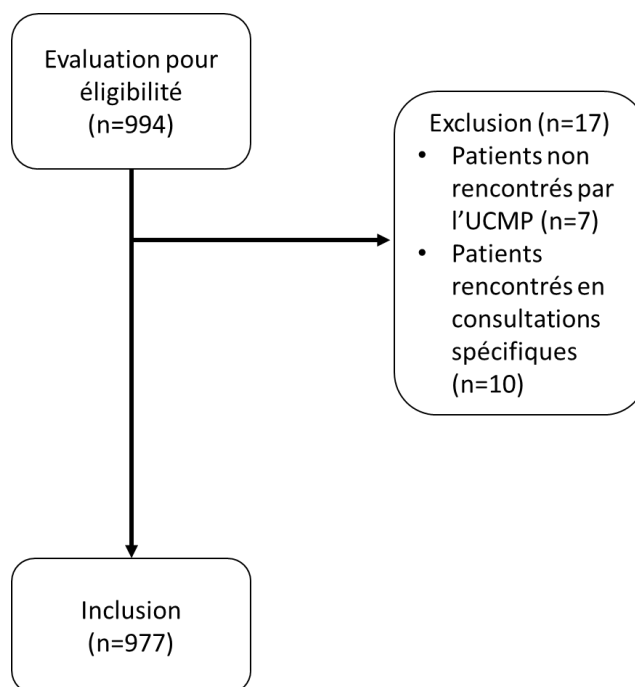


Figure 2. Flux des patients dans l'étude

II.7.2. Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

L'ensemble des caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population d'étude sont résumées dans le tableau 9.

L'âge moyen des patients pris en charge par l'UCMP, était de 55,6 ans (écart-type = 17,3), les âges s'échelonnaient de 18 à 93 ans. Concernant le sexe de la population, 519 (53.1%) étaient des hommes (moyenne d'âge = 55.6 ans ; écart-type = 16,3) et 458 (46.9%) des femmes (moyenne d'âge = 55.6 ans ; écart-type = 18,2). Le sex-ratio est de 1,1.

La grande majorité des personnes (68,6%) était domiciliée dans le département de la Vienne (86). Néanmoins, 307 n'étaient pas originaires du département, ce qui représente 31,4% de la population totale étudiée.

Plus de la moitié des patients, prise en charge par l'équipe de l'UCMP en 2012, étaient mariés (40,1%) ou en concubinage (15,7%). En revanche, 399 (40,8%) personnes vivaient seules (célibataires, veuves, séparées-divorcées).

Les nombres de personnes retraitées et de personnes en activité étaient très proches. La différence n'était que de 10 personnes sur une population totale de 977 personnes : 345 (35,3%) patients étaient retraités et 335 (34,3%) étaient en activité. D'autre part, 234 personnes (24%) étaient sans activité.

Très peu de patients étaient sous l'égide d'un régime de protection des personnes. Seulement 24 patients (2,5 %) étaient dans cette situation : 17 d'entre eux étaient sous curatelle (1,7%) et 7 sous tutelle (0,7 %).

Tableau 9. Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

	Total (n=977)	
	n ou moyenne	% ou ET
Sexe		
Homme	519	53,1
Femme	458	46,9
Age	55,6	17,3
Origine géographique		
Département	670	68,6
Hors-département	236	24,2
Hors-région	69	7,1
Statut conjugal		
Célibataires	158	16,2
En concubinage	153	15,7
Mariés	392	40,1
Séparés-divorcés	141	14,4
Veufs	100	10,2
Situation professionnelle		
Sans activité	234	24
En activité-Etudiants	335	34,3
Retraités	345	35,3
Mesure de protection juridique		
Curatelle	17	1,7
Tutelle	7	0,7

Résultats présentés en effectif et pourcentage pour les variables qualitatives, ou moyenne et écart-type (ET) pour les variables quantitatives.

II.7.3. Caractéristiques cliniques des patients

II.7.3.1. Les antécédents psychiatriques

Cinq cent vingt-six patients n'avaient pas d'antécédents psychiatriques notifiés dans leur dossier, soit 53,8% de la population totale.

Pour les 451 patients qui présentaient des antécédents psychiatriques, 767 antécédents ont été comptabilisés en tout, avec en moyenne 1,7 antécédents par patient.

La figure 3 représente la répartition des différents types d'antécédents psychiatriques relevés dans l'échantillon d'étude.

Deux types d'antécédents ressortent très nettement et sont même très proches en terme d'effectifs : il s'agit de l'éthylisme (n=222) et de l'épisode thymique (n=217). Les troubles névrotiques (n=6) et le suivi pédopsychiatrique (n=5) sont par contre très peu représentés.

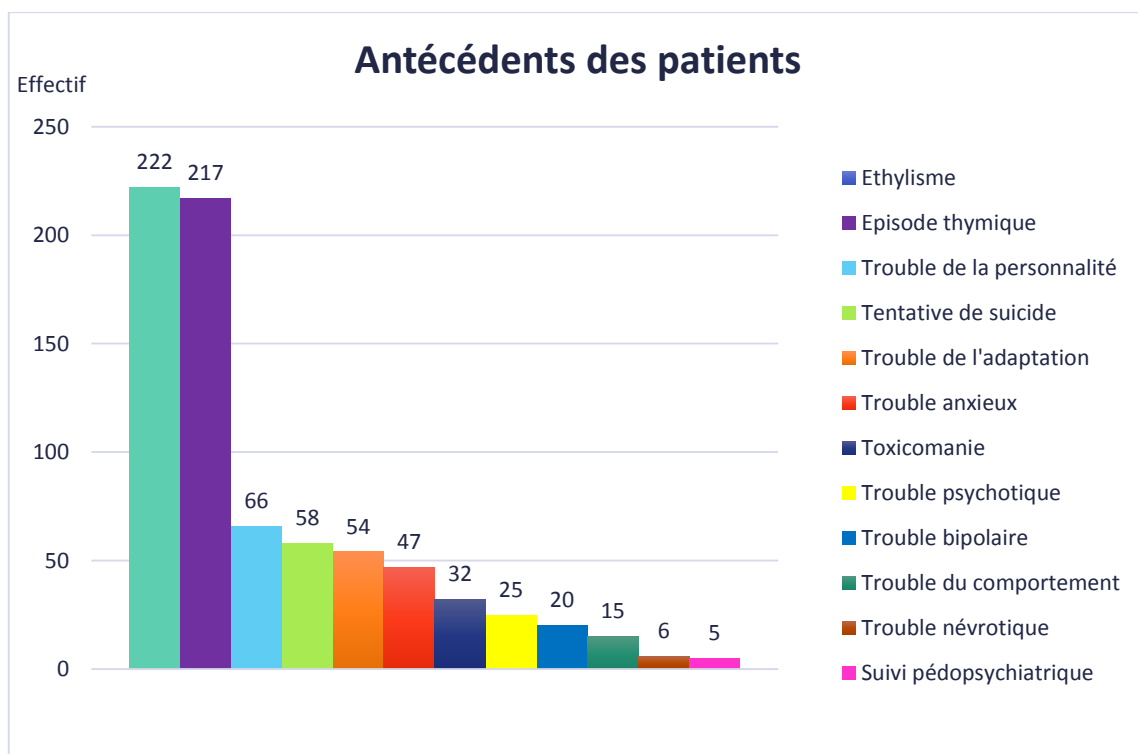


Figure 3. Les antécédents psychiatriques des patients

II.7.3.2. Prise en charge antérieure

Sept cent huit patients n'avaient bénéficié d'aucune prise en charge psychiatrique antérieure ; c'est-à-dire que 72% de la population totale étudiée n'avait ni traitement ni suivi en cours.

Les prises en charge dont bénéficiaient les 269 autres patients, avant leur hospitalisation au CHU, sont détaillées dans la figure 4. Ils étaient 100 à bénéficier d'au moins une prise en charge hospitalière.

Parmi les patients qui bénéficiaient déjà d'une prise en charge antérieure, il s'agit essentiellement de la prise d'un traitement psychotrope : 232 patients sur les 269 ayant une prise en charge.

Sur les 232 patients qui prenaient un traitement psychotrope, 130 n'avaient pas de suivi spécifique. Cette prescription médicamenteuse correspondait simplement à un renouvellement d'ordonnance sans suivi spécifique. Cela équivaut à 56% des patients prenant un traitement, ou 13,3% de l'ensemble de l'échantillon étudié.

Dans la population de patients ayant un suivi psychiatrique antérieur à leur hospitalisation, 37 n'avaient pas de prescription médicamenteuse, soit 3,8% de la population totale étudiée.

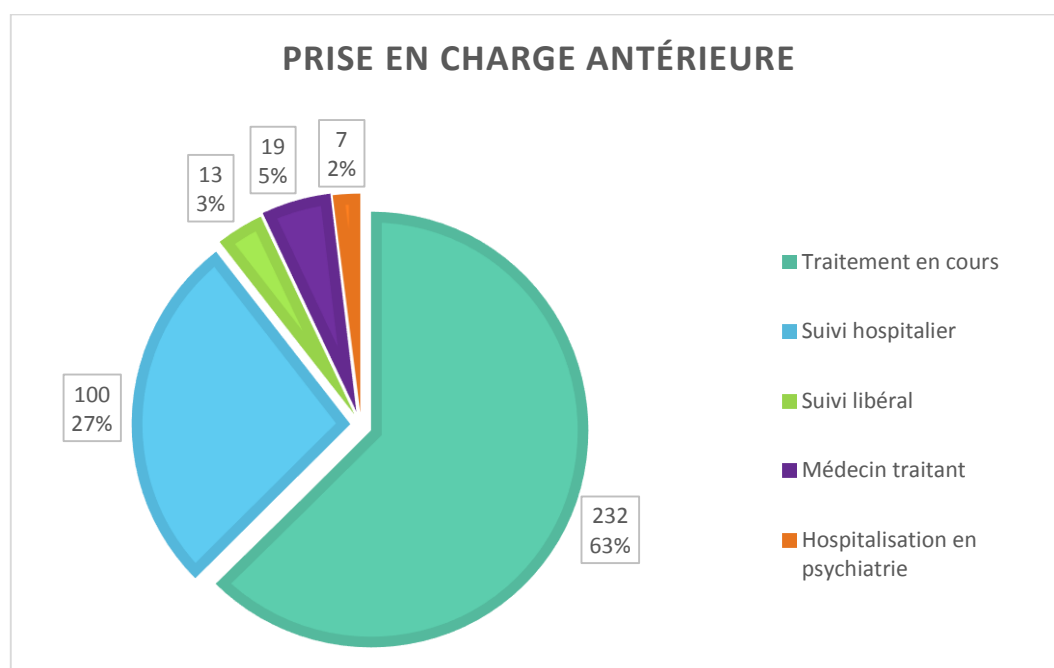


Figure 4. Répartition des prise en charges parmi les 267 patients qui bénéficiaient d'une prise en charge antérieurement

II.7.4. La demande adressée par les services du CHU

II.7.4.1. Les services demandeurs

Le nombre de demandes provenant de chacun des services est mentionné dans le tableau 10. Un rang de classement des services a été établi en fonction du nombre de demandes par service.

Ce tableau montre bien que 2 services se détachent clairement. Il s'agit des services de gastro-entérologie et de neurologie, qui à eux deux, totalisent plus d'un quart de la population étudiée.

En 2012, le service de gastro-entérologie disposait de 50 lits (21 lits en hôpital de jour et de semaine, 16 en hospitalisation traditionnelle, 8 en soins intensifs (SI), 5 en nutrition parentérale) et a réalisé 168 demandes d'avis auprès de l'UCMP. Cela représentait donc un peu plus de 3,3 demandes par lit sur l'année 2012.

Quant à la neurologie, elle totalisait 64 lits (2 ailes de 32 lits : hôpital de semaine, hospitalisation traditionnelle, unité neuro-vasculaire) et a formulé 133 demandes ; cela représentait environ 2 demandes par lit sur l'année 2012.

Ainsi, la gastro-entérologie est le service qui a le plus sollicité l'UCMP sur l'année 2012, ce qui se confirme avec le nombre de demandes rapporté aux places disponibles dans les unités.

A l'inverse, des services ont recours à l'intervention de l'UCMP de façon anecdotique avec simplement quelques demandes isolées sur une année entière. La réanimation-chirurgie cardio-thoracique et le service d'ophtalmologie n'ont sollicité qu'une fois chacun l'UCMP. 8 services ont un nombre de patients inférieur ou égal à 5.

Tableau 10. Classement des services demandeurs en fonction du nombre de demandes

Services demandeurs	n (%)	Rang
H6C Gastro-Entérologie, H6D Gastro-Entérologie et Soins intensifs	168 (17,2)	1
H4B Neurologie, H4C Neurologie, H3B Neurologie,	133 (13,6)	2
H3C Neuro-chirurgie et Neuro-chirurgie SI	83 (8,5)	3
H2B Traumatologie-Orthopédie C, H2C Traumatologie-Orthopédie C	76 (7,8)	4
Beauchant Cardiologie S.I., U1 et U2, clinique HTA U3	75 (7,7)	5
H5B Chirurgie Viscérale HC, H5D Chirurgie Viscérale	62 (6,3)	6
Beauchant Pneumologie U1 et U2	61 (6,2)	7
H1B Obstétrique, H1D Gynécologie HC et consultation	41 (4,2)	8
H5B Endocrinologie HC	39 (4)	9
H7B Rhumatologie, H7C Rhumatologie	39 (4)	10
Maurice Salles Rééducation Fonctionnelle	33 (3,4)	11
Satellite Technique Néphrologie Consultation, HDJ et Hospitalisation	30 (3,1)	12
H7D O.R.L.	27 (2,7)	13
Beauchant Chirurgie Cardio Thoracique U3	22 (2,3)	14
H6B Dermatologie	16 (1,6)	15
H4D Chirurgie Vasculaire	14 (1,4)	16
Oncologie médicale Hospitalisation complète, HDJ et de semaine	12 (1,2)	17
Autres - non précisé	11 (1,1)	18
Satellite Technique Hémodialyse	10 (1)	19
H5B Urologie HC	5 (0,5)	20
Le Blaye Centre douleur	5 (0,5)	21
H6B Chirurgie plastique	4 (0,4)	22
Satellite Technique Réanimation Chirurgicale	4 (0,4)	23
Hématologie HDJ, Hématologie Hospitalisation complète	3 (0,3)	24
Garnier Soins palliatifs	2 (0,2)	25
Réanimation chirurgie cardio-thoracique	1 (0,1)	26
H7D Ophtalmologie	1 (0,1)	27
TOTAL	977 (100)	-

II.7.4.2. Le motif de la demande

Les résultats concernant le motif de la demande figurent dans le tableau 11. Ceux-ci sont indiqués pour la population totale étudiée, ainsi que pour les 4 services ayant le plus grand nombre de demandes. Un rang de classement a été établi pour chaque motif de demande, en fonction du nombre de patients rencontrés dans les services concernés.

Dans la population de l'étude, un motif de demande se distingue très franchement : les symptômes thymiques. Ils sont mentionnés dans plus de 340 demandes d'avis. Viennent ensuite les symptômes anxieux, et le sevrage-addiction, dont les proportions restent très supérieures aux 8 autres motifs de demande. Ces 3 motifs cumulent à eux seuls 73% des symptômes mentionnés.

En hépato-gastro-entérologie, 2 motifs de demande se démarquent : le sevrage-addiction (plus de 50% dans ce service) et la vérification de l'absence de CI.

Dans les services de neurologie et de neurochirurgie, symptômes thymiques et symptômes anxieux sont les motifs de demande les plus fréquents, avec respectivement 39,1% et 24,1% en neurologie et 28,9% et 42,2% en neurochirurgie.

En traumatologie-orthopédie, le premier motif de demande est le symptôme anxieux (30,3%), suivi de près par les tentatives de suicide pour un quart des patients du service (25%).

La tentative de suicide, à l'origine de l'hospitalisation en cours, était donc le 2^{ème} motif de demande en traumatologie-orthopédie avec 19 patients. L'autre service qui était très concerné par ce motif était la neurochirurgie avec 12 demandes. Ensuite, la pneumologie totalisait 6 demandes de ce type. La gastro-entérologie et l'ORL comptabilisaient chacune 4 demandes. Les services restants avaient formulé moins de 2 demandes de ce type sur l'année 2012.

Tableau 11. Motif de la demande formulée par les services du CHU auprès de l'UCMP

Motif de la demande	Population totale (n=977)		La gastro-entérologie (n=168)		La neurologie (n=133)		La neurochirurgie (n=83)		La traumatologie-Orthopédie (n=76)	
	n (%)	Rang	n (%)	Rang	n (%)	Rang	n (%)	Rang	n (%)	Rang
Symptômes thymiques	343 (35,1)	1	21 (12,5)	3	52 (39,1)	1	24 (28,9)	2	18 (23,7)	3
Symptômes anxieux	234 (24)	2	13 (7,7)	4	32 (24,1)	2	35 (42,2)	1	23 (30,3)	1
Sevrage / addictions	136 (13,9)	3	86 (51,2)	1	16 (12)	4	2 (2,4)	5	5 (6,6)	4
Troubles du comportement	69 (7,1)	4	6 (3,6)	5	17 (12,8)	3	4 (4,8)	4	4 (5,3)	5
Tentative de suicide	53 (5,4)	5	4 (2,4)	6	2 (1,5)	8	12 (14,5)	3	19 (25)	2
Vérification de l'absence de CI	46 (4,7)	6	31 (18,5)	2	0 (0)	11	1 (1,2)	10	0 (0)	10
Souhait du patient / de sa famille	35 (3,6)	7	4 (2,4)	7	2 (1,5)	9	1 (1,2)	9	4 (5,3)	6
Antécédents psychiatriques	28 (2,9)	8	1 (0,6)	9	3 (2,3)	7	1 (1,2)	8	3 (3,9)	7
Trouble sans origine organique retrouvée	13 (1,3)	9	2 (1,2)	8	5 (3,8)	5	1 (1,2)	11	0 (0)	11
Symptômes psychotiques	12 (1,2)	10	0 (0)	10	3 (2,3)	6	1 (1,2)	7	0 (0)	9
NR ou erreur	8 (0,8)	11	0 (0)	11	1 (0,8)	10	1 (1,2)	6	0 (0)	8
Total	977 (100)	-	168 (100)	-	133 (100)	-	83 (100)	-	76 (100)	-

II.7.4.3. Le type d'intervention

II.7.4.3.1. Le type d'intervention dans la population totale

Les résultats concernant le type d'intervention réalisée par l'UCMP sont spécifiés dans la figure 5. Un type de demande se démarquait immédiatement avec un résultat majoritaire pour l'intervention de type multi-disciplinaire (50%).

Les interventions de type thérapeutique et pragmatique avaient des résultats très proches. L'intervention diagnostique était l'intervention la moins fréquente dans notre échantillon.

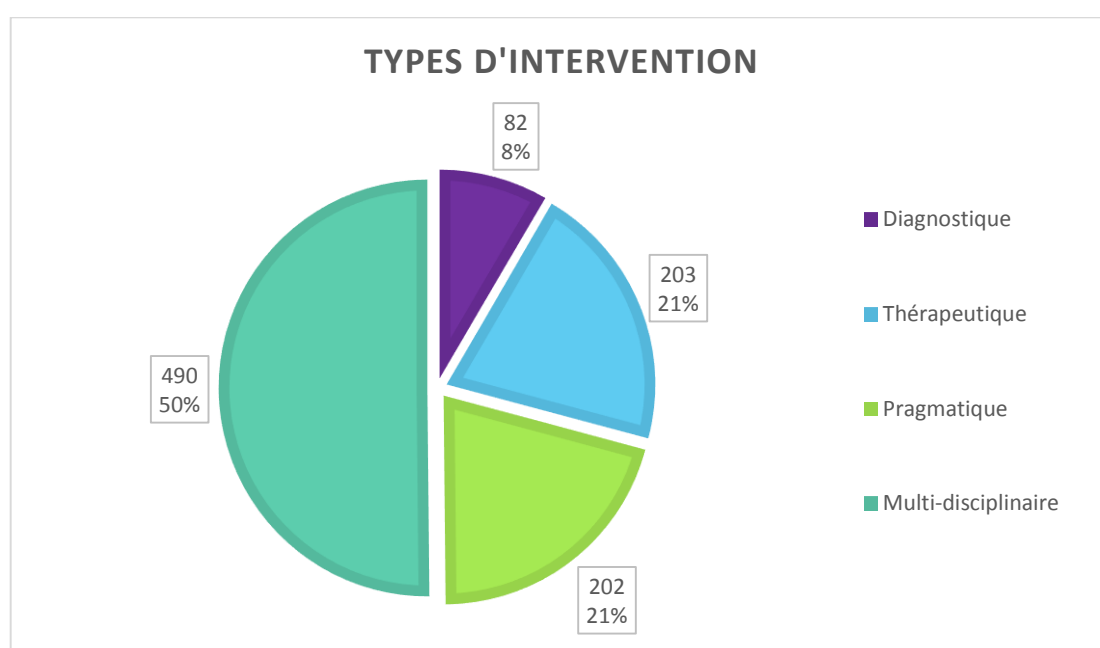


Figure 5. Répartition des types d'intervention

II.7.4.3.2. Le type d'intervention selon les services

Nous nous sommes intéressés aux types des intervention qui étaient réalisées dans chacun des services, cela est détaillé dans le tableau 12.

Les interventions de type multi-disciplinaire, largement majoritaires, étaient surtout réalisées dans les services de gastro-entérologie (13,3%) et de neurologie (11,2%). Venaient ensuite les services suivants : la chirurgie viscérale (9,2%), la neurochirurgie (8,8%), puis la gynécologie-obstétrique (6,9%), la traumatologie-orthopédie (6,9%) et la cardiologie (32%).

Au sujet des interventions de type thérapeutique, c'était en neurologie qu'elles avaient été les plus nombreuses (n=29). Elles étaient également nombreuses en cardiologie (n=27). A un niveau moindre, la neurochirurgie et la pneumologie avaient fréquemment recours à ce type d'intervention.

C'était en gastro-entérologie que les interventions pragmatiques ont été largement concentrées, à plus de 44% pour ce type d'intervention.

Les interventions de type diagnostique étaient donc le type d'intervention le moins sollicité, elles ont été principalement réalisées pour 30 patients hospitalisés en neurologie (36,6%). Aucun autre service n'a sollicité plus de 8 interventions diagnostiques.

Lorsqu'on s'intéresse aux 4 services ayant le plus grand nombre de demandes, les éléments suivant sont mis en évidence (figure 6.). En gastro-entérologie, les interventions diagnostiques et thérapeutiques étaient considérablement dominées par les pragmatiques et multi-disciplinaires. Le type multi-disciplinaire était le plus sollicité en neurologie (n=55), les 3 autres types d'interventions venaient ensuite. Cette disposition (multi-disciplinaire en tête et les 3 autres types avec des effectifs moindres) était retrouvée en neurochirurgie et traumatologie-orthopédie.

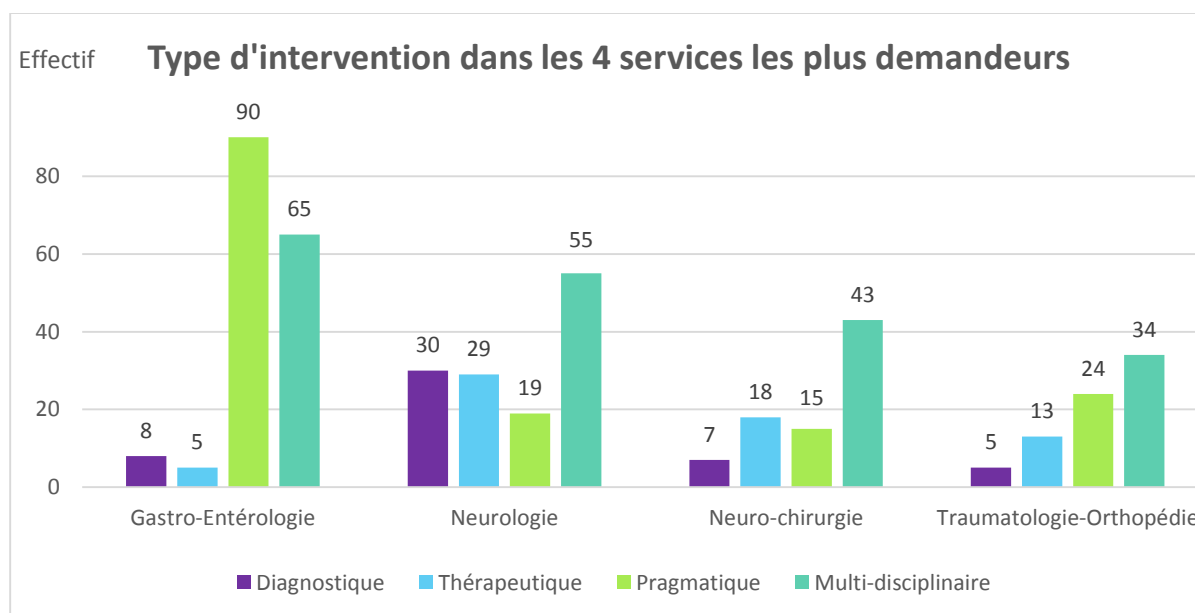


Figure 6. Type d'intervention dans les 4 services les plus demandeurs

Tableau 12. Les types d'interventions par services

Services demandeurs	Diagnostic (n=82)	Thérapeutique (n=203)	Pragmatique (n=202)	Multi- disciplinaire (n=490)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Beauchant Chirurgie Cardio Thoracique U3	2 (2,4)	10 (4,9)	2 (1)	8 (1,6)
Réanimation chirurgie cardio-thoracique	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,2)
Beauchant Cardiologie S.I., U1 et U2, clinique HTA U3	7 (8,5)	27 (13,3)	9 (4,5)	32 (6,5)
Beauchant Pneumologie U1 et U2	4 (4,9)	17 (8,4)	14 (6,9)	26 (5,3)
H1B Obstétrique, H1D Gynécologie HC et consultation	1 (1,2)	4 (2)	2 (1)	34 (6,9)
H2B Traumatologie-Orthopédie C, H2C Traumatologie-Orthopédie C	5 (6,1)	13 (6,4)	24 (11,9)	34 (6,9)
H3B Neurologie, H4B Neurologie, H4C Neurologie	30 (36,6)	29 (14,3)	19 (9,4)	55 (11,2)
H3C Neuro-chirurgie, Neuro-chirurgie SI	7 (8,5)	18 (8,9)	15 (7,4)	43 (8,8)
H4D Chirurgie Vasculaire	0 (0)	6 (3)	1 (0,5)	7 (1,4)
H5B Chirurgie Viscérale HC, H5D Chirurgie Viscérale	3 (3,7)	9 (4,4)	5 (2,5)	45 (9,2)
H5B Endocrinologie HC	7 (8,5)	5 (2,5)	4 (2)	23 (4,7)
H5B Urologie HC	0 (0)	3 (1,5)	0 (0)	2 (0,4)
H6B Chirurgie plastique	0 (0)	1 (0,5)	0 (0)	3 (0,6)
H6B Dermatologie	2 (2,4)	2 (1)	0 (0)	12 (2,4)
H6C Gastro-Entérologie, H6D Gastro-Entérologie et Soins intensifs	8 (9,8)	5 (2,5)	90 (44,6)	65 (13,3)
H7B Rhumatologie, H7C Rhumatologie	4 (4,9)	12 (5,9)	1 (0,5)	22 (4,5)
H7D O.R.L.	1 (1,2)	5 (2,5)	5 (2,5)	16 (3,3)
H7D Ophtalmologie	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,2)
Hémato HDJ, Hémato Hospitalisation complète	0 (0)	1 (0,5)	0 (0)	2 (0,4)
Maurice Salles Rééducation Fonctionnelle	1 (1,2)	13 (6,4)	1 (0,5)	18 (3,7)
Oncologie médicale Hospitalisation complète, HDJ et de semaine	0 (0)	8 (3,9)	1 (0,5)	3 (0,6)
Satellite Technique Néphrologie Consultation, HDJ et Hospitalisation	0 (0)	6 (3)	1 (0,5)	23 (4,7)
Satellite Technique Réanimation Chirurgicale	0 (0)	1 (0,5)	1 (0,5)	2 (0,4)
Garnier Soins palliatifs	0 (0)	1 (0,5)	1 (0,5)	0 (0)
Le Blaye Centre douleur	0 (0)	1 (0,5)	1 (0,5)	3 (0,6)
Satellite Technique Hémodialyse	0 (0)	2 (1)	0 (0)	8 (1,6)
Autres - non précisé	0 (0)	4 (2)	5 (2,5)	2 (0,4)
Total	82 (100)	203 (100)	202 (100)	490 (100)

II.7.4.3.3. Le type d'intervention selon le sexe

Si l'on compare entre les 2 sexes, ce sont les hommes qui étaient les plus nombreux à recevoir une intervention de type thérapeutique (54,7%) et de type pragmatique (71,3%). A l'inverse, ils étaient les moins nombreux à bénéficier d'une intervention de type diagnostique (37,8%) et de type multi-disciplinaire (47,6%). Les effectifs sont détaillés dans la figure 7.

Par ailleurs, la répartition des types d'intervention dans chacun des sexes figure dans le tableau 13. Dans l'ensemble de la population masculine, le type d'intervention le plus courant était multi-disciplinaire (44,9%). Il en était de même pour la population féminine (56,1%). Par contre, seules 12,7% des femmes ont eu une intervention pragmatique, alors que 27,7% des hommes en ont eu une.

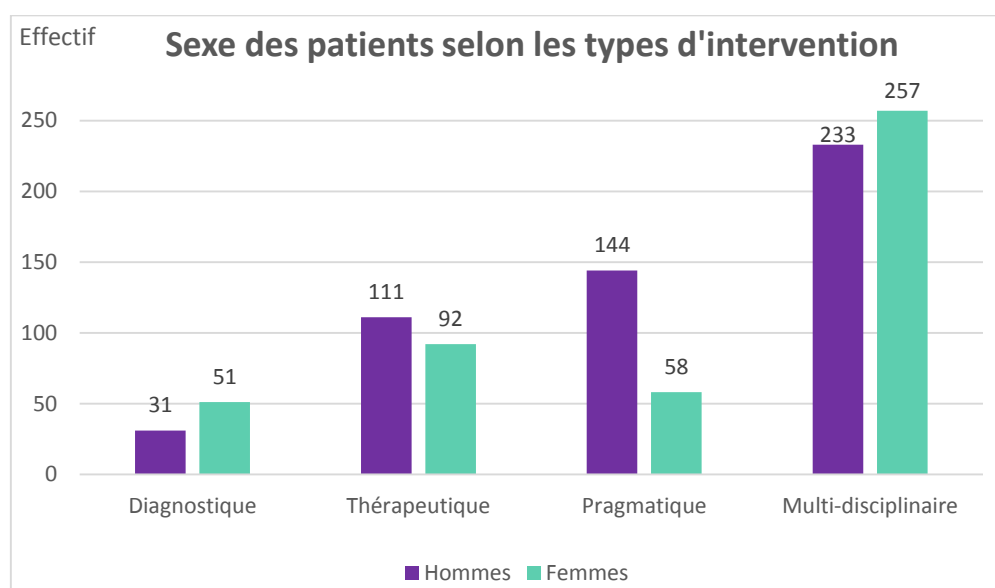


Figure 7. Répartition par sexe des patients selon les types d'intervention

Tableau 13. Types d'intervention par sexe

Type d'intervention	Hommes (n=519) n (%)	Femmes (n=458) n (%)
Diagnostique	31 (6)	51 (11,1)
Thérapeutique	111 (21,4)	92 (20,1)
Pragmatique	144 (27,7)	58 (12,7)
Multi-disciplinaire	233 (44,9)	257 (56,1)
Total	519 (100)	458 (100)

II.7.5. La réponse de l'UCMP

II.7.5.1. Le diagnostic posé

Un patient pouvant recevoir plusieurs diagnostics, 1117 diagnostics ont été posés. Cela constitue une moyenne de 1,14 diagnostics posés par patient.

Les diagnostics posés, par les intervenants de l'UCMP, pour chaque patient, sont exposés dans les tableaux suivants. Le tableau 14 indique les résultats pour l'ensemble de la population étudiée, ainsi que la répartition par sexe. Le tableau 15 indique les résultats pour les 4 services ayant réalisé le plus grand nombre de demandes d'avis.

Les résultats sont exprimés en nombre de patients ayant reçu le diagnostic concerné. L'ordre d'apparition des diagnostics est celui du classement dans la population générale. Pour la répartition par sexe et par service, un rang de classement a été établi en fonction du nombre de diagnostics posés.

II.7.5.1.1. Diagnostic posé dans la population totale de l'étude et en fonction du sexe

Dans la population totale, un diagnostic prépondérant était le *F43 Réaction à un facteur de stress sévère, troubles de l'adaptation*, il a été attribué à 318 personnes, soit plus de 28% de la population totale (tableau 14). Il était également le premier diagnostic posé chez les hommes, et chez les femmes (figure 8).

Les 2 autres diagnostics qui ressortaient étaient *R45.8 Symptômes relatifs à l'humeur* et *F32-F39 Episodes dépressifs* qui totalisaient à eux deux 355 patients. Ils étaient également classés en seconde et troisième position chez les hommes et chez les femmes. Autant d'hommes que de femmes (n=73) ont reçu le diagnostic *F32-F39 Episodes dépressifs*

On trouvait en quatrième position dans la population générale et chez les hommes le *F10 Troubles mentaux liés l'alcool*. Celui-ci n'arrivait qu'en septième rang chez les femmes.

De façon générale, 2 diagnostics étaient très faiblement représentés, à savoir le *F44-F45-F48 Troubles dissociatifs - Autres troubles névrotiques* et le *F30 Episode maniaque*, avec moins de 5 sujets diagnostiqués ainsi.

Tableau 14. Diagnostics établis pour les patients de la population totale étudiée et selon le sexe

Diagnostics posés	Population totale (n=977)	Hommes (n=519)		Femmes (n=458)	
	n (%)	n (%)	Rang	n (%)	Rang
F43 Réaction à un facteur de stress sévère, troubles de l'adaptation	318 (28,5)	149 (24,7)	1	169 (32,9)	1
R45.8 Symptômes relatifs à l'humeur	209 (18,7)	114 (18,9)	2	95 (18,5)	2
F32-F39 Episodes dépressifs	146 (13,1)	73 (12,1)	3	73 (14,2)	3
F10 Troubles mentaux liés à l'alcool	83 (7,4)	62 (10,3)	4	21 (4,1)	7
Autres - erreur de codage	65 (5,8)	28 (4,6)	6	37 (7,2)	4
Z00 Examen général [...] de sujets ne se plaignant de rien	62 (5,6)	40 (6,6)	5	22 (4,3)	5
F60-F69 Troubles de la personnalité	43 (3,8)	21 (3,5)	9	22 (4,3)	6
X60-X84 Lésions auto infligées	39 (3,5)	25 (4,1)	7	14 (2,7)	10
F00-F09 Troubles mentaux organiques	38 (3,4)	23 (3,8)	8	15 (2,9)	9
Z91 Antécédents personnels de facteur de risque	31 (2,8)	21 (3,5)	10	10 (1,9)	11
F40-F41-F42 Troubles anxieux	26 (2,3)	10 (1,7)	12	16 (3,1)	8
F20-F29 Schizophrénie, [...] et troubles délirants	15 (1,3)	11 (11,8)	11	4 (0,8)	14
F50-59 Syndromes comportementaux liés à des perturbations physiologiques	12 (1,1)	6 (1)	14	6 (1,2)	12
F31 Trouble affectif bipolaire	9 (0,8)	8 (1,3)	13	1 (0,2)	17
F11-F19 Troubles mentaux [...] liés à l'utilisation d'autres substances	8 (0,7)	6 (1)	15	2 (0,4)	15
F70-F79 Retard mental	7 (0,6)	2 (0,3)	16	5 (1)	13
F44-F45-F48 Troubles dissociatifs - Autres troubles névrotiques	4 (0,4)	2 (0,3)	17	2 (0,4)	16
F30 Episode maniaque	2 (0,2)	2 (0,3)	18	0 (0)	18
Total	1117 (100)	603 (100)	-	514 (100)	-

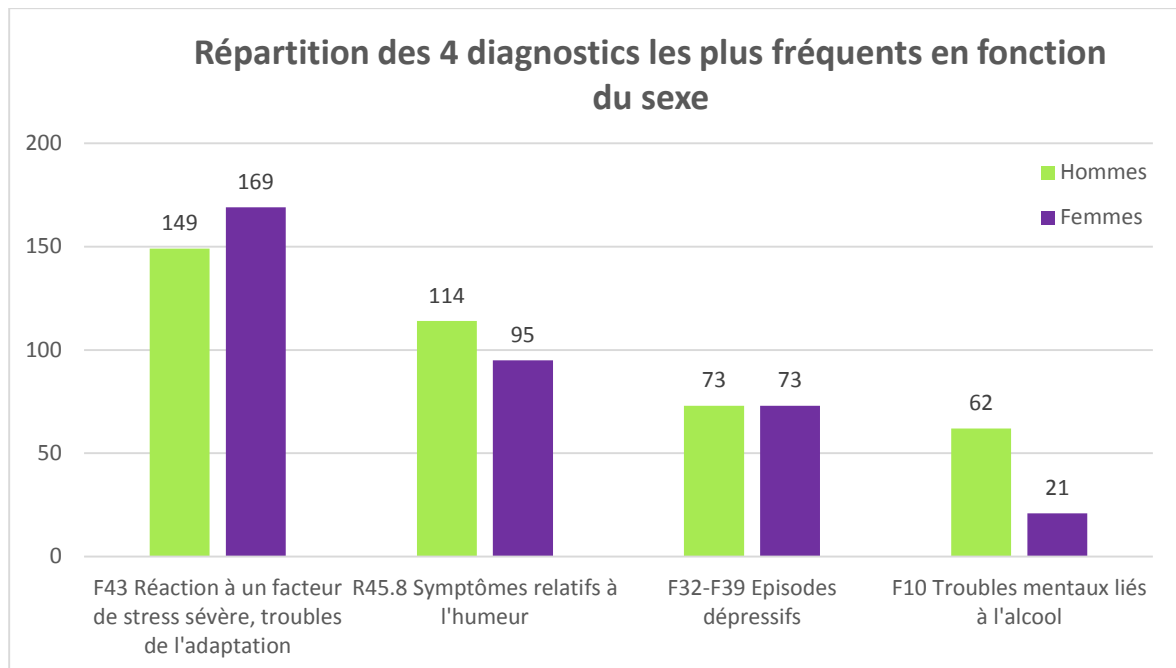


Figure 8. Répartition des 4 diagnostics les plus fréquents, en fonction du sexe

II.7.5.1.2. Diagnostic posé selon les services

En hépato-gastro-entérologie, le classement de tête était très différent de celui de la population générale. Le diagnostic *F10 Troubles mentaux liés à l'alcool* arrivait en seconde position, il a été posé chez presque un quart des patients rencontrés dans ce service, juste derrière le *R45.8 Symptômes relatifs à l'humeur*. Il n'était qu'au septième et huitième rang, respectivement en traumatologie orthopédie et en neurochirurgie.

Le *F43 Réaction à un facteur de stress sévère, troubles de l'adaptation* arrivait premier au classement des 3 autres services, comme dans la population générale, les effectifs étaient particulièrement importants en neurologie et en neurochirurgie.

En neurologie, nous remarquons que le troisième diagnostic le plus posé était le *F00-F09 Troubles mentaux organiques*.

Dans le service de neurochirurgie, les deuxième et troisième diagnostics les plus fréquents étaient le *X60-X84 Lésions auto infligées* et le *Z91 Antécédents personnels de facteur de risque*. Concernant la traumatologie orthopédie, *X60-X84 Lésions auto infligées* se classait en troisième place.

Tableau 15. Diagnostics établis par l'équipe de l'UCMP en 2012, pour les patients des 4 services ayant le plus de demandes d'avis spécialisé

Diagnostics posés	La gastro-entérologie (n=168)		La neurologie (n=133)		La neurochirurgie (n=83)		La traumatologie-Orthopédie (n=76)	
	n (%)	Rang	n (%)	Rang	n (%)	Rang	n (%)	Rang
F43 Réaction à un facteur de stress sévère, troubles de l'adaptation	14 (7,5)	5	47 (33,3)	1	53 (49,5)	1	26 (26,3)	1
R45.8 Symptômes relatifs à l'humeur	50 (26,7)	1	7 (5)	6	4 (3,7)	6	23 (23,2)	2
F32-F39 Episodes dépressifs	15 (8)	4	32 (22,7)	2	10 (9,3)	4	7 (7,1)	5
F10 Troubles mentaux liés à l'alcool	46 (24,6)	2	8 (5,7)	5	3 (2,8)	8	5 (5,1)	7
Autres - erreur de codage	12 (6,4)	6	5 (3,5)	8	5 (4,7)	5	2 (2)	12
Z00 Examen général [...] de sujets ne se plaignant de rien	27 (14,4)	3	9 (6,4)	4	0 (0)	13	3 (3)	8
F60-F69 Troubles de la personnalité	5 (2,7)	8	3 (2,1)	9	3 (2,8)	9	6 (6,1)	6
X60-X84 Lésions auto infligées	3 (1,6)	10	0 (0)	16	11 (10,3)	2	13 (13,1)	3
F00-F09 Troubles mentaux organiques	1 (0,5)	12	15 (10,6)	3	4 (3,7)	7	2 (2)	10
Z91 Antécédents personnels de facteur de risque	3 (1,6)	11	0 (0)	17	10 (9,3)	3	7 (7,1)	4
F40-F41-F42 Troubles anxieux	1 (0,5)	14	6 (4,3)	7	0 (0)	16	2 (2)	11
F20-F29 Schizophrénie, [...] et troubles délirants	0 (0)	15	2 (1,4)	11	2 (1,9)	10	3 (3)	9
F50-59 Syndromes comportementaux liés à des perturbations physiologiques	5 (2,7)	7	1 (0,7)	15	1 (0,9)	12	0 (0)	17
F31 Trouble affectif bipolaire	1 (0,5)	13	2 (1,4)	12	0 (0)	15	0 (0)	15
F11-F19 Troubles mentaux [...] liés à l'utilisation d'autres substances	4 (2,1)	9	2 (1,4)	10	0 (0)	14	0 (0)	13
F70-F79 Retard mental	0 (0)	18	0 (0)	18	0 (0)	18	0 (0)	18
F44-F45-F48 Troubles dissociatifs - Autres troubles névrotiques	0 (0)	17	1 (0,7)	14	0 (0)	17	0 (0)	16
F30 Episode maniaque	0 (0)	16	1 (0,7)	13	1 (0,9)	11	0 (0)	14
Total	187 (100)	-	141 (100)	-	107 (100)	-	99 (100)	-

II.7.5.1.3. Diagnostic posé chez les patients rencontrés du fait de la présence d'antécédents psychiatriques

Afin de mieux comprendre la demande d'avis spécialisé, les diagnostics posés chez les patients, dont la rencontre avait été uniquement motivée par la présence d'antécédents psychiatriques, ont été mis en évidence dans la figure 9.

Il est intéressant de savoir que sur ces 28 patients, 4 avaient reçu un double diagnostic. Ainsi, une part importante de ces patients (un quart) avaient reçu le diagnostic *F43 Réaction à un facteur de stress sévère, troubles de l'adaptation*. Des diagnostics de troubles psychiatriques lourds ont été attribués à plusieurs d'entre eux : 3 diagnostics *F20-F29 F29 Schizophrénie, troubles délirants* et 2 diagnostics *F31 Trouble affectif bipolaire*.

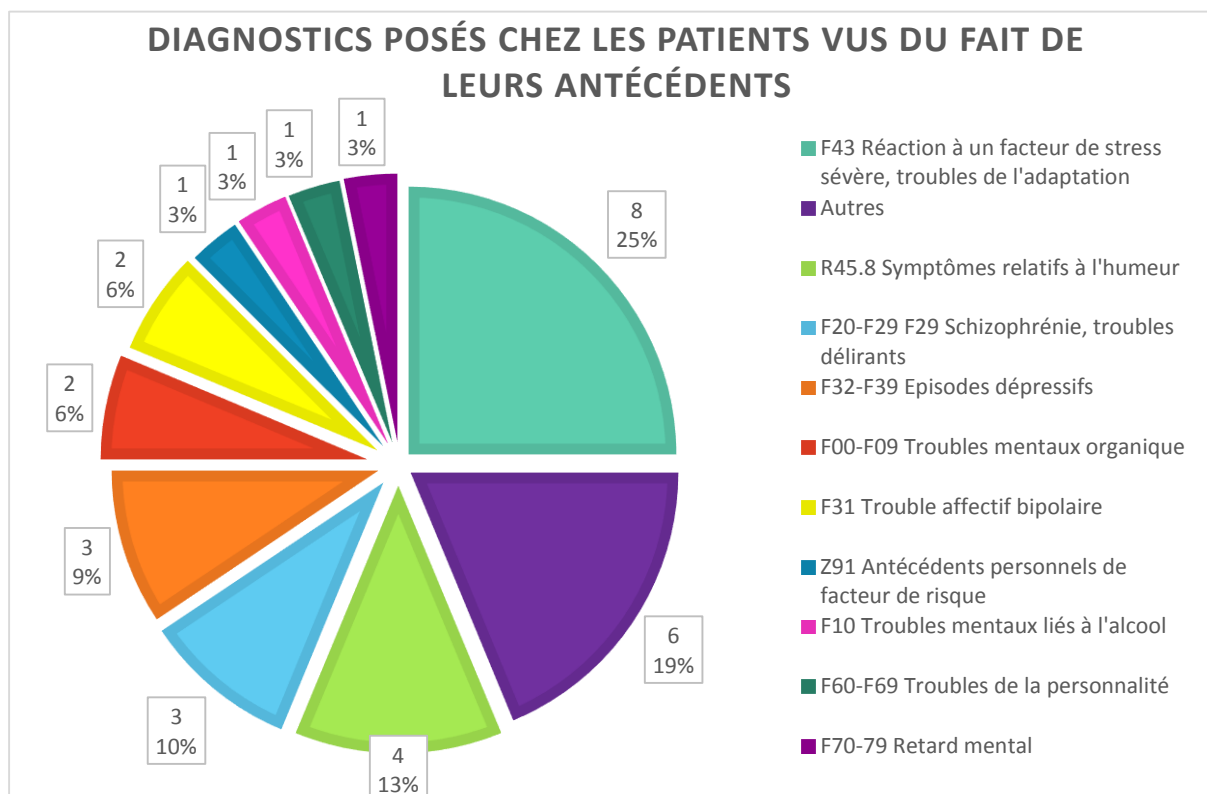


Figure 9. Répartition des diagnostics posés pour les patients rencontrés du fait de la présence d'antécédents psychiatriques

II.7.5.2. L'action réalisée

II.7.5.2.1. Action réalisée pour la population totale

Sur 977 patients, 784 ont été évalués médicalement par un psychiatre, ce qui représente 80 % de la population totale de notre étude. Et sur ces 784 patients, 382 (39,1%) ont été pris en charge exclusivement par le médecin psychiatre.

L'équipe infirmière de l'UCMP a rencontré 595 patients soit 61 % de l'effectif total. Cent quatre-vingt-treize personnes (19,8%) ont été prises en charge exclusivement par l'équipe infirmière.

Quatre cent deux personnes (41,1%) ont été prises en charge conjointement par l'équipe infirmière et par un psychiatre.

Pour 104 personnes (11% de la population totale), l'équipe de l'UCMP n'a pas porté l'indication de poursuivre la prise en charge, au-delà de la première consultation.

Sur les 46 patients dont le motif de demande était « *Vérifier de l'absence de CI psychiatrique* », l'absence de contre-indication à la prise en charge somatique spécifique a été déclarée pour 41 d'entre eux (89% de réponses positives à cette question). Ce qui équivaut à 4% de patients sur l'ensemble des patients rencontrés.

II.7.7.2.2. Action réalisée selon les 4 diagnostics les plus posés

L'action réalisée pour les 4 diagnostics les plus fréquents est représentée dans la figure 10.

Avec 315 patients concernés, l'intervention médicale ressortait de façon évidente pour le diagnostic *F43 Réaction à un facteur de stress sévère, troubles de l'adaptation*. Pour les 3 diagnostics les plus fréquents, l'intervention infirmière était constante aux alentours de 200 patients suivis.

A propos du diagnostic *R45.8 Symptômes relatifs à l'humeur*, le profil se démarquait des autres diagnostics. Les interventions médicales étaient nettement moins fréquentes que dans les autres diagnostics portés. Par contre, l'absence d'indication à poursuivre la prise en charge a été mentionnée chez plus de 40 patients.

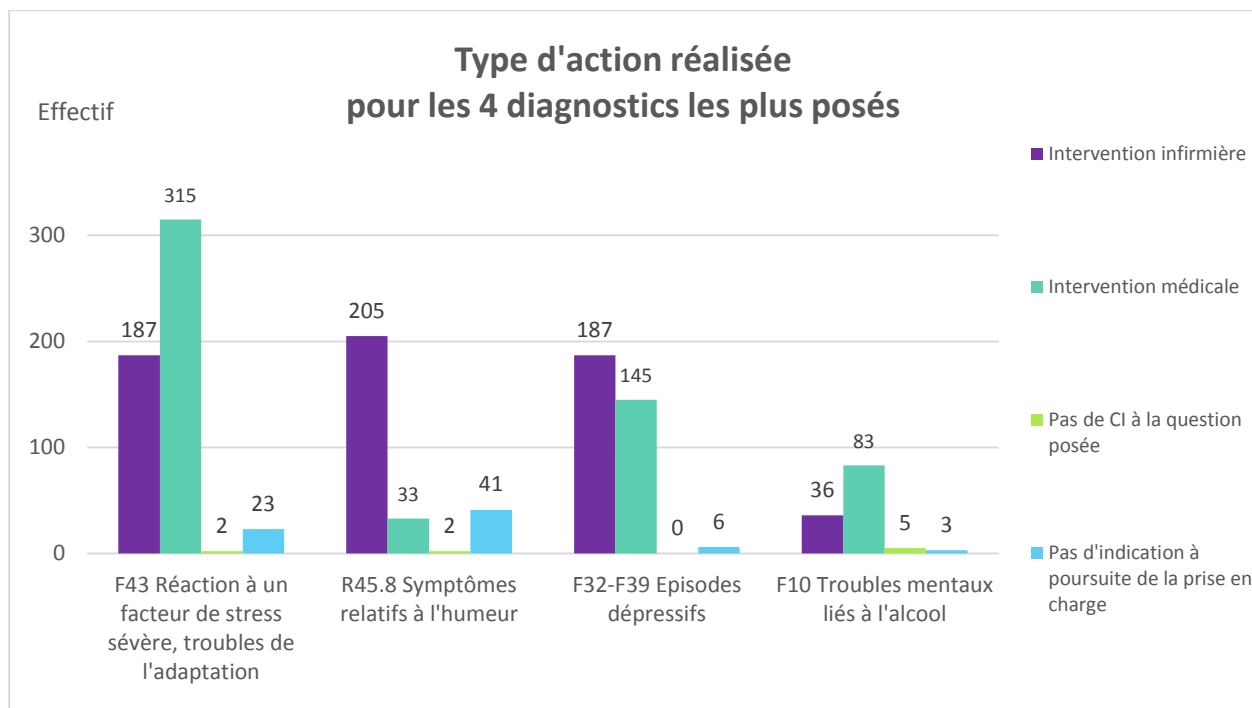


Figure 10. Actions réalisées par l'UCMP en fonction des 4 diagnostics les plus posés

II.7.5.3. Le traitement psychotrope proposé

Il n'a pas été suggéré de prescription de traitement psychotrope dans la moitié des cas (50,8%).

Lorsqu'un traitement médicamenteux (son introduction ou la modification de posologie) était conseillé, il s'agissait le plus souvent d'anxiolytiques et d'antidépresseurs, à savoir respectivement dans 45,6% (305 « prescriptions ») et 37,2% des cas (249).

Un anxiolytique seul a été prescrit chez 189 personnes ; un antidépresseur seul a été prescrit chez 133 personnes. Leur prescription a été conjointe pour 116 personnes.

Les autres types de traitements psychotropes étaient nettement moins proposés à la prescription :

- 48 pour les neuroleptiques sédatifs,
- 45 pour les antipsychotiques,
- 13 pour les thymorégulateurs,
- 13 pour les traitements autres.

La répartition de ces propositions thérapeutiques est représentée dans la figure 11.

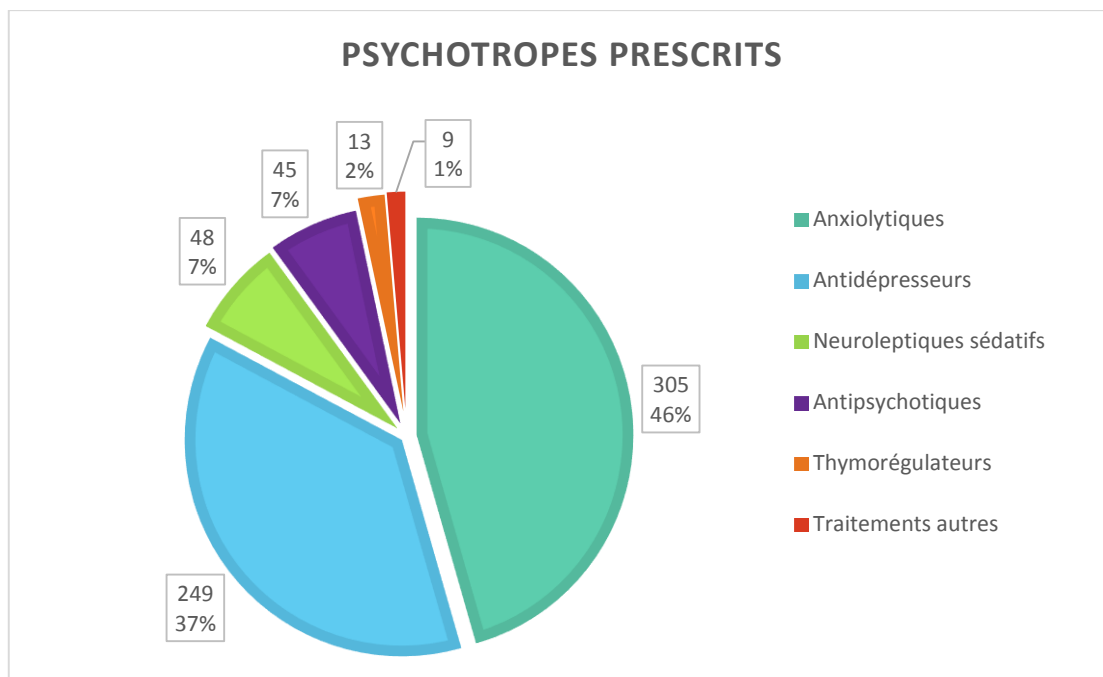


Figure 11. Répartition des différents traitements psychotropes proposés à la prescription

II.7.5.4. Durée de prise en charge

II.7.5.4.1. Durée de prise en charge pour la population totale et en fonction du sexe

En moyenne, les patients étaient suivis par l'équipe de l'UCMP sur une durée de 25,8 jours. Cette durée moyenne de prise en charge était plus importante pour les femmes (moyenne = 29,7 jours ; écart-type = 202,7) que pour les hommes (moyenne = 22,4 jours ; écart-type = 101,5).

La médiane dans l'ensemble de l'échantillon était de 4 jours, l'écart-type de 157 jours.

La plus courte durée de prise en charge était une intervention unique sur une journée. Ce fut le cas pour 37% des patients. La plus longue durée de prise en charge, relevée pour un patient rencontré en 2012 était supérieure à 4015 jours, soit 11 années.

58 patients bénéficiaient d'une prise en charge à cheval avec l'année précédente et / ou l'année suivante, ce qui représente 16,8 % des patients.

II.7.5.4.2. Durée de prise en charge en fonction du diagnostic

C'est pour le diagnostic *F44- F45-F48 Troubles dissociatifs - Troubles somatoformes - Autres troubles névrotiques* que la durée de prise en charge était la plus longue, avec une moyenne de 116 jours de prise en charge. Ce résultat était clairement au-dessus des autres moyennes, avec plus de 40 jours d'écart avec la seconde durée moyenne de prise en charge par diagnostic, et était plus de 4 fois plus longue que pour la population générale.

Venaient ensuite les diagnostics *Z91 Antécédents personnels de facteur de risque, non classés ailleurs* et *X60-X84 Lésions auto infligées* avec des moyennes respectives assez proches : respectivement 74,3 et 61,1 jours de prise en charge par le service de psychiatrie de liaison. La durée moyenne de prise en charge pour ces 2 troubles était environ 2 fois plus longue que celle observée dans la totalité de l'échantillon.

Concernant *F43 Réaction à un facteur de stress sévère, troubles de l'adaptation*, nos résultats montrent une durée moyenne de prise en charge proche de la moyenne de l'échantillon.

La plus courte durée de prise en charge était celle en lien avec le diagnostic *F30 Episode maniaque*, elle était inférieure à 3 jours de suivi.

L'ensemble de ces résultats figure dans le tableau 16.

Tableau 16. Durée de prise en charge des patients selon les diagnostics posés

Diagnostic posé	Durée moyenne de prise en charge (en jours)
F44- F45-F48 Troubles dissociatifs - Autres troubles névrotiques	116
Z91 Antécédents personnels de facteur de risque	74,3
X60-X84 Lésions auto infligées	61,1
R45.8 Symptômes relatifs à l'humeur	42,3
F50-59 Syndromes comportementaux liés à des perturbations physiologiques	31,3
F60-F69 Troubles de la personnalité	30,8
F43 Réaction à un facteur de stress sévère, troubles de l'adaptation	26,6
F32-F39 Episodes dépressifs	20
F70-F79 Retard mental	17,9
F40-F41-F42 Troubles anxieux phobiques	17,1
F20-F29 Schizophrénie, troubles délirants	16,1
F10 Troubles mentaux liés à l'alcool	12,8
F00-F09 Troubles mentaux organiques	11,6
Z00 Examen général de sujets ne se plaignant de rien	11
F31 Trouble affectif bipolaire	10,2
Autres - erreur de codage	5,6
F11-F19 Troubles mentaux liés à l'utilisation d'autres substances	5,3
F30 Episode maniaque	2,5

II.7.5.5. L'orientation proposée

II.7.5.5.1. Orientation proposée pour la population générale

Cinq cent cinquante-sept patients n'avaient pas reçu d'indication pour une prise en charge psychiatrique ou psychologique spécifique après l'intervention de l'UCMP, ce qui représentait plus de la moitié de la population totale, soit 56,6%.

Les 429 autres ont donc été orientés vers d'autres professionnels durant leur hospitalisation au CHU, ou à son issue. Rappelons que plusieurs orientations pouvaient être proposées à une même personne.

La très grande majorité des orientations a été faite vers les CMP : 331 personnes se sont vues orientées vers les CMP, c'est-à-dire 77,2% des orientations proposées ou 34% de notre échantillon total. Parmi ces personnes, 169 étaient de sexe masculin et 162 de sexe féminin.

Presque 5% de l'effectif total a été hospitalisé dans un établissement psychiatrique, ce qui représente plus de 10% des orientations effectuées. Seulement 31 personnes ont été adressées à des médecins de ville, qu'ils fussent praticien spécialisé libéral ou médecin traitant (4,7% et 2,6% des orientations).

L'orientation réalisée, pour la population totale de notre étude, est représentée dans la figure 12.

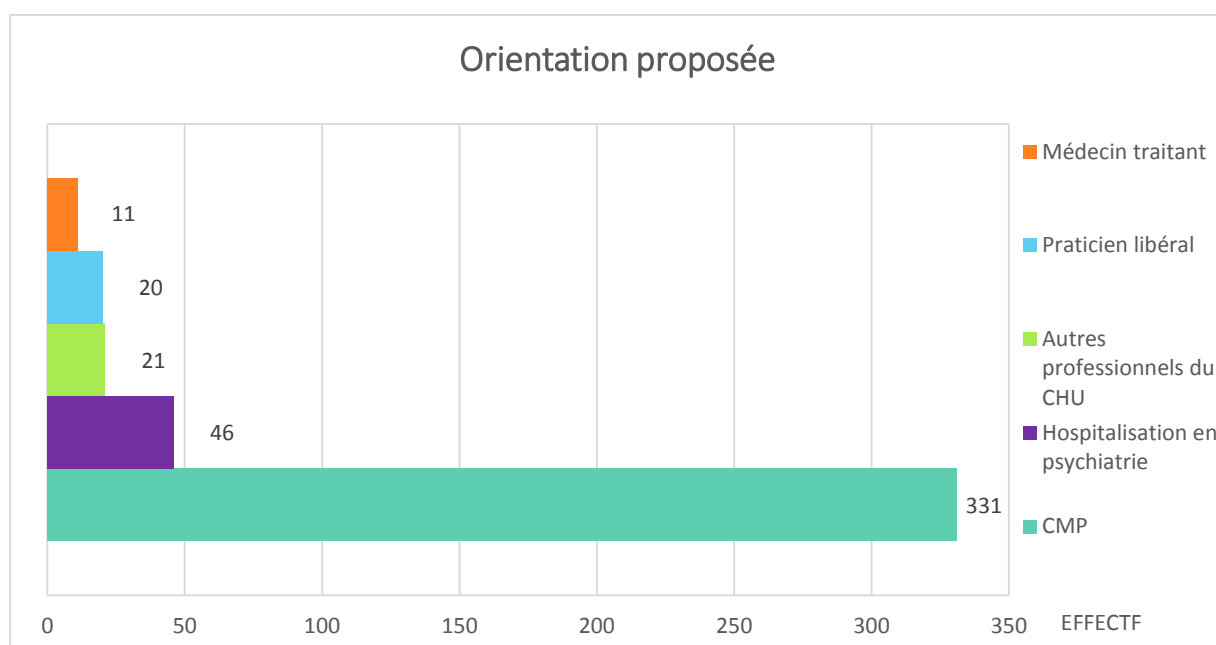


Figure 12. Orientation proposée aux patients rencontrés en 2012

II.7.5.5.2. Orientation proposée en fonction de la demande formulée

Chez les 28 patients rencontrés du fait de leurs antécédents psychiatriques, la majeure partie n'a pas été orientée vers un spécialiste à l'issue de l'hospitalisation au CHU (64%). En revanche, plus d'un quart ont été adressés au CMP et 7% ont été hospitalisés en psychiatrie.

Chez les 35 patients rencontrés à leur demande, 51,4% n'ont pas reçu d'indication pour une quelconque orientation. En revanche, 40% ont été orientés vers les CMP, 8% vers un praticien libéral (dont un patient a reçu la double orientation CMP-Praticien libéral) ; pour 3% un relais a été fait à une autre équipe du CHU.

II.7.5.5.3. Orientation proposée en fonction du diagnostic posé

Comme cela est bien visible sur la figure 13, pour chacun des 4 diagnostics les plus posés, l'orientation vers les CMP était largement dominante. Les autres orientations étaient indiquées bien moins fréquemment. Toutefois 33% des patients, pour qui une hospitalisation en psychiatrie était décidée, avaient reçu le diagnostic *F32-F39 Episodes dépressifs* (n=14).

57% des relais à d'autres spécialistes du CHU concernaient des patients diagnostiqués *F43 Réaction à un facteur de stress, trouble de l'adaptation* (n=12).

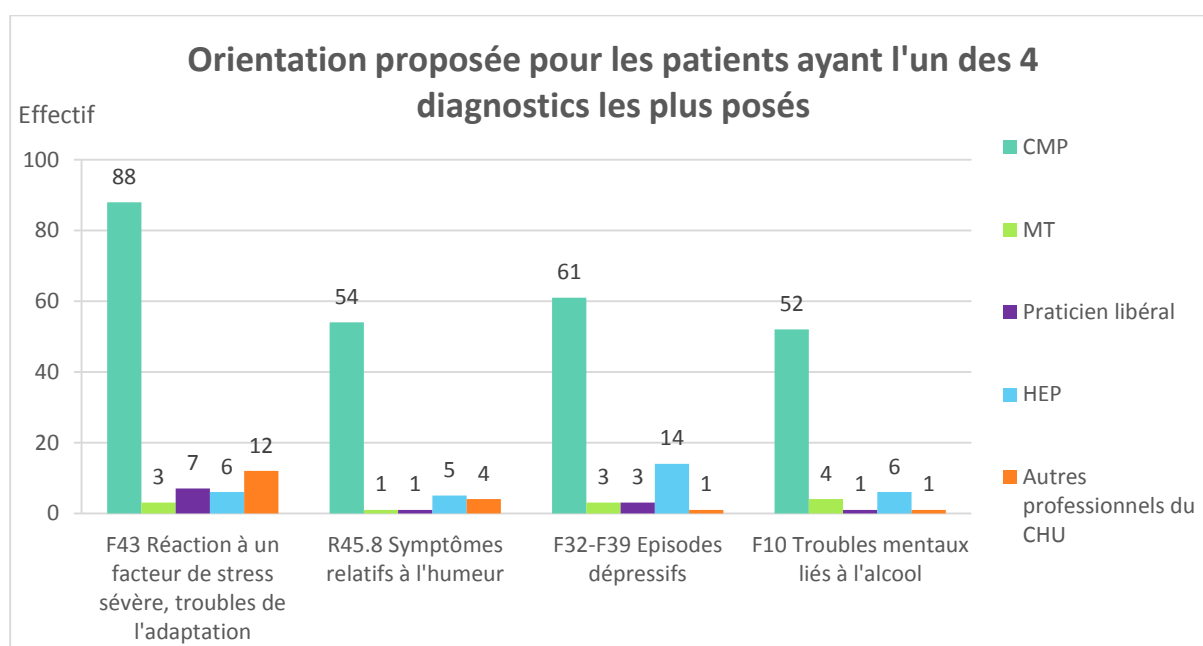


Figure 13. Orientation proposée pour les patients ayant reçu l'un des 4 plus fréquents diagnostics posés

II.7.6. Les événements ultérieurs

II.7.6.1. La prise de contact avec le CMP après orientation

II.7.6.1.1. La prise de contact avec le CMP pour la population totale et en fonction du sexe

Trois cent trente et un patients ont été orientés par l'UCMP vers un CMP. Seuls 51 d'entre eux ont pris contact ou y ont amorcé un suivi, soit 15,4% des patients orientés en CMP.

Sur les 162 femmes orientées par l'UCMP vers un CMP, 31 ont amorcé un suivi, soit 19,1%. Pour les hommes, sur les 169 hommes orientés vers un CMP, seul 20 ont pris contact soit 11,8%.

II.7.6.1.2. La prise de contact avec le CMP des patients résidant dans le département

Afin d'avoir une estimation plus fine des patients qui ont pris contact avec le CMP, après orientation, nous nous sommes intéressés aux résultats concernant les patients du département, les seuls pour lesquels les informations étaient assurément disponibles sur CORTEXTE, une fois sortis du CHU.

Parmi les 244 patients domiciliés dans le département, 50 (20,5%) ont pris contact avec le CMP. Parmi eux, 2 patients ont été vus au CMP après leur hospitalisation en psychiatrie.

A la lecture d'une observation ultérieure, il a pu être noté qu'un patient domicilié dans la région est allé dans le CMP de son secteur.

II.7.6.1.3. La prise de contact avec le CMP selon le diagnostic posé

Afin de pouvoir mieux travailler l'orientation vers le CMP, avec les patients, le nombre de prises de contact avec le CMP a été mis en évidence selon le diagnostic qui avait été établi.

Le taux de consultation en CMP par diagnostic a été calculé. Il correspond au nombre de prises de contact au CMP, effectuées par les patients ayant reçu un diagnostic donné, et orientés vers les CMP, rapporté au nombre total de patients orientés vers le CMP et ayant reçu le diagnostic. Les diagnostics sont présentés, selon l'ordre décroissant du taux de consultation, dans le tableau 17.

Tableau 17. Nombre de patients ayant honoré l'orientation CMP et taux de consultation CMP par diagnostic posé

Diagnosics	n (%)
F11-F19 Troubles mentaux liés à l'utilisation d'autres substances	2 (25)
F44- F45-F48 Troubles dissociatifs - Autres troubles névrotiques	1 (25)
F40-F41-F42 Troubles anxieux phobiques	6 (23)
F50-59 Syndromes comportementaux liés à des perturbations physiologiques	2 (17)
Z91 Antécédents personnels de facteur de risque	5 (16)
X60-X84 Lésions auto infligées	6 (15)
F10 Troubles mentaux liés à l'alcool	8 (10)
F60-F69 Troubles de la personnalité	4 (9)
F32-F39 Episodes dépressifs	13 (9)
F00-F09 Troubles mentaux organiques	2 (5)
Autres - erreur de codage	3 (5)
F43 Réaction à un facteur de stress sévère, troubles de l'adaptation	10 (3)
R45.8 Symptômes relatifs à l'humeur	4 (2)
Z00 Examen général de sujets ne se plaignant de rien	0 (0)
F20-F29 Schizophrénie, troubles délirants	0 (0)
F30 Episode maniaque	0 (0)
F31 Trouble affectif bipolaire	0 (0)
F70-F79 Retard mental	0 (0)

Les meilleurs taux de consultation par diagnostic revenaient aux *F11-F19 Troubles mentaux liés à l'utilisation d'autres substances* et *F44- F45-F48 Troubles dissociatifs -Autres troubles névrotiques* pour lesquels les taux atteignaient 25%. Se classaient immédiatement après, les patients issus de la catégorie *F40-F41-F42 Troubles anxieux phobiques - Autres troubles anxieux*, dont le taux était de 23%.

Toutefois, les populations les plus importantes en nombre, à avoir consulté, étaient celles des patients souffrant de *F32-F39 Episodes dépressifs*, *F43 Réaction à un facteur de stress, trouble de l'adaptation* et *F10 Troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool*. Chacune totalisait respectivement 13, 10 et 8 personnes.

II.7.6.2. Le suivi itératif par l'UCMP

Trente-deux patients (19 hommes pour 13 femmes) ont été revus par l'équipe de l'UCMP pour un suivi itératif, ce qui équivaut à 3,3% de la population totale.

Dans le but de mettre en évidence les patients fragiles et à risque de demandes d'avis répétées, le nombre de suivis itératifs a été chiffré en fonction des différents diagnostics établis. Le taux de suivis itératifs par diagnostic a été calculé. Il correspond au nombre de suivis itératifs pour un diagnostic donné divisé par le nombre total de patients ayant reçu ce diagnostic.

Les patients ayant les taux de suivis itératifs les plus élevés, avec respectivement 13 et 12%, étaient les patients diagnostiqués *F11-F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres substances* et *F40-F41-F42 Troubles anxieux phobiques - Autres troubles anxieux - Trouble obsessionnel-compulsif*

En revanche, les diagnostics *F43 Réaction à un facteur de stress, trouble de l'adaptation* et *F32-F39 Episodes dépressifs* étaient ceux dont le nombre de suivis itératifs étaient les plus hauts.

Les diagnostics sont présentés, par ordre décroissant de taux de suivis itératifs par diagnostic, dans le tableau 18.

Tableau 18. Nombre de suivis itératifs par diagnostic posé et taux de suivis itératifs par diagnostic

Diagnosics	n (%)
F11-F19 Troubles mentaux liés à l'utilisation d'autres substances	1 (13)
F40-F41-F42 Troubles anxieux phobiques - Autres troubles anxieux	3 (12)
F50-59 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	1 (8)
F60-F69 Troubles de la personnalité	3 (7)
F20-F29 Schizophrénie, troubles délirants	1 (7)
F32-F39 Episodes dépressifs	9 (6)
Autres - erreur de codage	3 (5)
F10 Troubles mentaux liés à l'alcool	3 (4)
Z00 Examen général de sujets ne se plaignant de rien	2 (3)
F43 Réaction à un facteur de stress sévère, troubles de l'adaptation	11 (3)
R45.8 Symptômes relatifs à l'humeur	4 (2)
X60-X84 Lésions auto infligées	0 (0)
Z91 Antécédents personnels de facteur de risque	0 (0)
F00-F09 Troubles mentaux organiques	0 (0)
F30 Episode maniaque	0 (0)
F31 Trouble affectif bipolaire	0 (0)
F44- F45-F48 Troubles dissociatifs - Autres troubles névrotiques	0 (0)
F70-F79 Retard mental	0 (0)

III. Discussion

En France, contrairement à la psychiatrie générale, la psychiatrie de liaison adulte fait peu l'objet d'études épidémiologiques spécifiques. Le paysage des articles traitant de la psychiatrie de liaison s'attache surtout à en développer les versants théoriques ou à décrire localement l'organisation des soins. Aucune étude chiffrée n'a été publiée concernant l'activité d'un service de psychiatrie de liaison pure, c'est-à-dire en excluant les services d'urgence.

Par cette étude, nous avons cherché à décrire l'activité d'un service de psychiatrie de liaison adulte au CHU de Poitiers, dans une perspective épidémiologique et de réflexion institutionnelle.

Précédemment, il n'existait aucune étude française décrivant l'activité du service de psychiatrie de liaison ainsi que le profil des patients qu'il prenait en charge, portant sur un échantillon aussi important (n=977) et sur autant de variables étudiées (19).

III.1 Résultats principaux

De multiples caractéristiques ont été recherchées dans les 977 dossiers étudiés des patients vus en psychiatrie de liaison, afin d'établir un état des lieux de cette activité au CHU de Poitiers.

Dans une optique toujours descriptive, le choix a été fait de croiser certaines données afin de mettre en évidence certaines caractéristiques concernant le patient et les modalités de collaboration existantes entre l'équipe de l'UCMP et les équipes du CHU.

III.1.1. Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

III.1.1.1. Sexe des patients

Nos résultats montraient que les patients étaient plutôt des hommes (53%), même si le sex-ratio était en faveur d'une répartition par sexe assez équivalente.

Ce résultat est soutenu par l'étude de Bourgeois, dans lequel 52% des patients étudiés étaient de sexe masculin [54]. Son travail semble comparable au nôtre du fait de l'effectif de l'échantillon (n=901) et de sa réalisation sur une année dans un CHU.

La tendance était inversée dans des travaux moins comparables au nôtre : échantillons plus restreints, services étudiés différents (incluant des services d'urgence, réanimation médicale, pédiatrie ou médecine interne), ou comparant 2 périodes. C'était le cas dans l'étude de Diefenbacher, qui portait sur les changements observés en psychiatrie de liaison dans un intervalle de 10 ans. Cet auteur rapportait une minorité d'hommes (45,9%). Il en était de même pour Devasagayam, dans son travail sur les changements de l'activité de son service sur 7 ans [57].

Sur une population de 100 patients, Méchri comptabilisait 60% de femmes [55], considérant que la surreprésentation féminine était en rapport avec le taux important d'intoxications volontaires, plus fréquent chez les femmes, patientes qui avaient été rencontrées en réanimation médicale. Ce fut constaté également dans 2 autres études, dont les échantillons étaient inférieurs à 50 patients inclus [58, 59].

A partir de consultations accomplies en partie dans des services d'urgence et de maternité, l'étude française a aussi obtenu des résultats montrant une nette supériorité des consultations pour les femmes [63].

III.1.1.2. Moyenne d'âge des patients

Dans notre étude, la moyenne d'âge était d'environ 50 ans et était comparable pour les deux sexes.

Ce chiffre était assez similaire à ceux retrouvés dans l'étude de Bourgeois [54] et celle de Diefenbacher [56] qui retrouvent respectivement des moyennes d'âge de 48 et 52,2 ans. De

même, Devasagayam a calculé un âge moyen des patients de 58,6 ans [57].

Par contre, trois études ont mis en évidence des moyennes d'âges inférieures, allant de 31 à 34 ans selon les études [55, 58, 59]. Cette différence peut être attribuée à l'inclusion de patients issus des urgences, de réanimation médicale et de pédiatrie pour les 2 premières, et de l'orientation systématique de la population gériatrique vers d'autres centres dans la troisième.

Cette moyenne d'âge, relativement haute, est corroborée par le nombre très élevé de patients retraités dans nos résultats (35,3%). Il s'agit de la situation professionnelle qui était la plus représentée.

Par ailleurs, l'étendue des âges des patients rencontrés, dans notre étude, était extrêmement large, avec notamment un âge supérieur très élevé (93 ans). Méchri rapportait des âges extrêmes allant de 12 à 88 ans [55].

Ceci peut être mis en relation avec le vieillissement de la population. Effectivement, l'espérance de vie est en hausse en France : elle franchit le seuil des 77 ans pour les hommes et atteint 84 ans pour les femmes [65]. Il est logique que de telles modifications se répercutent sur la population hospitalisée – d'autant plus que les comorbidités augmentent avec l'âge – et que les patients rencontrés soient plus âgés.

La présentation clinique de la dépression est différente chez la personne âgée et chez le sujet jeune. Les personnes âgées ont davantage de plaintes somatiques que les personnes jeunes et elles minimisent souvent la symptomatologie liée à la tristesse de l'humeur. Les troubles peuvent être banalisés par l'entourage ou les personnes qui s'en occupent. Ainsi, le syndrome dépressif est sous diagnostiqué chez les personnes âgées [66]. Leur hospitalisation peut donc être l'occasion de la détection de symptômes dépressifs déjà présents ou bien s'étant aggravés durant le séjour hospitalier.

Ces patients sont une population fragile et présentent une clinique particulière. Il existe, à Poitiers, une équipe de géro-psihiatrie de liaison, spécialisée en psychiatrie du sujet âgé. Cette équipe se déplace dans le service de gériatrie du CHU afin d'y rencontrer les patients. Par contre, les personnes âgées qui sont hospitalisées en MCO ne rencontrent pas ces spécialistes.

III.1.1.3. Situation professionnelle des patients

La population la plus représentée dans notre échantillon était donc celle des retraités.

D'autre part, même s'il ne s'agissait que de la troisième population représentée, les chiffres obtenus concernant les personnes sans activité étaient vraiment très élevés (près d'un quart).

Certaines de ces personnes sont potentiellement exposées à une forme de précarité. Le contexte socio-économique peut favoriser la survenue de certaines pathologies, notamment les addictions [36].

L'étude fidjienne [59] comptabilisait quasiment 50% de personnes en inactivité. Cependant rappelons que cet échantillon était d'une moyenne d'âge inférieure et concernait aussi la population pédiatrique. Pour le reste, le travail d'Ajiboye mentionnait le niveau d'étude et le type de profession exercée, ce que nous ne pouvons évidemment pas mettre directement en perspective.

III.1.1.4. Origine géographique des patients

Nous ne pouvons que remarquer le nombre important de patients vus par l'UCMP qui ne résidaient pas dans le département. Ils étaient plus de 31% à ne pas être domiciliés dans le département de la Vienne (86).

Nous n'avons trouvé aucune donnée de la littérature de psychiatrie de liaison pour comparer nos résultats.

Le CHU de Poitiers exerce une mission d'appel régional notamment en cardiologie, cancérologie, gériatrie, neurochirurgie, biologie et imagerie. Ses activités font aussi l'objet de coopérations inter-régionales, en partenariat avec les autres hôpitaux universitaires du grand Ouest [67]. De par son caractère universitaire, régional et centre de référence, le CHU accueille donc de nombreux patients d'autres départements que la Vienne.

L'UCMP se trouve, de fait, confrontée à une population provenant de loin. Ce décalage, avec l'organisation habituelle des soins en psychiatrie, qui se sont sectorisés, constitue une difficulté

à l'organisation du soin post-hospitalisation et au bon déroulement du suivi. L'équipe de l'UCMP tente de la dépasser de plusieurs manières :

- en envoyant des courriers médicaux aux différents médecins en charge du patient ;
- en se mettant directement en contact avec les médecins et les équipes quand un suivi ou un relais doit être fait ;
- en répétant les informations au patient et à sa famille ;
- en remettant au patient un maximum d'informations (dont les coordonnées du CMP de son secteur) et en le guidant autant que possible.

Le but est de favoriser au maximum l'adhésion de celui-ci au projet de sortie, limiter la chronicisation des troubles, ou la rechute.

De plus, certains patients hospitalisés, loin de chez eux, se trouvent aussi éloignés de leurs proches. Cet éloignement peut priver la personne hospitalisée du soutien précieux que pourraient offrir ses proches. Or, la place des supports socio-familiaux est bien visible dans le modèle transactionnel du stress (tableau 2). L'étayage familial faisant défaut, les capacités d'ajustements ne seraient pas aussi optimales qu'elles pourraient l'être, et les fonctions adaptatives pas aussi performantes. L'éloignement familial est un facteur venant fragiliser le patient sur le plan psychique, voire favoriser la survenue d'un trouble de l'adaptation ou un autre trouble psychiatrique. Favoriser la proximité familiale, par l'intermédiaire d'un lieu d'hébergement disponible (maison des familles) ou de modes de communications (téléphones, ordinateurs avec web-caméra) doit faire partie, également, des propositions que peut effectuer l'équipe de psychiatrie de liaison pour améliorer la prise en charge des patients.

III.1.1.5. Statut conjugal des patients

Nos résultats montrent que les patients étaient majoritairement en couple, c'est-à-dire étaient mariés (40,1%) ou vivaient en concubinage (15,7%). Il y avait bien moins de personnes vivant seules : célibataires (16%), séparées-divorcées (14%) ou veuves (10%). Environ 40% de notre population vivait donc seule.

La revue de la littérature, de psychiatrie de liaison, nous permet de confronter ce résultat à quelques études, mais sans que cela concorde parfaitement.

Ajiboye décrivait quasiment 49% de personnes en couple, 42% de célibataires, et moins de 8% de personnes séparées et veuves [58]. Cette différence peut être attribuée à la différence d'effectif (20 fois inférieur) et un échantillon plus jeune.

Méchri retrouvait presque le double de personnes célibataires ou divorcées (57%), sans doute du fait d'une moyenne d'âge très inférieure. Un auteur a simplement mentionné 30% de personnes mariées [56].

Nos résultats sont également à mettre en perspective avec la population générale qui comprend environ 50% de personnes en couple ou mariées [68].

L'environnement social et familial est un élément d'étayage, pouvant permettre au sujet de mobiliser plus aisément ses capacités d'ajustement au stress. Toutefois, dans certains systèmes familiaux, le caractère aidant passe au second plan du fait de rapports intrafamiliaux conflictuels et la présence de certains membres de la famille se montre plutôt délétère. Inévitablement, la présence du conjoint, et des enfants, ou son absence (conflits, isolement social, éloignement géographique) est déterminante pour nos patients.

De plus, certains patients ont été marqués par le décès de leur conjoint pendant leur hospitalisation. Ceci constitue un événement dramatique dans la vie du patient et un facteur de stress potentiellement important, en plus du trouble organique responsable de l'hospitalisation.

III.1.1.6. Les mesures de protection juridique

La protection des incapables majeurs s'adresse à des personnes qui souffrent d'une altération des capacités mentales ou corporelles de nature à empêcher l'expression de leur volonté. Le nombre de patients ayant une mesure de protection juridique en cours était très limité dans notre étude (2,5%), il s'agissait plus fréquemment d'une mesure de curatelle (1,7%).

Aucune étude existante n'a permis de comparer ces résultats.

III.1.1.7. En résumé

En résumé, les patients de notre échantillon étaient en moyenne d'âge mûr et plus fréquemment de sexe masculin. Une part très importante de l'échantillon était en situation d'inactivité professionnelle, principalement à la retraite. Les patients étaient surtout en couple, que ce soit en concubinage ou mariés. Le plus grand nombre d'entre eux était domicilié dans le département mais, « l'effet CHU » était responsable d'un large recrutement des patients en termes d'origine géographique, dépassant le cadre de la sectorisation psychiatrique. Rares étaient les patients ayant une mesure de protection juridique.

III.1.2. Caractéristiques cliniques de l'échantillon

III.1.2.1. Les antécédents psychiatriques

Le fait que la psychiatrie de liaison rencontre généralement une population différente de celle prise en charge en psychiatrie ambulatoire, ou hospitalière, est bien illustrée par les résultats de notre étude.

Plus de la moitié des patients pris en charge en psychiatrie de liaison, dans notre étude, n'avaient jamais été en contact avec la psychiatrie et n'avaient pas d'antécédents psychiatriques.

Ainsi, la consultation de l'UCMP représente bien souvent le premier contact avec la psychiatrie pour bon nombre de personnes. Des précautions sont nécessaires afin de rentrer en contact avec ces malades, qui sont parfois réticents lorsqu'il leur est évoqué une intervention psychiatrique. L'enjeu est de pouvoir les faire accéder à la verbalisation de leur souffrance psychique, sans qu'ils se sentent stigmatisés ou rejetés par l'équipe du CHU.

Pour les patients, qui présentaient des antécédents psychiatriques, nos résultats mettent le plus souvent en évidence une problématique d'addiction à l'alcool.

Nous le retrouvons également dans les résultats concernant les diagnostics, où les pathologies liées à l'alcool se classent en quatrième position dans la population totale de notre étude. Ces pathologies sont nombreuses et malheureusement fréquentes. En France, mais aussi en Allemagne et en Irlande, les admissions pour des problèmes liés à l'alcool s'élèvent à environ 30% des admissions en psychiatrie, et de 20 à 30% à l'hôpital général [36].

Il était également très courant qu'un patient, rencontré par l'UCMP, mentionne au moins un antécédent d'épisode thymique, nous avons relevé plus de 22% d'antécédent thymique dans l'échantillon.

Ce résultat, particulièrement parlant, doit être modéré quelque peu. Il est vrai que le taux de prévalence, sur la vie entière, de dépression majeure est aux alentours de 10 à 20% [36] et que nous avons largement et volontairement ouvert le recueil de cette variable intitulée « épisode thymique ». Il est courant que les patients se décrivent comme « ayant fait de la dépression », à un moment donné de leur existence. Cela correspond à un moment de crise personnelle authentique, mais ne répondant pas forcément aux critères diagnostiques. Dans le vocabulaire courant, beaucoup de troubles et de symptomatologies différents se cachent dans cette expression. Nous avons fait ce choix, d'ouvrir cet item, au vécu du patient sous le jour de la dépression ; le but était de percevoir une forme de fragilité chez les patients, plus qu'un trouble de l'humeur avéré. La condition était que l'épisode fut suffisamment considéré, par le consultant de l'UCMP, pour le mentionner dans l'observation psychiatrique.

Il existe quelques études rapportant les diagnostics établis en psychiatrie de liaison, mais une seule s'est penchée sur les antécédents psychiatriques de son échantillon : 21% des patients avaient des antécédents psychiatriques, dominés par les troubles dépressifs [55]. Nos résultats montrent que les antécédents psychiatriques étaient plus fréquents dans notre échantillon (46,5%), mais ils s'accordent avec cette forte représentation des troubles d'ordre thymique.

III.1.2.2. La prise en charge psychiatrique antérieure

Deux cent soixante-neuf patients (27,5%) de notre échantillon avaient bénéficié antérieurement d'une prise en charge psychiatrique. Seulement 8% d'entre eux avaient un suivi libéral et 27% avaient un suivi hospitalier, principalement au CMP. Ceci concorde avec le fait que peu de patients présentaient des antécédents psychiatriques.

Parmi ces 269 patients, 232 prenaient un traitement psychotrope régulier, et nous avons montré que 56% des patients prenant un traitement psychotrope n'avaient pas de suivi spécialisé, ce qui peut poser question quant à la prise en charge de ces patients.

Aucune donnée de la littérature n'a pu être retrouvée pour confronter les résultats portant sur la prise en charge antérieure des patients vus en psychiatrie de liaison.

Par contre, presque 4% des patients avaient un suivi sans pour autant prendre des traitements psychotropes. Ils correspondaient probablement à des personnes ayant une psychothérapie en cours, et dont les consultations proposées par l'UCMP ne constituaient que la poursuite transitoire d'un étayage psychothérapeutique, déjà bien en place.

Seulement 2% des malades vus par l'UCMP avaient été transférés depuis l'hôpital psychiatrique : décompensation médico-chirurgicale au cours de l'hospitalisation, hospitalisation en psychiatrie programmée afin de permettre les explorations somatiques nécessaires pour des patients complexes ou encore geste auto-agressif réalisé en dépit des précautions et de la surveillance par l'équipe de psychiatrie.

Une des missions de la psychiatrie de liaison est bien de prolonger la prise en charge psychiatrique des patients « connus » de la psychiatrie de secteur et de favoriser le lien entre les différentes institutions.

III.1.2.3. En résumé

En résumé, la majorité des patients était indemne de trouble psychiatrique antérieur et ne bénéficiait pas de prise en charge antérieure à l'hospitalisation. Les antécédents les plus fréquents étaient en lien avec une problématique éthylique ou un épisode dépressif, venant témoigner de la fragilité de certains patients de cet échantillon. La prise en charge résidait pour beaucoup en la prise de traitements psychotropes sans véritable suivi spécifique.

III.2. Résultats secondaires

III.2.1. Caractéristiques des demandes formulées par les services du CHU

III.2.1.1. Les services demandeurs

La plupart des services du CHU font appel à l'UCMP. Par ailleurs, une variation importante des nombres de demandes d'avis, en fonction du service, a été constatée dans notre étude.

Deux services se détachent nettement : la gastro-entérologie et la neurologie. La gastro-entérologie a sollicité 168 fois l'intervention de l'UCMP, et a formulé 3,3 demandes pour chacun des lits dont elle dispose. Que ce soit du fait du nombre total de demandes ou bien rapporté au nombre de lits, la neurologie était le second service demandeur.

La neurochirurgie se classait en troisième position, avec moitié moins de demandes que la gastro-entérologie. Le service de traumatologie-orthopédie venait en 4^{ème} position, puis le service de cardiologie.

A l'inverse, certains services sont très peu demandeurs, alors qu'on aurait pu s'attendre à de nombreuses sollicitations de leur part. Par exemple, le service d'oncologie ou le centre de la douleur se classaient respectivement 17^{ème} et 21^{ème}. L'organisation spécifique des services d'oncologie et d'hématologie au sein du PRC (Pôle Régional de Cancérologie), prévoit l'existence d'une équipe de psychologues rattachés à ces services. Leur présence, ainsi que la formation particulière des médecins oncologues au retentissement psychique des pathologies cancéreuses, permet de comprendre le faible nombre de demandes d'intervention de l'équipe de psychiatrie de liaison dans ces services. Le centre de la douleur, quant à lui, réalise surtout des consultations mais surtout bénéficie de l'intervention d'un psychiatre indépendamment de l'intervention de l'UCMP.

Les demandes sont essentiellement effectuées lorsqu'il existe un effondrement dépressif important avec nécessité d'une réévaluation de la thérapeutique, ou lorsqu'il existe un tableau atypique avec des éléments délirants.

L'organisation du service de psychiatrie de liaison de Poitiers lui est propre, tout comme la répartition des services dont chaque équipe a la charge. Notre travail a donc porté sur un ensemble de services donnés, inhérents à l'organisation pictavienne. Le regroupement de ces services était donc bien souvent différent de celui étudié dans d'autres travaux. Nos résultats peinent donc à se confronter à la littérature, et divergent souvent avec ce qui y est exposé.

Ainsi, plusieurs études mentionnaient les services de médecine interne et de réanimation médicale dans les services les plus demandeurs d'avis de psychiatrie de liaison [55, 56, 58]. Dans l'étude de Devasagayam, les premiers services en nombre de demandes étaient la médecine générale et la gériatrie. Ces services ne faisaient pas partie de ceux inclus dans notre étude.

Par ailleurs, le service le plus demandeur pour Méchri était un regroupement de différentes unités de chirurgie (dont l'orthopédique-traumatologique) [55]. La réanimation chirurgicale demandait beaucoup plus d'avis psychiatriques. La gastro-entérologie, au premier rang dans notre travail, ne s'y classait que 4^{ème}, avec seulement 3% de demandes.

Le département de chirurgie venait en 2^{nde} position (15%) dans un travail qui, lui aussi, en avait regroupé les unités [56]. Il n'est pas possible de mesurer directement nos résultats car nous avons pris le parti de détailler les départements de chirurgie par organe, tous les hôpitaux n'ayant pas forcément la même activité chirurgicale.

De façon très large, Aghanwa ramenait 54% de demandes en provenance de services de médecine, non détaillés.

Nous obtenions un taux comparable aux alentours de 4% en gynécologie-obstétrique avec Diefenbacher, alors qu'Ajiboye obtenait 9%.

Par contre, la neurologie était très peu représentée (5,4%) chez Diefenbacher, et absente chez Ajiboye.

Nos résultats semblent s'accorder avec les résultats de l'enquête du rapport d'assistance de 1989 qui mentionnait la gastro-entérologie et la neurologie dans les services dans les 6 services les plus demandeurs [11].

Le service de gastro-entérologie, par la prise en charge de pathologies liées aux addictions, notamment l'alcool, est un terrain d'intervention logique de la psychiatrie de liaison. La consommation d'alcool est différente selon les pays et les modes d'organisation interne peuvent expliquer les différences dans les résultats entre notre étude et la littérature.

En effet, certains services de gastro-entérologie bénéficient de l'intervention d'addictologues, qui ne sont pas forcément psychiatres et qui ne sont donc pas rattachés à l'équipe de psychiatrie de liaison. De plus, les pays notamment à forte population musulmane, présentent moins de pathologies somatiques liées à la consommation d'alcool.

Pour ce qui est du service de neurologie, celui-ci accueille des pathologies chroniques, invalidantes, qui entraînent souvent une atteinte de l'image corporelle du patient et sont donc à risque de développement de trouble de l'adaptation. Ils accueillent également des pathologies (notamment des crises convulsives ou des déficits neurologiques) où la question de l'origine organique ou psychique des troubles peut se poser. L'intervention du psychiatre, à la recherche d'un facteur de stress, d'un événement particulier, d'antécédents psychiatriques ou d'une décompensation d'un trouble psychiatrique peut être demandée par le service afin d'éliminer un diagnostic différentiel.

Il est nécessaire de préciser que nous avons pris le parti de considérer comme distincts les services de médecine d'organe, des services de chirurgie de ce même organe : comme la neurologie et la neurochirurgie. Les pathologies y sont très différentes à notre sens, leur anamnèse et la dynamique autour des patients tout autant. Il existe en médecine des pathologies souvent chroniques alors qu'en chirurgie la prise en charge est plutôt focalisée sur une intervention, son avant et son après.

Force est de constater que la confrontation des résultats est complexe. La plupart des travaux mentionnaient une discordance du terrain d'étude. Toutefois, les services ont été peu regroupés dans notre travail, dans un souci de précision et de détail. Il en découle une difficulté dans la lecture et la mise en perspective des résultats. Ceci aurait pu être évité en regroupant les services selon des catégories plus larges.

III.2.1.2. Motif de la demande

III.2.1.2.1. Motif de la demande dans l'ensemble de l'échantillon

Concernant le motif évoqué par le service de somatique pour demander l'intervention de l'UCMP, l'existence de symptômes thymiques et / ou anxieux était de loin les plus fréquents (60% à eux 2). Ces résultats sont logiques au regard de ce que nous avons évoqué, dans notre première partie, sur les mécanismes d'ajustement au stress, l'anxiété et les troubles de l'adaptation. Les praticiens de MCO sont confrontés à des réactions, spontanées ou plus retenues, parfois très bruyantes, de leurs patients. Ils peinent à différencier la réaction normale, face à la maladie ou une intervention ou la tristesse à l'annonce d'une maladie grave, des troubles véritablement psychiatriques. La nuance n'est pas toujours aisée. C'est alors qu'ils consultent l'avis de l'UCMP.

Dans la littérature, la plupart des études présentait un motif de demande centré autour de l'évaluation thymique du patient et du risque suicidaire, ce qui peut correspondre à nos items « symptômes thymiques » (35%), « tentative de suicide » (5,4%) et « trouble du comportement » (7%). Rappelons que, dans notre étude, le motif de demande « tentative de suicide » signifiait que la tentative de suicide était à l'origine de l'hospitalisation du patient. L'évaluation du risque suicidaire était classée dans les « symptômes thymiques » ou « tentative de suicide » en fonction des autres informations mentionnées sur le bon de demande d'avis.

Dépression (33%) et anxiété (12%) étaient les premiers motifs de demandes dans l'étude de Carr [61].

Par contre, Méchri rapportait des résultats très supérieurs aux nôtres quant aux demandes d'évaluation du risque suicidaire (57%) et de symptômes dépressifs 25%. Néanmoins, les prévalences de demandes pour des troubles du comportement, la présence d'antécédents psychiatriques et l'absence d'origine organique retrouvée aux troubles du comportement, sont similaires entre notre étude et celle de Méchri [55].

Les résultats de Devasagayam rejoignaient ce que nous avons recensé pour les symptômes thymiques (30%), mais pas pour les symptômes anxieux ou les problématiques de sevrage / addictions, très peu mentionnés dans ses demandes (<5%).[69].

Globalement, il y a eu peu de demandes du fait de « Trouble sans origine organique retrouvée » (1,3%). Il s'agit pourtant d'une situation à laquelle les psychiatres de liaison s'attendent volontiers. Le rapport Guillibert mentionne des résultats de quelques études [11], datant des années 1960-1980, que nous n'avons pas pu nous procurer : 27% des patients de neurologie étaient dans cette situation [70] et 5% en chirurgie [71]. La plupart de ces patients sont facilement rassurés par la négativité de l'examen clinique et des explorations para-cliniques. Les autres entrent dans le cadre de la dépression, mais aussi de l'hypocondrie, des troubles fonctionnels et autres troubles névrotiques. Ce sont ces patients, dont la symptomatologie ne repose pas sur un *substratum* organique, pour lesquels les risques d'explorations complémentaires inutiles de plus en plus sophistiqués, répétés, sont les plus grands. Si le recours au psychiatre de liaison ne résout pas forcément les difficultés, au moins le cycle des explorations multiples peut se ralentir ou au mieux s'arrêter.

III.2.1.2.2. Les demandes en fonction des services

Les demandes d'intervention de l'équipe de l'UCMP, les plus fréquentes, ont été effectuées par le service de gastro-entérologie, pour des problématiques liées au sevrage ou à la prise en charge d'addictions.

De très nombreux patients souffrant d'éthylisme chronique y sont hospitalisés pour un sevrage éthylique, une décompensation ou une complication en lien avec la prise d'alcool. Vingt et un lits de gastro-entérologie sont d'ailleurs dédiés à des hospitalisations programmées, parmi lesquelles se trouvent les patients venant pour un sevrage éthylique programmé. A cette occasion, la prise en charge collaborative se fait avec le concours de l'UCMP, car le CHU n'est pas doté d'équipe de liaison spécialisée en addictologie (ELSA).

Le deuxième motif de demande, en gastro-entérologie, se révélait être la vérification de l'absence de contre-indication. C'est d'ailleurs dans ce service qu'elle est, de loin, la plus fréquente. Les patients candidats à la greffe hépatique sont systématiquement rencontrés par le médecin psychiatre de l'UCMP, afin que celui-ci recherche une éventuelle CI psychiatrique à cette greffe (absence de sevrage, pathologie psychiatrique active, risque de décompensation psychiatrique au décours de la greffe).

Il s'agit d'évaluer l'existence de troubles psychiques graves actuels ou passés, invitant parfois le praticien à formuler la nécessité de mesures de précaution accompagnant le geste chirurgical,

et notamment la nécessité d'un suivi spécialisé. Il est également nécessaire de tenter d'éclairer les représentations du patient autour de ce geste. Cette première rencontre, qui s'inscrit pour le patient sous le sceau de l'évaluation, est ainsi souvent chargée d'émotions.

Les unités de neurologie se classent en seconde position en nombre de patients rencontrés. Il est courant que la clinique neurologique et la clinique psychiatrique s'entremêlent, parfois se confondent. Des troubles du comportement, des symptômes pseudo-psychotiques, des symptômes thymiques ou anxieux peuvent accompagner des pathologies neurologiques, s'intégrant pleinement dans un tableau neurologique ou bien venant compliquer une maladie chronique. Il s'agit d'ailleurs du principal service demandeur d'interventions de type diagnostique. La demande la plus formulée était l'existence de symptômes thymiques, et plus de 70% des motifs de demande en neurologie rapportaient la présence de symptômes thymiques, de symptômes anxieux ou de troubles du comportement.

Dans les services de neurochirurgie et de traumatologie-orthopédie, le 1^{er} motif de demande était l'existence de symptômes anxieux. En effet, l'acte chirurgical est souvent source d'angoisse pour les patients, surtout lorsqu'ils sont en lien avec une pathologie cancéreuse.

De plus, en neurochirurgie, l'intervention revêt souvent un caractère mystérieux, du moins particulier. L'acte est déjà en lui-même d'une grande violence, car il nécessite l'ouverture de la boîte crânienne. L'accès est alors permis à l'organe « cerveau », cette part si intime à chacun, qui constitue l'identité du sujet. Tous les fantasmes sont permis, surtout lorsqu'on s'en remet ainsi, aux mains d'un autre, devenu ainsi « tout puissant ». En outre, le patient, plus que dans les autres types de chirurgie, est embarrassé pour se représenter concrètement « le post-opératoire ». Le cerveau et ses fonctions sont peu accessibles à la représentation du sujet, les conséquences de cette chirurgie en deviennent difficilement prévisibles. Douleur, perte d'un sens, paralysie... Toutes ces craintes peuvent favoriser l'apparition de symptômes anxieux plus ou moins invalidants et inviter alors les somaticiens à demander l'intervention de l'UCMP.

Les motifs à l'origine de l'hospitalisation dans les services de traumatologie-orthopédie peuvent également à être à l'origine de troubles anxieux. En effet, qu'il s'agisse de lésions secondaires à des accidents graves ou des interventions lourdes, responsables de longues immobilisations ou de pertes fonctionnelles, celles-ci peuvent être à l'origine de décompensations anxieuses, voire de troubles psychotraumatiques.

Globalement, des travaux ont montré que l'anxiété pré-opératoire majorait la douleur post-opératoire et la douleur mémorisée [72]. Une étude portant, certes sur des femmes ayant subi une hystérectomie, retrouvait un réveil postopératoire plus lent, plus compliqué et plus douloureux [73]. Ces travaux montrent qu'il réside un véritable enjeu, dans le repérage des troubles anxieux dans les services de chirurgie en général.

III.2.1.2.3. A propos des demandes pour tentative de suicide

Nos résultats montraient un nombre important de demandes du fait de tentatives de suicide, à l'origine des hospitalisations en traumatologie-orthopédie et en neurochirurgie. Les modalités de passage à l'acte peuvent être diverses : 24 codes de lésions auto-infligées sont recensés par l'Organisation Mondiale de la Santé [74]. Les tentatives de suicide violentes peuvent provoquer des traumatismes multiples, et parfois gravissimes, chez les suicidants.

L'épidémiologie du suicide place le décès par suicide par précipitation en 4^{ème} place chez les hommes (7,8%) et en 3^{ème} chez les femmes (14,5%), par exposition à un véhicule en mouvement en 6^{ème} place pour les hommes (4,9%) et en 5^{ème} chez les femmes (5,2%) [75]. La pendaison est le moyen le plus utilisé, tant chez les hommes (54,3%) que chez les femmes (35,6%).

Contrairement à ce qui existe pour le suicide, il n'y a pas de statistiques officielles concernant les tentatives de suicide. Sont seulement disponibles les résultats d'études ponctuelles, le plus souvent réalisées à l'aide d'échantillons hospitaliers. Ils sont difficilement généralisables ou extrapolables, car ils ne tiennent pas compte des TS non hospitalisées et des TS non déclarées. Toutefois, dans la population des suicidants (personnes qui ont tenté de se suicider, mais qui ne sont pas décédées à l'issue du passage à l'acte), la méthode autolytique de choix semble être l'intoxication médicamenteuse volontaire dans 90% des cas, suivie de la phlébotomie (5%) [74].

Ces suicidants sont hospitalisés dans des services tels que la réanimation, la neurochirurgie ou la traumatologie-orthopédie. Les modalités de passage à l'acte qui en sont le plus souvent responsables sont la pendaison, la précipitation par saut dans le vide et l'exposition à un véhicule en mouvement.

Plusieurs demandes ont également été adressées par la pneumologie et la gastro-entérologie. Le type de passage à l'acte relève généralement de défaillance d'organe sur une intoxication médicamenteuse volontaire, intoxication par émanations ou noyade. L'ORL a également sollicité l'UCMP à plusieurs reprises pour des patients suicidants, ayant utilisé une arme à feu.

Toutes ces TS ont inévitablement entraîné des fracas somatiques lourds. Il s'agit donc, pour l'UCMP, d'accompagner durablement dans des services de soins somatiques, en général chirurgicaux, des patients ayant réalisé des tentatives de suicide graves. L'importance des lésions somatiques entravant toute autre orientation, ces patients sont donc durablement hospitalisés avec parfois des troubles psychiques graves.

Il est essentiel de repérer les patients qui sont encore en crise suicidaire, ce qui justifie une prise en charge la plus rapide possible, dans ces unités de MCO. Il s'agit pour l'équipe de liaison de faire preuve de créativité et de ténacité. Elle doit mener des prises en charge de longue haleine, parfois plusieurs mois, émaillées la plupart du temps de nombreuses préoccupations, tendant parfois à des mesures que nous pourrions qualifier de soins psychiques intensifs. C'est ainsi témoigner de la violence des processus psychiques qui infiltrent tant les équipes de soins somatiques que l'équipe de liaison, invitant le psychiatre à élaborer au milieu du chaos. Ainsi, ces soins doivent faire l'objet d'élaborations particulières et d'un soutien affirmé auprès des équipes de MCO.

III.2.1.3. Types d'intervention

Cette variable a été très peu étudiée dans la littérature et il n'était jamais fait référence à la classification utilisée.

Les demandes d'interventions que nous avons relevées dans la littérature étaient essentiellement à visée « diagnostique et thérapeutique » [55, 60], alors que les interventions de type « diagnostique » étaient minoritaires dans nos résultats.

Les interventions de type « multi-disciplinaire » ou « pragmatique » n'étaient pas mentionnées dans ces travaux.

Pourtant, 50% des interventions dans notre étude étaient de type « multi-disciplinaire ».

Comme le montre le tableau 1, d'après la classification de Consoli [10], ce type d'intervention vise à :

- Comprendre des motifs conduisant un patient à négliger son observance (traitement pharmacologique / régime / soins / examens complémentaires / intervention chirurgicale programmée) ;
- Pratiquer des consultations conjointes associant un psychiatre et un somaticien, destinées à l'évaluation du trouble et à la définition d'un protocole thérapeutique ;
- Préparer une intervention chirurgicale majeure (greffe d'organe) ;
- Accompagner un patient présentant des troubles psychologiques liés à l'adaptation à un problème de santé physique ;
- Contribuer à une prise en charge « globale » d'un patient dont les troubles somatiques paraissent favorisés ou rythmés par des événements de vie éprouvants, une situation de stress, un terrain psychologique prédisposant ;
- Participer au staff médical au cours duquel le cas d'un patient difficile est discuté.

Cette intervention « multi-disciplinaire » comprend des actions variées, dans une perspective de prise en charge assez large et d'accompagnement global, d'où le fait qu'elle soit très sollicitée dans les services les plus demandeurs. Certaines spécificités peuvent expliquer la fréquence de ce type d'intervention dans certains services.

Elle concerne effectivement :

- les patients candidats à une greffe, comme en gastro-entérologie (13,3%) ;
- des patients dont les pathologies requièrent des traitements et régimes stricts, comme ceux qui sont accueillis la cardiologie (6,5%) ;
- les patients, gagnés par l'anxiété, peuvent se montrer opposants à la prise en charge ou à la chirurgie, dans des services interventionnels, la chirurgie viscérale (9,2%) ou la neurochirurgie (8,8%) par exemple.

Les interventions de type « thérapeutique » ont été sollicitées à hauteur de 21%. C'est dans ces interventions à caractère thérapeutique que sont classés :

- les interventions de médiation entre l'équipe médico-chirurgicale et les structures psychiatriques déjà engagées dans la prise en charge d'un patient présentant un « passé psychiatrique » ;
- la reprise de contact avec la structure psychiatrique en cas de rupture du lien thérapeutique ;
- l'« accompagnement » du psychotique chronique admis à l'hôpital général pour motif médico-chirurgical [10].

Ce résultat est en partie lié au fait que les patients de l'échantillon présentaient, certes, en grande partie des antécédents psychiatriques, mais qu'il ne s'agissait que rarement de pathologies sévères.

Cependant, ce type d'intervention revêt aussi un caractère pharmacologique. C'est probablement à ce titre que l'UCMP était intervenu particulièrement en cardiologie (13,3%), en neurologie (14,3%) et en pneumologie (8,4%) ; 3 services où, parfois, des précautions particulières sont à prendre dans les prescriptions médicamenteuses. En effet, les psychotropes ont beaucoup d'effets secondaires d'ordre neuro-comportementaux et cardio-respiratoires. Nous pouvons citer par exemple :

- la diminution de la tension artérielle et du seuil épileptogène par des antidépresseurs tricycliques et les neuroleptiques de type phénothiazine ;
- la modification de la conduction cardiaque, avec risque de survenue d'un trouble du rythme par l'allongement de l'espace QT à l'ECG ;
- l'altération de la vigilance, en cas d'administration de très nombreux psychotropes ;
- la dépression respiratoire inhérente aux benzodiazépines ;
- des symptômes extra-pyramidaux, qui surviennent fréquemment avec l'administration de neuroleptiques.

L'avis du psychiatre est donc sollicité afin de poser l'indication d'un traitement et de choisir la molécule la plus adaptée à la clinique observée, en limitant au maximum les risques d'effets secondaires.

C'était dans le service de gastro-entérologie, et pour une population majoritairement masculine, (71%), qu'ont été réalisées le plus grand nombre d'interventions de type pragmatique.

Dans les missions que comprend ce type d'intervention [10], figurent entre autres :

- l'organisation de l'admission en médecine et suivi, tout au long de l'hospitalisation, d'un patient présentant un trouble dépressif ou justifiant un sevrage d'une dépendance à l'alcool, ou à une autre substance ;
- l'orientation d'un patient sur une structure de soins psychiatriques ;
- l'avis sur la légitimité d'une mesure de protection des biens.

La proposition que nous pouvons faire, afin d'expliquer ces résultats, est que ce sont les missions requises pour les patients présentant une problématique liée à l'alcool.

Très peu d'interventions de type diagnostique ont été sollicitées. Elles étaient davantage réalisées auprès des femmes hospitalisées dans les unités de neurologie, justifiées par l'intrication clinique qui existe souvent entre ces 2 disciplines. Il est étonnant que si peu de demandes aient été formulées par les autres services.

III.2.1.4. En résumé

Les patients de l'échantillon étaient principalement hospitalisés en gastro-entérologie, d'où provenaient le plus grand nombre de demandes. Celles-ci mentionnaient souvent une problématique éthylique ou une recherche de CI psychiatrique. Le type d'intervention le plus fréquent dans ce service, comme en général, était de type multi-disciplinaire. Les motifs de demandes les plus ordinaires de façon générale étaient les symptômes thymiques ou anxieux, que l'on retrouvait d'ailleurs dans les 3 autres services les plus demandeurs : neurologie, neurochirurgie et traumatologie-orthopédie. La TS était fréquemment rapportée dans ces 2 derniers services.

III.2.2. Caractéristiques des réponses proposées par l'UCMP

III.2.2.1. Le diagnostic posé

Une moyenne de 1,14 diagnostic par patient a été posé dans notre échantillon, cette moyenne était de 1,3 dans l'étude de Bourgeois [54].

En fonction des études existantes et de leur date de publication, les nosographies employées pour les troubles psychiatriques pouvaient être différentes, ce qui limite considérablement la confrontation des résultats.

III.2.2.1.1. Le trouble de l'adaptation (F43)

La psychiatrie de liaison va à la rencontre de patients souvent différents de ceux habituellement croisés en psychiatrie générale. Exposés à des facteurs de stress, certaines personnes vont développer un trouble de l'adaptation. Comme nous l'avons évoqué précédemment, le trouble de l'adaptation survient lorsqu'une personne est confrontée à un facteur de stress identifiable et qu'elle développe, ensuite dans un délai de 3 mois, une altération significative de son fonctionnement socio-professionnel et / ou une souffrance marquée, supérieure à ce qui est attendu face à ce facteur de stress. Pourtant, il s'agit d'un trouble dont l'étude est limitée par le peu de travaux épidémiologiques disponibles ainsi que par les résultats disparates à son sujet [26, 27].

Parmi les patients hospitalisés pour un problème médical, le diagnostic de trouble de l'adaptation est posé chez plus de 10% d'entre eux. Sa prévalence oscille dans les services de consultation psychiatrique entre 5 et 23,5% et il serait plus fréquent chez les femmes [27, 29–32].

La présentation clinique peut se révéler très variable, et en partie du fait du rôle déterminant des facteurs environnementaux et en particulier socioculturels [26]. Parmi les formes cliniques, celles avec anxiété et humeur dépressive semblent être les plus souvent rencontrées en psychiatrie de liaison. [15] La maladie somatique, la perte fonctionnelle ou un pronostic sombre sont des facteurs de stress courants au sein du CHU, faisant que du trouble de l'adaptation l'un des troubles psychiatriques les plus fréquemment rencontrés à l'hôpital général.

Nos résultats confirment cette hypothèse en diagnostiquant 28,5 % de troubles de l'adaptation, avec une prédominance féminine (33% chez les femmes). C'était le diagnostic le plus posé dans 3 des 4 services les plus demandeurs d'avis psychiatrique : neurologie, neurochirurgie et traumatologie-orthopédie.

Cela semble également confirmé par les données de la littérature. Nos résultats concordent avec ceux de Méchri [55] et de Viret [76] qui rapportent une prédominance de ce trouble sur les autres pathologies, avec respectivement 27% et 37%. Une étude portant sur des patients ayant un cancer a révélé une prévalence de troubles de l'adaptation supérieure à 30% [43]. Une autre étude, en population gériatrique, évaluait à 31,3% la part de troubles de l'adaptation [77].

Un auteur qui a comparé les diagnostics posés sur 2 périodes différentes a trouvé des résultats intermédiaires. Il a comptabilisé plus de 25% des diagnostics posés en faveur d'un trouble de l'adaptation en 1999-2001, puis moins de 15% en 2003-2006 [69]. L'étude de Bourgeois obtenait seulement 11,7% de troubles de l'adaptation [54].

III.2.2.1.2. Les troubles de l'humeur (R45.8 – F32-F39)

Nous avons également une grande partie de notre échantillon qui présentait un diagnostic se rapportant à l'humeur.

Dix-huit pourcent des patients ont reçu le diagnostic *R45.8 Symptômes relatifs à l'humeur*. Toutefois, notre souhait était de ne pas le regrouper avec une autre catégorie diagnostique étant donné qu'il s'agit du seul code diagnostique attribué lorsque les infirmières de l'UCMP avaient suivi exclusivement un patient. La présentation clinique sous-jacente pouvait être très variable, mais devait se rattacher à des symptômes thymiques ou anxieux. Par contre, cela sous-entend que les patients ayant reçu ce diagnostic ne présentaient pas de troubles sévères, et que l'accompagnement et la psychothérapie infirmière étaient suffisants. Il est donc préférable de voir, dans ce résultat, plus l'importance du travail infirmier auprès des malades du CHU, qu'un indice diagnostique strict.

En ce qui concerne l'épisode dépressif, il est caractérisé par une symptomatologie manifeste remarquablement en rupture avec l'état antérieur du sujet, avec un début brutal ou plus progressif. Troubles du sommeil, anxiété et irritabilité sont parmi les symptômes prodromiques les plus souvent notés. La durée minimale retenue pour faire le diagnostic d'épisode dépressif

est de 2 semaines. Il est difficile de fixer les limites qui définissent les épisodes dépressifs dans les études de population générale. Lorsque sont appliqués les critères DSM-IV de la dépression majeure, les études suggèrent que le taux de prévalence se situe probablement entre 10 et 20%. Le taux de dépression majeure est deux fois plus élevé chez la femme [36].

Treize pourcent des patients de notre population ont reçu un diagnostic d'épisode dépressif, un chiffre compris dans la fourchette de prévalence en population générale. Ce diagnostic était plus fréquent en neurologie et chez les femmes.

Si on considère les chiffres du *R45.8 Symptômes relatifs à l'humeur* et *F32-F39 Episodes dépressifs* de manière réunie, nos résultats correspondent avec plusieurs autres études [54, 55, 61, 69, 76, 78].

Une étude [56] mentionnait 28,1% de troubles dépressifs et y incluait les troubles de l'adaptation avec humeur dépressive. Dans son rapport d'assistance, Guillibert rapportait différents chiffres s'échelonnant de 14 à 50% de dépression selon les services, mais ces résultats sont antérieurs aux années 1990 [11].

Le trouble bipolaire, tel qu'il est défini par le DSM-IV et la CIM-10, concerne 1 à 2% de la population générale. Ce trouble se caractérise par une alternance d'épisodes dépressifs et d'excitations maniaques ; il se subdivise en plusieurs sous-groupes en fonction des épisodes présentés. Ce trouble est considéré comme un problème majeur de santé publique. Selon l'OMS, il fait partie des 10 maladies les plus coûteuses et invalidantes au plan mondial. Le risque suicidaire est majeur : 10 à 15% chez les patients non traités [15].

Moins d'1% de nos patients ont reçu le diagnostic de trouble bipolaire dans notre échantillon, ce qui concorde avec l'épidémiologie du trouble en population générale, mais pas avec la seule étude réalisée en psychiatrie de liaison qui diagnostiquait le trouble bipolaire aux alentours de 5% [57]. Seulement 0,2% de notre échantillon présentait un épisode maniaque.

Ces résultats paraissent montrer que les sujets souffrant de troubles bipolaires sont représentés au CHU, en miroir avec la population générale, et qu'ils ne sont pas, le plus souvent, dans des phases de décompensation.

Du fait de la gravité potentielle des décompensations dépressives ou maniaques, une attention particulière doit être portée à ces personnes par les équipes de psychiatrie de liaison. Un trouble bipolaire doit être recherché chez tout patient présentant un épisode dépressif. Le diagnostic de

dépression bipolaire est sous-diagnostiqué lors d'un épisode dépressif ; un tiers des dépressions unipolaires est erroné et correspond à des dépressions bipolaires [15]. Un risque d'évolution péjorative par accélération des cycles est fréquent, facilité par la large prescription d'antidépresseurs.

III.2.2.1.3. Les troubles mentaux liés à l'alcool (F10)

A propos du *F10 Troubles mentaux liés à l'alcool*, nous le retrouvons en 4^{ème} position dans notre étude (7,4%), chez plus de 10% des hommes inclus dans l'étude, alors que les *F11-F19 Troubles mentaux liés à l'utilisation d'autres substances* étaient diagnostiqués de façon anecdotique.

Cette prédominance masculine est retrouvée dans l'étude de Maillard [63]. Ces résultats sont confortés par une fourchette de 3 à 12% dans les résultats de différentes études [55, 61, 69, 76, 79]. Bourgeois classe 6^{ème} les troubles liés à la prise d'une substance (sans les différencier) [14], alors que l'alcoolisme est en 1^e position dans une étude irlandaise [80].

Les principaux services concernés par l'accueil des patients ayant des *F10 Troubles mentaux liés à l'alcool* sont les unités de gastro-entérologie : presque un quart des patients rencontrés dans ses lits. Cela est totalement concordant avec le fait que le 1^{er} motif de demande était un problème lié au sevrage / addiction.

Les liens avec ce service sont anciens et de qualité. Après une longue période où l'ensemble des patients ayant une addiction à l'alcool étaient rencontrés par l'équipe de liaison, le développement de l'activité de l'UCMP et l'absence de moyens supplémentaires n'autorisaient plus le maintien du protocole jadis institué. Les patients sont dorénavant rencontrés à la demande des services afin d'accroître la pertinence de l'orientation vers des soins spécialisés, ou parce que la situation du patient est suffisamment inquiétante et grave pour qu'une rencontre soit décidée.

III.2.2.1.4. Examen général de sujets ne se plaignant de rien (Z00)

Le diagnostic *Z00 Examen général de sujets ne se plaignant de rien* a été porté dans près de 5,5% des cas. Il s'agit d'un chiffre relativement haut, supérieur au 2,5% attribué aux « circonstances de vie » chez Devasagayam [69], mais plutôt concordant avec le résultat de Diefenbacher (6,4%) [56].

Deux études rapportaient des chiffres plus élevés, mais sur des effectifs plus restreints [58, 59]. Ces résultats illustrent les difficultés que peuvent rencontrer les praticiens de MCO pour évaluer l'existence de troubles psychiatriques chez leurs patients. Le service de gastro-entérologie a présenté de nombreux patients qui ont reçu ce diagnostic, et le service de neurologie également. Différencier une réaction adaptée d'un trouble véritable est bien entendu peu aisé. De plus, comme nous l'avons déjà formulé, il s'agit, pour le service de neurologie, d'éliminer parfois l'existence d'un trouble psychiatrique face à des symptômes atypiques ou pour lesquels aucune étiologie organique n'a été retrouvée.

III.2.2.1.5. Troubles mentaux organiques (F00-F09) et syndromes comportementaux liés à des perturbations physiologiques (F50-F59)

L'équipe de psychiatrie de liaison de l'UCMP s'est attachée à identifier les patients présentant des *F00-F09 Troubles mentaux organiques* (3,4%) et *F50-F59 Syndromes comportementaux liés à des perturbations physiologiques* (1,1%). Nos résultats ne correspondent absolument pas aux résultats très supérieurs, d'une étude en particulier, celle d'Ajiboye [58]. Ils sont par contre plus en accord avec d'autres résultats retrouvés dans d'autres études, avec des prévalences aux alentours de 6% [55, 76] et 4,9% [59].

Il s'agit essentiellement de patients présentant des syndromes confusionnels dans les suites d'une intervention chirurgicale. Il s'agit le plus souvent d'un syndrome confusionnel d'origine iatrogène, en lien avec l'utilisation d'anesthésiants ou de morphiniques ou d'origine infectieuse. Le rôle de l'équipe de psychiatrie de liaison sera alors de poser le diagnostic de syndrome confusionnel et de pouvoir proposer une adaptation thérapeutique afin de limiter l'agitation qui est souvent retrouvée dans les confusions.

III.2.2.1.6. Les troubles anxieux (F40-R42)

En revanche, les *F40-F42 Troubles anxieux* n'étaient classés qu'en 11^{ème} rang dans notre étude (2,3%), ce qui correspond au résultat <5% dans l'étude de [57]. Par contre, d'autres études obtenaient des résultats supérieurs compris entre 7 et 10% [54, 55, 76].

Carr [61] rapportait une prévalence de 14% de troubles anxieux, mais ce résultat doit être modéré du fait de l'absence de résultats concernant le trouble de l'adaptation. Trois autres travaux n'ont pas cherché ces troubles [58, 59, 63].

Les troubles anxieux regroupent différentes entités. De façon générale, la prévalence est de 15 à 20% sur la vie entière de la population générale, et de 25 à 35% en médecine générale. Des comorbidités sont fréquentes entre les troubles anxieux (40-60%) et avec la dépression (50-70%). Une prédominance féminine existe (sex-ratio = 2/3) [15].

Ainsi, peu de patients ont reçu le diagnostic de trouble anxieux dans notre échantillon. Ce chiffre est relativement inattendu, surtout lorsqu'on constate que les symptômes anxieux, mentionnés dans presque un quart des demandes d'avis, représentaient le 2^{ème} motif de demande. Cette différence peut s'expliquer par l'attribution, du consultant de l'UCMP, de ces symptômes anxieux à un trouble de l'adaptation avec caractéristiques anxieuses. En effet, les critères diagnostiques des différents troubles anxieux sont précis et rigoureux (annexe 1), critères que peu de patients rencontrés en MCO manifestement remplissaient.

La vigilance doit pourtant être de mise pour ces patients. De tels troubles peuvent se compliquer d'une forte invalidité liée à l'évitement phobique, à la sévérité des compulsions ou aux dépressions associées. Un geste suicidaire survenant lors d'un raptus anxieux peut malheureusement survenir. Abus et dépendance à l'alcool font également partie des complications possibles.

III.2.2.1.7. Schizophrénie et troubles délirants (F20-F29)

La schizophrénie est une maladie très « connue » de la population et qui fait l'objet de certaines croyances populaires (dédoublement de la personnalité, dangerosité, etc.).

Pourtant la clinique est complexe, propre à chaque patient, et très éloignée de l'image qu'en a la population générale. La sémiologie de la schizophrénie s'organise classiquement autour d'un trépied symptomatique :

- la dimension psychotique avec une activité délirante et hallucinatoire ;
- la dimension de désorganisation, comportant des troubles de la pensée, de l'affectivité et du comportement ;
- la dimension négative, avec le retrait autistique et l'appauvrissement de la vie psychique.

Il existe un ensemble de syndromes psychopathologiques dits psychotiques (DSM) ou apparentés à la schizophrénie (CIM) [15] ; ensemble que nous avons regroupé avec la schizophrénie dans l'étude des diagnostics posés.

La répartition de la schizophrénie est universelle. La prévalence de la schizophrénie est d'environ 1,4 à 4,6 pour 100 dans la population [36]. Dans notre étude, le diagnostic de *F20-F29 Schizophrénie et troubles délirants* était naturellement moins diagnostiqué dans notre échantillon (1,3%), qu'en psychiatrie sectorielle. Il s'agissait principalement d'hommes (sex-ratio = 2,75).

Ce résultat était inférieur à ceux retrouvés dans les autres études de psychiatrie de liaison dont les prévalences étaient comprises entre 4 et 10% selon les travaux [54–59, 76].

La schizophrénie est un trouble survenant chez le sujet jeune, puisqu'il débute généralement entre 15 et 25 ans. L'espérance de vie de ces personnes est relativement réduite [81]. Or, plusieurs de ces études obtenaient des moyennes d'âge nettement inférieures à la nôtre, ce qui peut expliquer cet écart.

Quoi qu'il en soit, il est primordial pour une équipe de psychiatrie de liaison de participer à la prise en charge du psychotique chronique lorsque celui-ci est hospitalisé au CHU. Cela relève des interventions de type thérapeutique. Cette mission est, et doit rester, une priorité.

III.2.2.1.8. Lésions auto-infligées (X60-X84)

La catégorie diagnostique des X60-X84 Lésions auto-infligées était fréquente en traumatologie-orthopédie (13%) et en neurochirurgie (10,3%).

Ce résultat peut être mis en lien avec un passage à l'acte suicidaire, par un moyen autolytique violent et ayant entraîné de lourds fracas somatiques. Il vient corroborer nos résultats concernant le motif de la demande dans ces mêmes services, étant donné que le motif de demande du fait d'une TS y était également très représenté.

III.2.2.1.9. A propos des patients rencontrés du fait de leurs antécédents psychiatriques

L'UCMP a été sollicité pour près de 30 patients, du fait qu'ils présentaient des antécédents psychiatriques. Les diagnostics qui ont finalement été établis chez ces patients étaient extrêmement variés, répartis dans la plupart des catégories diagnostiques étudiées dans ce travail.

Ainsi, nous percevons bien la multitude des profils de patients que prend en charge une équipe de psychiatrie de liaison.

III.2.2.1.10. Autres diagnostics et erreurs de codage

Il est aussi envisageable que certains diagnostics aient été sous diagnostiqués, par les consultants de l'UCMP, au profit d'un autre trouble, recensé ou non. Il a pu également se produire une erreur dans le codage ou sa retranscription informatique. Il est vrai que près de 6% de notre échantillon a été classé dans la catégorie diagnostique *Autres-erreur de codage*. Celle-ci incluait des diagnostics trop peu nombreux pour être individualisés, référant à un trouble mental ou à un trouble organique, ou bien des erreurs (comme un diagnostic pédopsychiatrique chez un sujet adulte).

III.2.2.2. L'action réalisée par l'UCMP

III.2.2.2.1. Le rôle déterminant de l'infirmière

Dans le fonctionnement de l'UCMP, l'infirmière évalue le plus souvent, en première intention, les patients. En fonction de l'évaluation effectuée par l'infirmière et après discussion lors d'une synthèse regroupant les médecins et les infirmières, le patient est rencontré ou non par l'équipe médicale.

Près de 20% des patients de l'échantillon ont été pris en charge exclusivement par l'équipe infirmière. Il s'agit de patients présentant le plus souvent des troubles de l'adaptation, qui nécessitaient une psychothérapie de soutien sans besoin d'une adaptation thérapeutique ou de patients ne présentant aucun trouble psychiatrique.

L'infirmière a un rôle déterminant en psychiatrie de liaison. Elle occupe une place importante dans les services de soins somatiques, échangeant avec ses homologues, pour compléter la vision que l'on peut avoir du sujet, garantissant une approche bio-psycho-sociale. Au cours d'un suivi après les consultations du psychiatre, l'infirmière de psychiatrie de liaison a un rôle de soutien, d'évaluation du traitement et de coordination avec le réseau de soins. Quotidiennement, l'infirmière peut recueillir, auprès des équipes, des informations avant la consultation et être amenée à assurer le suivi. Elle prend en compte le ressenti de l'équipe concernant la clinique psychiatrique et aide cette dernière à la compréhension des troubles ayant une manifestation psychiatrique. Au travers des échanges, elle sensibilise les équipes au fait psychique et aux connaissances psychiatriques. Ces interventions ont pour objectif de transmettre un savoir-faire. Cette démarche se déroule tout en respectant la confidentialité des propos intimes du patient.

III.2.2.2.2. Une prise en charge conjointe

Nos résultats montrent que plus de 40% des patients ont été pris en charge conjointement par un psychiatre et par une infirmière. Deux schémas d'organisations de l'UCMP en sont à l'origine. Le premier, nous l'avons vu : l'infirmière évalue le patient en 1^{ère} ligne, puis vient la consultation médicale si celle-ci s'avère nécessaire.

Le second est le suivant : une fois que le médecin psychiatre a rencontré le patient (avec ou sans entretien infirmier au préalable), une conduite à tenir thérapeutique est proposée au service

demandeur de MCO, mais un suivi infirmier UCMP peut également être mis en place, et ceci tant que les troubles le nécessitent. Si cela s'avère nécessaire, l'infirmière fera à nouveau appel à la consultation médicale.

Les patients ayant fait une tentative de suicide, sont vus de façon systématique par l'équipe infirmière et l'équipe médicale. Il s'agit en effet, le plus souvent, de tentatives de suicide graves, témoignant d'une souffrance psychique notable, pour laquelle une adaptation thérapeutique est souvent nécessaire. De plus, la présence quotidienne des infirmières, permet un suivi journalier des patients suicidants, patients qui nécessitent une surveillance particulièrement rapprochées et l'organisation d'une orientation en psychiatrie au sortir des services de soins somatiques.

III.2.2.2.3. La prise en charge médicale

Cette délégation à l'équipe infirmière permet de dégager suffisamment de temps aux médecins de l'UCMP afin qu'ils puissent évaluer les patients nécessitant d'emblée une consultation médicale. Ce sont les malades qui présentent les symptômes les plus inquiétants, qui nécessitent la prescription de psychotropes ou qui doivent être évalués dans le cadre d'une recherche de CI psychiatrique.

Effectivement, pour 80% des patients de l'échantillon, l'action réalisée par l'UCMP était la consultation avec un psychiatre de l'UCMP, et pour 40% des patients de notre étude, la prise en charge a été exclusivement médicale.

La littérature ne permet pas la confrontation de nos résultats.

Les patients qui ont été exclusivement vus sur le plan médical, sont les patients des services de neurologie où l'intervention médicale est effectuée en première intention du fait de l'intrication des troubles neurologiques et psychiatriques. Il s'agit également des patients de gastro-entérologie, où la demande était essentiellement la recherche de contre-indications psychiatriques à une greffe ou à la mise en place d'un traitement. Les autres cas, sont des demandes d'évaluation en urgence d'un patient sortant le jour même et où l'évaluation infirmière n'a pu être effectuée le matin.

III.2.2.2.4. Pas d'indication à poursuivre la prise en charge par l'UCMP

A l'issue de la 1^{ère} rencontre ou après quelques consultations, pour 11% de l'effectif total de notre étude, il n'y a pas eu d'indication à poursuivre la prise en charge. Les situations à l'origine de telles décisions peuvent s'expliquer de la manière suivante :

- le patient ne présentait pas de troubles psychiatriques ; il lui a d'ailleurs été attribué le diagnostic *Z00 Examen général de sujets ne se plaignant de rien* ;
- le patient était peu ou pas suffisamment préparé à être confronté à une consultation psychiatrique et a refusé toute prise en charge de cet ordre ;
- le patient souffrait effectivement de troubles psychiatriques non sévères, mais il ne souhaitait pas être pris en charge (problématiques addictives et éthyliques par exemple) ;
- une consultation « isolée » peut avoir un effet très bénéfique et immédiat, permettant au sujet de verbaliser ses angoisses, d'être reconnu en tant que malade et de se sentir entendu dans sa souffrance ;
- les symptômes étaient en cours d'amélioration, ne nécessitant pas de poursuite des soins psychiques.

III.2.2.2.5. Pas de contre-indication psychiatrique

Pour les demandes de consultation, visant à « Vérifier l'absence de CI psychiatrique », près de 90% de réponses positives ont été formulées. Cela laisse néanmoins 10% de patients (la plupart candidats à la greffe ou à l'introduction d'un traitement à risque important de décompensation psychiatrique) « fragiles » face à la prise en charge somatique à venir et pour lesquels un suivi psychologique minimal est requis. Il apparaît généralement compliqué de prédire une mauvaise compliance post-greffe sur la base de troubles psychiatriques, à partir d'une seule évaluation clinique, et la greffe reste possible dans de nombreux cas psychopathologiques [9].

De plus, dans l'organisation de la prise en charge des greffes hépatiques, au CHU de Poitiers, les patients sont rencontrés, dans un deuxième temps, au CHU de Tours, pour une seconde évaluation. Ils sont également informés de la possibilité de rencontrer, de nouveau, l'équipe de psychiatrie de liaison, lors de leur retour au CHU de Poitiers, en post-greffe, si l'adaptation à la greffe est difficile.

III.2.2.3. Un traitement psychotrope prescrit

L'étayage soignant et la psychothérapie de soutien suffisent bien souvent à prendre en charge convenablement les patients. Pour cela, l'équipe de l'UCMP propose des conseils dans l'organisation de la prise en charge, sur les explications à donner aux patients, les mesures pour limiter le risque de passage à l'acte auto-agressif, et bien d'autres conseils pratiques. Ce sont des tâches primordiales en psychiatrie de liaison [10].

En médecine, de façon générale, la prescription d'un traitement médicamenteux psychotrope n'est pas toujours nécessaire, particulièrement dans la prise en charge de psychiatrie de liaison. Elle peut même être fortement à risque pour les patients aux lourdes comorbidités somatiques. D'ailleurs, l'UCMP s'est abstenu de toute prescription chez plus de la moitié des patients.

Quand un traitement médicamenteux était indiqué (49%), il a été principalement proposé des anxiolytiques et des antidépresseurs, dans plus de 80% des cas. La prescription de ces 2 classes thérapeutiques a été conjointe pour 12% de l'échantillon total.

Le traitement appartenant à la catégorie des anxiolytiques était le plus prescrit (46%). Dans cette catégorie était classé l'hydroxyzine, molécule aux vertus anxiolytiques mais n'appartenant pas à la classe des benzodiazépines. C'est un traitement très utilisé par l'UCMP, particulièrement dans les troubles mineurs, s'exprimant à travers des symptômes type anxiété ou trouble du sommeil, chez des sujets sans antécédents psychiatriques ou présentant des CI à la prescription de benzodiazépines.

Nous pouvons expliquer ces résultats par la place importante des troubles de l'adaptation, des troubles de l'humeur et des troubles liés à l'alcool, pour lesquels ces 2 classes pharmaceutiques font partie des traitements habituels.

Les autres psychotropes étaient nettement moins prescrits car les troubles pour lesquels ils sont indiqués ont été moins diagnostiqués dans notre échantillon (figure 11).

Nos résultats concordent avec les résultats de 2 études [56, 76]. Par contre, certains travaux relatent des taux de prescription très supérieurs aux nôtres, mais concordent sur le type de traitement [55, 58, 63].

Des précautions sont liées aux prescriptions de tels médicaments. Il est indispensable de rappeler que l'administration d'antidépresseurs doit être pondérée, chez le patient déprimé, par la recherche rigoureuse d'un trouble bipolaire sous-jacent. Non seulement il existe un risque d'inversion de l'humeur, avec un virage maniaque, mais cela favorise aussi la mise en place de cycle rapide de l'humeur [15].

Dans le but de favoriser l'observance du patient à son retour à domicile, les explications habituelles concernant cette classe thérapeutique doivent être fournies, particulièrement concernant le délai d'action des antidépresseurs avant leur efficacité optimale et la nécessité d'une prise prolongée sur plusieurs mois, sans arrêt brutal.

Les benzodiazépines sont les principales molécules de la catégorie des anxiolytiques. La prescription doit être la plus ponctuelle possible et d'une durée limitée. Du fait d'un risque d'accoutumance et de dépendance, il faut expliquer au patient que la prescription comme l'arrêt du traitement doivent être médicalement encadrés, tout en le rassurant et insistant sur le caractère bénéfique de la prescription.

III.2.2.4. Durée de prise en charge

III.2.2.4.1. Durée de prise en charge dans l'ensemble de l'échantillon

Nous n'avons pas eu le moyen de confronter directement nos résultats concernant la durée de prise en charge par l'UCMP à ceux d'autres études, car ne figurent dans la littérature que des durées globales d'hospitalisation. L'UCMP n'a pas forcément suivi le patient dès son admission au CHU ni jusqu'à sa sortie, à l'inverse il a pu être revu à l'occasion de son transfert dans d'autres services ou d'une ré-hospitalisation.

Nous avons calculé qu'un patient était pris en charge en moyenne durant 25,8 jours, en 2012. La durée moyenne était même allongée pour les femmes.

La plus courte prise en charge se déroulait sur la durée d'une journée, avec une unique consultation. Cette situation était très fréquente (37%). Il pouvait s'agir de patients ne présentant pas de trouble psychiatrique, ou de patients ne souhaitant pas de suivi, ou encore de patients dont l'instauration d'un traitement médicamenteux de type anxiolyse était suffisant pour permettre l'amendement d'un trouble de l'adaptation et pour lesquels un suivi n'était pas nécessaire.

A l'inverse, de très rares patients ont été suivis sur plusieurs années, voire même sur une durée de plus de 10 ans. Il s'agit de patients revenants pour des hospitalisations programmées, dans le cadre de pathologies cancéreuses ou de pathologies chroniques comme des pathologies neuro-dégénératives. Pour ces patients, une relation de soins et de confiance peut s'instaurer avec l'équipe de psychiatrie de liaison et l'entretien en psychothérapie, durant les quelques jours de l'hospitalisation, fait alors partie intégrante de la prise en charge globale du patient.

L'activité de l'UCMP s'équilibre dans ces soins très différents, demandant aux membres de l'équipe de grandes capacités d'adaptation et de disponibilité.

III.2.2.4.2. Durée de prise en charge en fonction du diagnostic

Parmi les troubles présentés par les patients de l'échantillon, une catégorie de patients se démarque franchement, du fait de la très longue durée de prise en charge qu'ils ont nécessité (116 jours), qu'il faut cependant modérer du fait du faible effectif dans cette catégorie (n=4). Il s'agit du *F44-F45-F48 Troubles dissociatifs - Autres troubles névrotiques*.

L'hypothèse, qui peut être proposée afin d'expliquer ces chiffres, est que ces troubles, névrotiques, sont complexes à prendre en charge habituellement. Le facteur de stress, inhérent à la maladie organique, vient mettre en exergue les conflits internes du sujet, sa vulnérabilité et ses symptômes dysthymiques.

L'approche psychosomatique moderne considère qu'il n'y a pas de causalité linéaire entre problèmes psychologiques et symptômes (ou maladies) somatiques, mais que certains facteurs psychologiques et sociaux jouent un rôle important dans la prédisposition, la survenue et surtout la pérennisation des symptômes et syndromes fonctionnels, comme dans celles des maladies organiques, au sein d'une causalité circulaire [82]. La survenue de troubles somatoformes vient compliquer la tâche du médecin de MCO, l'amenant à distinguer ce qui relève de la pathologie organique en cours et à le soulager, de ce qui est dû aux troubles psychiques du sujet. La somatisation (définie comme l'expression d'un mal-être d'origine psychosociale sous la forme de plaintes somatiques médicalement inexplicables) peut être fondamentalement définie comme un conflit d'attribution entre le patient (qui vit ses troubles comme de nature organique), et les soignants (qui les interprètent comme des symptômes de détresse psychologique) [82]. La durée de séjour s'allonge, et avec elle la durée de prise en charge du patient. Une psychothérapie est

recommandée, ce qui peut être préparé ou amorcé à cette occasion, puis relayé avec un autre praticien à la sortie. Le travail de l'UCMP consiste aussi pour ce genre de patients, à jouer le rôle de « tampon » avec l'équipe soignante de MCO, afin d'éviter qu'elle se décourage ou ne rejette ce patient perçu comme difficile, d'allure plaintive, et qu'elle n'arrive pas à soulager comme les autres.

Les patients admis devant une TS avec fracas somatiques importants nécessitent également une prise en charge somatique sur une longue période : interventions chirurgicales, réanimations, immobilisations prolongées, etc. Il est normal que l'équipe de psychiatrie de liaison vienne évaluer ces patients, potentiellement à risque de récurrence suicidaire, puis les suive sur une durée suffisante. Il est donc attendu que les durées moyennes de prise en charge soient relativement longues pour les patients diagnostiqués *X60-X84 Lésions auto infligées* ou *Z91 Antécédents personnels de facteur de risque*.

III.2.2.5. L'orientation proposée

III.2.2.5.1. Pas d'orientation spécifique

Dans notre échantillon, plus de la moitié des patients ne présentaient pas d'indication à une orientation spécifique après leur prise en charge par l'UCMP. Une étude rapporte 74% de retour à domicile simple [57].

La majorité des patients que l'UCMP a rencontrée, du fait de la *Présence d'antécédents psychiatriques* ou à la demande du patient ou de sa famille, n'a pas été orientée vers un spécialiste, au décours de son séjour au CHU.

Cela semble conforter nos résultats concernant la prescription de psychotropes : il s'agit là de patients présentant des troubles qui peuvent être considérés comme « mineurs » ou d'antécédents de pathologie psychiatrique non décompensée.

Néanmoins, nous devons modérer ce propos en précisant qu'il arrive parfois, que le patient soit sorti sans que l'équipe de l'UCMP n'en soit informée. Si une orientation donnée avait été envisagée par le psychiatre de l'UCMP, elle ne pouvait donc pas se mettre en place. Un courrier pouvait toutefois en informer les médecins traitants et hospitaliers en charge du patient afin qu'ils puissent tenter de relayer cette indication de suivi. Il est vrai que la réalité du terrain, au CHU, fait que la prise en charge du patient se fait parfois « au jour le jour », et que s'il va

mieux, sa sortie est avancée voire prononcée. Du fait de son caractère mobile, l'UCMP n'est pas nécessairement présente ou prévenue immédiatement.

III.2.2.5.2. L'orientation vers les CMP

En revanche, l'UCMP a souhaité proposer un suivi spécifique à 43,4% des patients rencontrés en 2012. Plus des trois-quarts de ces patients ont été adressés à un CMP (sectoriel ou intersectoriel), et ce quel que soit le diagnostic posé (figure 12 et 13).

C'était d'ailleurs le cas de 40% des patients *rencontrés à leur demande* et 28,5% des patients *rencontrés du fait de leurs antécédents psychiatriques*.

Nos résultats ne semblent pas en accord avec la seule étude française existante, et fonctionnant avec les CMP [63].

Cette orientation, largement prédominante dans notre étude, était préférée en partie pour les raisons suivantes :

- un suivi, modulable en fonction du besoin, peut y être en effet proposé par un psychiatre, un psychologue ou un infirmier ;
- des permanences infirmières sont proposées en cas d'urgence ;
- l'adaptabilité possible des consultations de ces centres, antennes de l'hôpital psychiatrique du département, est une proposition très confortable pour les patients de psychiatrie de liaison dont la mobilité peut être réduite, et qui peuvent bénéficier de visites à domicile par des infirmiers spécialisés dans les soins psychiques ;
- des activités et ateliers peuvent être proposés (art thérapie, relaxation, groupe de parole, etc.), tout comme une aide à la confection du pilulier hebdomadaire ;
- l'aspect et le fonctionnement s'apparentent à une maison médicale, moins intimidante et d'aspect moins menaçant pour les patients hésitant à accrocher aux soins psychiatriques ;
- la communication est plus simple qu'avec les établissements privés ou les praticiens libéraux, pour l'UCMP ;
- les soins y sont gratuits ;
- pour certains patients, le fascicule du CMP (annexe 6) peut être remis au patient par l'équipe de l'UCMP, simplement dans l'idée de baliser la trajectoire ultérieure et de lui permettre de savoir vers qui se tourner en cas de rechute.

III.2.2.5.3. Le relais à d'autres praticiens

De fait, lorsque l'indication d'une prise en charge ambulatoire était présente, l'orientation ne se faisait alors que très peu vers les praticiens libéraux.

En effet, simplement 8% des patients *rencontrés à leur demande* ont été adressés à des confrères libéraux.

Concernant l'orientation vers les médecins psychiatres libéraux, le faible recours à ces praticiens, s'explique souvent par leur faible nombre, leur délai de prise en charge souvent important et leur présence uniquement dans des villes. En effet, les patients rencontrés par l'UCMP ne vivent pas forcément en ville, la région étant fortement rurale. L'orientation vers les CMP, où la prise en charge peut être plus rapide, et souvent plus à proximité du domicile du patient est alors privilégiée.

De plus, dans certains cas, la pathologie somatique du patient peut limiter ses déplacements. Les équipes infirmières travaillant en CMP peuvent proposer des visites à domicile, ce qui peut faciliter la prise en charge et l'adhésion de patients à un suivi psychologique.

III.2.2.5.4. Le transfert en service de psychiatrie

En outre, le travail d'une équipe de psychiatrie de liaison est de pouvoir favoriser l'orientation d'un patient vers une hospitalisation en psychiatrie, si celle-ci s'avère nécessaire. Nos résultats montrent que cela a été le cas pour 5% de notre échantillon.

Méchri a relevé 7% de transfert en psychiatrie [55]. Cela correspond à un taux plus faible par rapport à d'autres études qui ont rapporté de 10 à 14% de transfert en psychiatrie [56, 58].

Un tel résultat pourrait être expliqué par la rareté des pathologies psychiatriques sévères dans notre échantillon. Nous voyons bien dans la figure 13 que l'hospitalisation en psychiatrie était proposée pour de nombreux patients présentant des troubles dépressifs.

L'intervention de psychiatrie de liaison rassure, l'implication quotidienne de l'UCMP limite certainement les transferts « équivalents de rejet du patient » dans les services de psychiatrie.

De plus, pour les patients ayant été hospitalisés pour une tentative de suicide, la durée d'hospitalisation dans un service de soins somatiques, parfois très longue, permet souvent une

amélioration de la symptomatologie dépressive durant ce temps d'hospitalisation. Le transfert en service de psychiatrie, peut ne plus s'avérer nécessaire et l'orientation se fait alors vers une prise en charge psychiatrique ambulatoire.

III.2.2.5.5. Le relais par une autre équipe du CHU

Globalement, le relais par une autre équipe du CHU ne se fait qu'occasionnellement. Il est réalisé lors d'un transfert dans un service où les soins psychiatriques relèvent d'une autre équipe de psychiatrie de liaison (exemple de la gériatrie).

Par ailleurs, quand une dégradation de la santé physique survient, elle amène également des équipes spécialisées (équipe de soins palliatifs, ou de la douleur), à prendre en charge un patient dont la clinique est intriquée avec la situation palliative par exemple.

L'évocation de sa propre mort par le patient et la demande d'euthanasie qui parfois en découle sont sous-tendues par diverses représentations ou émotions insupportables [9]:

- anticipation d'une souffrance physique qui ne pourrait être soulagée ou comprise,
- intolérance vis-à-vis de sa propre déchéance,
- crainte de la passivité et de l'affrontement des derniers instants dans la solitude,
- culpabilité à l'égard de la peine infligée aux siens.

Généralement, l'équipe de soins palliatifs est la plus à même pour entendre et prendre en charge cette souffrance. Ces équipes comptent habituellement des psychologues expérimentés.

III.2.2.6. En résumé

Nos résultats, ainsi que la littérature, montrent que les patients souffraient très fréquemment de trouble de l'adaptation. Il s'agissait surtout de femmes et ils étaient hospitalisés en neurologie, neurochirurgie et traumatologie-orthopédie. L'autre diagnostic très fréquent était l'épisode dépressif, particulièrement en neurologie et chez les femmes. Peu de pathologies psychiatriques sévères ont été rencontrées (trouble bipolaire et schizophrénie) ; et à propos des troubles anxieux, il n'y avait pas autant de diagnostics posés que de demandes formulées pour ce motif. En gastro-entérologie, beaucoup d'hommes présentaient une pathologie en lien avec l'alcool. Les patients ayant reçu le diagnostic Z00 étaient souvent hospitalisés dans ce même service. La neurochirurgie et la traumatologie-orthopédie accueillaient fréquemment des personnes ayant

le diagnostic de *Lésions auto infligées*. Les sujets qui présentaient des antécédents psychiatriques ont reçu des diagnostics variés. L'infirmière a une place angulaire dans l'activité de l'UCMP, une prise en charge conjointe médicale-infirmière était habituelle. La plupart du temps, le psychiatre ne mentionnait pas de CI psychiatrique aux soins somatiques concernés. Un traitement psychotrope n'était pas systématiquement proposé ; les classes thérapeutiques les plus prescrites étaient les anxiolytiques et les antidépresseurs. La prise en charge durait en moyenne 26 jours, et était plus longue pour les troubles névrotiques, les TS et chez les femmes. Le plus souvent aucune orientation n'était indiquée, mais quand elle était proposée cela était généralement vers un CMP. Très peu de transferts en psychiatrie ont été effectués.

III.2.3. La trajectoire des patients après l'hospitalisation

III.2.3.1. La prise de contact avec le CMP

Notre étude a retrouvé que lorsqu'une orientation vers un CMP a été proposée par l'équipe de liaison, peu de patients l'ont suivi, après leur sortie du CHU.

Ceci est à relativiser sur l'ensemble de l'échantillon, car de nombreux patients ont été orientés vers des CMP d'autres départements et il ne nous a pas été possible de s'assurer qu'un contact avait bien été établi par la suite.

Il nous semble donc préférable de considérer les résultats pour les patients résidant dans le département de la Vienne comme plus représentatifs.

III.2.3.1.1. Les patients du département

Pour les 244 patients du département orientés vers un CMP, seulement 50 ont adhéré à l'orientation. Le taux de prise de contact, dans les 3 mois, avec le CMP était donc de 20,5%.

Il ne peut être comparé à aucun résultat existant dans la littérature de psychiatrie de liaison. Par contre en psychiatrie d'urgence, De Clerc notait que 10% des patients suicidants se rendaient à leur consultation médico-psychologique après leur passage aux urgences [83]. Cela s'explique certainement du fait de la clinique présentée par la population des urgences. Il s'agit d'un moment de crise, où l'alliance thérapeutique doit être travaillée sur un temps très bref. Ce temps

est plus conséquent dans les services de MCO, comme le montrent nos moyennes de durée de prise en charge.

Cependant, la durée moyenne de séjour au CHU et les consultations parfois demandées tardivement dans la prise en charge globale du patient font probablement que l'orientation n'est pas suffisamment travaillée avec le patient. Nous aurions peut-être dû élargir ce délai de 3 mois, qui était possiblement trop court dans la dynamique de l'amorce d'un suivi psychiatrique ambulatoire.

III.2.3.1.2. Indépendamment de l'origine géographique

Quelle que soit l'origine géographique des patients, les taux de consultation au CMP selon le diagnostic posé étaient les meilleurs, avec près d'un quart dans chaque catégorie, pour les personnes souffrant de :

- *F11-F19 Troubles mentaux liés à l'utilisation d'autres substances,*
- *F44-F48 Troubles dissociatifs – autres troubles névrotiques*
- *et F40-F42 Troubles anxieux phobiques.*

A l'inverse, ce taux était très mauvais pour les personnes souffrant de *F43 Réaction à un facteur de stress sévère, troubles de l'adaptation.*

Rappelons que nous avons noté que 100 patients bénéficiaient d'une prise en charge hospitalière avant l'admission au CHU. Pourtant, le nombre de prises en charge actives au CMP était inférieur après le séjour au CHU, alors que cela devait même constituer pour certains une simple poursuite du suivi déjà amorcé là-bas.

Ces résultats mettent en évidence les difficultés de suivi et d'adhésion à la prise en charge psychiatrique, des patients rencontrés. Que ce soit pour les individus qui avaient des antécédents de troubles psychiatriques ou pour ceux qui n'en avaient pas, beaucoup sont perdus de vue.

Classiquement, l'alliance thérapeutique est un défi quotidien pour le psychiatre. Ce dernier cherche quotidiennement à conserver le lien avec son patient, dont la pathologie psychiatrique est connue : maintenir un suivi et une observance médicamenteuse même lorsque le patient perçoit une amélioration, re-proposer des rendez-vous lorsque ceux-ci ne sont pas honorés, se confronter à la rupture de soins et retrouver, au bout d'un certain temps, le patient décompensé.

Quand il s'agit de patients jusqu'alors indemnes de tout trouble psychiatrique, les difficultés sont tout autant là : difficultés à reconnaître le trouble, à mesurer la nécessité d'un suivi, banalisation des symptômes.

De plus, il est vrai qu'une fois sortis du CHU, les patients sont naturellement considérés comme en meilleure santé physique. Les facteurs de stress en lien avec la maladie et l'hospitalisation sont mis à distance, le patient s'y confronte moins et retrouve son environnement habituel. Les troubles de l'adaptation et autres symptômes anxio-dépressifs ont de bonnes chances de régresser, voire finir par disparaître, sans forcément qu'un médecin ou un psychiatre soit activement présent. Le patient ne voit plus l'intérêt ou n'ose plus consulter.

Les coordonnées des CMP sont largement distribuées, dans l'idée que « si jamais ça n'allait plus », le patient puisse les contacter.

Au domicile, l'état de santé physique et la fatigue ressentie par les patients peut constituer un frein à l'ajout d'un suivi supplémentaire, avec ses consultations, ses obligations et ses contraintes, dont l'intérêt est mal perçu.

Nous pouvons supposer qu'il existe pour certains une crainte d'être hospitalisé en psychiatrie, « interné » comme beaucoup disent.

Enfin, une fois sa prise en charge considérée comme terminée par l'UCMP (c'est-à-dire les troubles stabilisés, ou le patient déclaré sortant), l'équipe n'a pas nécessairement les retours sur ce qu'il advient des patients. Une complication peut prolonger durablement l'hospitalisation sans qu'il y ait une indication à solliciter de nouveau l'UCMP, un transfert sur un plus petit centre hospitalier peut être organisé, ou au pire le décès du patient peut survenir.

Tout ceci permet de mieux comprendre pourquoi les taux de prise de contact sont si faibles.

III.2.3.2. Le suivi itératif

Environ 3% des patients de la population totale ont été revus de façon itérative par l'UCMP, et le plus grand nombre souffrait d'un trouble de l'adaptation ou d'un épisode dépressif. Cela constitue une activité notable pour l'équipe, qui se rajoute aux 977 patients rencontrés sur la totalité de l'année 2012.

Cette catégorie comprend des patients qui peuvent être

- revus par l'UCMP durant la même hospitalisation au CHU, mais avec un intervalle libre entre les 2 prises en charge, la 1^{ère} ayant été considérée comme terminée ;
- ré-admis en hospitalisation traditionnelle, en hôpital de jour ou de semaine, après une prise en charge UCMP durant la 1^{ère} hospitalisation au CHU.

Ces derniers patients souffrent de pathologies les amenant régulièrement à revenir au CHU. Il peut s'agir de diabète, d'hépatites virales, maladies rénales nécessitant des dialyses, etc. L'activité de l'UCMP se déploie au cours de leurs hospitalisations. Elles s'établissent généralement en séquences, c'est-à-dire à intervalles réguliers pour des bilans, en l'absence de complications intercurrentes. Sont habituellement proposées des consultations infirmières et médicales en alternance. Il s'agit à chaque fois de réaliser une nouvelle évaluation de l'évolution psychique du patient, faire le lien avec d'éventuels soins psychiques antérieurs, partager les préoccupations des équipes soignantes et s'inscrire dans la suite de soins en formulant parfois de nouvelles orientations, toujours en lien avec les différents intervenants.

III.2.3.3. En résumé

L'adhésion des patients à l'orientation qui leur a été proposée vers les CMP est assez mauvaise, particulièrement pour ceux qui avaient reçu le diagnostic d'un trouble de l'adaptation. L'UCMP était amenée à réaliser des suivis itératifs pour une minorité de patients.

III.3. Points forts et limites

Certains points forts ainsi que de possibles biais et limites méthodologiques dans notre étude devraient être pris en considération dans l'interprétation des résultats.

III.2.1. Points forts

III.2.1.1. Une étude originale en France

Notre recherche bibliographique ne nous a pas permis de trouver, dans la littérature, de travaux similaires au nôtre en psychiatrie de liaison « pure » et réalisés en France, en termes de taille d'échantillon, de nombre de services inclus et de variables étudiées.

La littérature internationale est très pauvre dans ce domaine et surtout difficilement superposable à l'organisation des soins de notre pays. Nous avons cependant recensé une étude datant de 1994, réalisée en France [63], qui portait sur l'activité de psychiatrie de liaison d'une

année à l'Hôpital Général de Saint-Dizier. Elle détaillait principalement la clinique des patients selon les tranches d'âge et près de 30% de données étaient issues de consultations faites aux urgences.

III.2.1.2. L'échantillon

La taille de l'échantillon était relativement grande dans notre étude (n=977). Elle était supérieure à celle des échantillons de la plupart des études retrouvées dans la littérature. En outre, l'étude a porté sur l'activité d'une année entière. Cela a permis de gommer les fluctuations d'activités des différentes entités et de permettre une certaine représentativité.

Seuls 2 travaux, ayant étudié les modifications de l'activité de psychiatrie de liaison sur 7 et 10 ans, obtiennent des effectifs très supérieurs aux nôtres [56, 57]. Les variables étudiées étaient par contre restreintes en nombre et en items.

III.2.1.3. Les données relevées

Un formulaire standardisé était utilisé par l'équipe de l'UCMP pour rédiger ses observations (annexe 3). Ainsi, les observations à partir desquelles nous avons relevé nos données étaient globalement homogènes et comportaient des réponses pour chaque item.

Par ailleurs, les diagnostics et les observations étaient immédiatement informatisés, ce qui limitait la perte de données et les rendait aisément accessibles.

Un des points forts de notre travail était l'accessibilité aux dossiers. Autorisée par le Pr SENON (chef de service) et le Dr VOYER (médecin responsable de l'unité de psychiatrie de liaison), la lecture des dossiers pouvait être réalisée dans leur intégralité et sans limite de temps depuis un poste informatique du CHL. Cette lecture a donc pu s'attacher à être la plus fine et exhaustive possible.

III.2.2. Limites

III.2.2.1. Un travail rétrospectif et une subjectivité des données

Une des limites de notre étude était le recours à un recueil de données rétrospectif. Nous nous sommes appuyés sur les diagnostics et observations établis par l'équipe de l'UCMP. Des biais ont été possibles concernant les procédures d'évaluation. Le travail quotidien de l'UCMP, que nous avons étudié dans ce travail, n'a pas recours à des instruments d'évaluation psychométriques.

De plus, le changement régulier des internes (tous les 6 mois) qui travaillent dans l'unité, aux côtés du Dr VOYER, engendre un renouvellement régulier de l'équipe médicale, et donc des modifications des habitudes de travail et des variations dans l'expérience des intervenants médicaux. La reproductibilité inter-juge n'est donc pas optimale, mais elle demeure à l'image de ce qu'est véritablement l'activité du service au quotidien, ce qui était étudié dans ce travail et ne constitue donc pas véritablement un biais d'interprétation.

III.2.2.2. Une étude difficilement comparable avec la littérature

En outre, notre étude a porté sur les patients hospitalisés dans différents services médico-chirurgicaux, dont l'UCMP a la charge. Cela ne représente pas l'ensemble des services adultes du CHU.

Les différences méthodologiques avec les travaux déjà effectués et la disparité des effectifs des échantillons étaient notables. Cela a entraîné un manque évident de comparabilité avec les études existantes. De plus, la plupart des travaux référencés et auxquels nous avons confronté nos résultats provenaient de pays différents, où les systèmes de soins sont organisés différemment, particulièrement sur la part financière. Ces facteurs locaux et systémiques doivent donc être pris en considération lors de l'interprétation des résultats des études antérieures. Le CHU de Poitiers est un centre hospitalier disposant d'un service dédié à la psychiatrie de liaison du sujet adulte, ces résultats ne s'appliquent donc pas aux établissements où les services de psychiatrie de liaison sont moins facilement disponibles.

III.2.2.3. Biais de sélection et biais de mesure

Un biais de sélection était possible, en provenance de la dénomination de l'acte codant pour les consultations de l'UCMP au lit du patient, au moment de la prise en charge du patient. Si une telle erreur a été faite, il se peut que le patient n'ait pas été recensé dans la liste fournie par le DIM du CHL.

Un biais de sélection et un biais de mesure étaient possibles du fait du référencement manuel de l'ensemble des données, sans relecture par un tiers, à partir de la lecture d'un nombre d'observations, variable et arbitraire selon les dossiers. Nous avons tenté de limiter ces biais en recherchant les données à relever dans plusieurs observations : rédigées durant la prise en charge, rédigées avant et après cette prise en charge s'il y en avait.

Enfin, des données étaient parfois manquantes dans les dossiers, elles ont été mentionnées par le terme NR.

III.4. Perspectives et discussion institutionnelle

III.4.1. A propos des patients

Le profil des patients rencontrés en psychiatrie de liaison est extrêmement varié. Nombreux sont ceux pour qui la rencontre avec l'équipe de l'UCMP constitue le premier, et souvent l'unique, contact avec la psychiatrie.

La réticence des patients à l'idée d'un entretien psychiatrique est courante, son image est bien souvent péjorative et faite d'idées préconçues.

Cette rencontre doit être idéalement préparée par l'équipe du CHU, mais ce n'est pas toujours le cas. Le risque, alors, est grand, pour le patient de ne pas se sentir considéré par son médecin mais plutôt vu comme un « fou ». Le patient peut même ressentir une sorte de trahison, et l'alliance thérapeutique est malmenée, tant du côté psychiatrique que somatique. Il est donc important d'en discuter régulièrement avec les équipes, afin que chacun puisse travailler sereinement, sans que le malade ne se sente piégé.

Cette préparation ne consiste pas à obtenir l'accord de la personne, au risque de se heurter à de nombreux refus que le praticien serait obligé de forcer ou qu'il ne saurait respecter sans prendre des risques importants quant aux événements ultérieurs [9].

Particulièrement chez le suicidant, chercher à ce que le patient exprime une demande d'aide est un contresens, et engendre chez certains l'acceptation d'une position d'infériorité humiliante. Il est rassurant et déculpabilisant pour les patients que les équipes prennent la décision de la démarche, qui peut être placée sous le jour d'un fonctionnement institutionnel dans le service.

La confidentialité est un enjeu important. Il faut pouvoir garantir au patient la discrétion, plus que le secret médical. Celui-ci livrera certainement des informations qu'il ne souhaite pas savoir communiquées à l'équipe soignante, de crainte qu'elles ne soient rapidement diffusées aux uns et aux autres. Il revient à l'équipe de l'UCMP de trouver le juste milieu entre la confiance que lui a attribuée le patient et l'évidente nécessité que le médecin en charge du patient soit informé d'éléments pouvant entrer en jeu dans la prise en charge.

La « rencontre » du patient, au sens large, nécessite de passer une première barrière, faite pour le patient d'appréhension et de méfiance. Les courtes durées de séjour ou les demandes en toute fin d'hospitalisation la rendent inconfortable. De plus, le raccourcissement des durées moyennes de séjour engendre inévitablement un recours moins fréquent à l'intervention de psychiatrie de liaison.

Certains patients suscitent de l'angoisse ou de l'agacement chez les soignants qui en ont la charge. Il est primordial qu'une demande trop rapide d'intervention de liaison, comme celle d'un transfert en psychiatrie, pour « éloigner » ce patient difficile à gérer, soit tempérée par l'équipe de psychiatrie de liaison afin qu'il n'y ait aucune perte de chance pour le patient. Les explorations nécessaires doivent être faites, pour ne pas passer à côté d'une pathologie organique et pour soulager le patient de ses plaintes physiques et fonctionnelles. L'équipe de psychiatrie de liaison doit se montrer présente, venir « sécuriser » la situation et garantir une prise en charge adaptée en parallèle du bilan somatique.

III.4.2. L'équipe de l'UCMP

Ainsi, la mission quotidienne de l'équipe de l'UCMP est complexe. Elle intervient souvent dans les conditions difficiles de la liaison :

- Demandes souvent en rafale, mal réparties dans la semaine pour des patients souvent difficilement accessibles du fait des explorations et traitements ;
- Confrontations à des pathologies somatiques souvent sévères, au pronostic réservé ;
- Durée moyenne de séjour de plus en plus brève et sollicitations du dernier moment ;
- Nécessité de restitution aux équipes infirmières et médicales somatiques, souvent bousculées par la détresse de leurs patients ;
- Obligation constante de négocier la place et les fonctions de l'équipe médico-psychologique qui « travaille chez l'autre », et sous le regard de l'équipe somatique qui la remet constamment en cause
- Demande d'avis équivalents de passage à l'acte sans que la réponse et suggestion soient considérées et appliquées.

Pour caractériser les difficultés rencontrées dans l'exercice de la consultation-liaison, Consoli propose de comparer cette pratique à des « liaisons dangereuses » [9]. Plusieurs raisons expliquent cette relative « dangerosité » :

- la déstabilisation des somaticiens, caractérisée lors de l'appel du psychiatre par « une prise de conscience des limites du pouvoir médical face à la maladie ou la mort », renvoyant ainsi au propre narcissisme du soignant ;
- la souffrance de penser du patient – auxquels l'éthique ne permet pas de révéler, sans précautions, des pans entiers de leur vie psychique – ce que Consoli appelle « la maladie mémoire », et qui symbolise la blessure narcissique en lien avec la maladie grave, « d'avoir à renoncer à l'intégrité antérieure de sa santé, et entre en résonance avec l'ensemble des deuils » ;
- le défi pour le psychiatre, où la tentation est majeure de vouloir tout comprendre et à tout prix, au risque de tromper le patient et de pervertir les relations avec les somaticiens, avec bien entendu le danger corrélatif d'un aveu de non-compréhension, dont le psychiatre pourrait avoir honte.

Zumbrunen met en garde contre les frustrations inhérentes au travail de liaison [1] : « Une identité qui demande régulièrement à être précisée ; une place et un rôle qui ne sont jamais définitivement acquis, mais doivent être constamment consolidés ou reconquis, en fonction des changements qui interviennent sans cesse dans une institution comme l'hôpital (...). Enfin, l'insatisfaction qui peut naître d'intervention souvent ponctuelles et limitées, effectuées auprès des patients qui ont rarement élaboré la demande d'aide psychiatrique ».

Cette identité est effectivement à préciser régulièrement, les équipes du CHU sont multiples et changent régulièrement. Mais ces dernières sont également en difficulté pour identifier l'interlocuteur car l'identité et le statut de l'intervenant de liaison changent aussi (psychiatre sénior, interne, infirmière). C'est le cas de l'UCMP, les membres de l'équipe n'ont pas de service particulièrement attribué.

Le psychiatre de liaison se situe dans une position intermédiaire, au carrefour de la psychiatrie et de la médecine, mais il est important, comme le fait remarquer Chocard, que le psychiatre de liaison garde une identité clairement psychiatrique, ne cherche pas à dissimuler au patient la nature psychiatrique de la consultation [8].

Mais il doit adopter certaines attitudes et intégrer le fonctionnement « médical » des services de MCO. Pour cela, Consoli a rédigé « Les 10 commandements du psychiatre de liaison » [10]. Voici quelques points qui nous paraissent indispensables :

- ne pas oublier qu'à côté de la souffrance du patient, sa maladie ou son comportement peuvent être à l'origine d'une souffrance de son entourage mais aussi d'un embarras et d'une souffrance des équipes soignantes ;
- ne pas se contenter d'une position d'observateur neutre, analysant finement la situation clinique mais s'interdisant d'intervenir dans le concret, il faut pouvoir répondre aux questions « Que faire ? » ou « Comment modifier cette situation concrètement ? » ;
- ne pas attendre passivement l'expression d'une demande et savoir proposer ses services à ceux qui n'auraient pas consulté spontanément.

III.4.3. Favoriser le lien avec les équipes du CHU

Il serait nécessaire de développer cette activité de psychiatrie de liaison principalement à travers 2 axes.

Le premier axe porte sur le renforcement des efforts de sensibilisation, de la formation et de la collaboration entre psychiatres et médecins de MCO, afin d'améliorer la prise en charge des patients et leur qualité de vie.

Si l'on veut aider au mieux les patients souffrant d'une affection somatique chronique, encore faut-il aider leurs médecins à changer leurs représentations de leurs malades et certains de leurs comportements en situation d'interaction avec leurs patients. Il est certes essentiel que le psychiatre de liaison sache dépister, évaluer et apaiser la détresse psychique des patients qu'il est amené à voir en médecine ou en chirurgie. Il est cependant tout aussi utile, sinon plus, de permettre aux médecins d'adopter davantage la « perspective » de leurs patients et / ou d'exprimer davantage leur empathie face à leurs patients. [12]

Pour cela, le psychiatre de liaison doit avoir la volonté de transmettre et de créer du lien : transmission d'un savoir, mais surtout d'un savoir-faire, qui ne s'apprend pas dans les livres. Ces actions à caractère pédagogique s'adressent aux internes en psychiatrie, mais aussi aux équipes soignantes et aux médecins somaticiens [8].

Le psychiatre de liaison doit avoir de bonnes capacités relationnelles et un véritable désir de s'intégrer au sein de l'hôpital. En effet, l'hôpital général est une institution avec ses règles propres, ses motivations et ses défenses. Le psychiatre et l'équipe de liaison ont donc à relever le double défi de leur intégration d'abord et du maintien de leur différence ensuite.

Cela passe par trois stades que décrit Morasz, entre l'équipe somaticienne et l'équipe de liaison :

- la coexistence technique, où 2 pôles qui se pensent contraires tentent de cohabiter ;
- la reconnaissance mutuelle, où le psychiatre parvient à se faire reconnaître et admettre ;
- et l'alliance collaboratrice, pour une prise en charge globale et conjointe des patients [84].

Un des principaux avantages de la psychiatrie de liaison sur la pratique d'une consultation isolée pour avis est de favoriser le maintien et le développement de l'approche psychologique par les médecins demandeurs eux-mêmes. Les relations privilégiées entre un psychiatre et une unité médico-chirurgicale sont complémentaires des activités de liaison proprement dites.

Malgré sa pratique éclatée, la médecine actuelle devrait tendre à respecter l'unité somato-psychique et à donner un véritable sens à la maladie [11]. Cette volonté d'unicité nécessite une communication qui ne doit jamais cesser.

III.4.4. Améliorer l'organisation des soins psychiques au CHU

Le deuxième axe serait d'améliorer le fonctionnement de l'UCMP. Il s'agit d'attribuer à l'équipe des moyens suffisants pour répondre à des demandes de plus en plus croissantes et chronophages. L'équipe de psychiatrie de liaison adulte à Poitiers est limitée en effectif.

L'objectif premier qui est fixé est celui de répondre à chaque demande, de façon la plus adaptée et la plus efficace possible. Il est nécessaire d'assurer le suivi des patients connus de la psychiatrie, durant leur séjour en MCO.

Il est également important de pouvoir fournir un avis spécialisé pour les patients qui se trouvaient jusqu'alors indemnes de tout trouble psychiatrique, et qui présentent une décompensation psychique durant leur hospitalisation au CHU.

Il reste à ce stade très peu de disponibilités, à l'équipe de l'UCMP, pour assurer des consultations se rapportant à des interventions spécifiques. Certaines, comme la consultation psychiatrique préopératoire en chirurgie bariatrique, sont assurées par différents praticiens du CHL rattachés à une ligne de consultation spécifique.

Il n'y a actuellement que très peu de possibilités, pour l'UCMP, d'assurer les missions d'enseignement ou de recherche. Elles font pourtant partie du champ d'activité d'une équipe de psychiatrie de liaison et sont d'ailleurs intégrées dans la classification des interventions de Consoli (tableau 1).

Il semble indispensable, à terme, de proposer des interventions de cet ordre aux équipes du CHU : protocoles de recherche, séances de bibliographie, groupe de parole de patients, temps courts d'enseignement pour les soignants des services, groupes de parole de soignants.

L'équipe de psychiatrie de liaison n'est dotée d'aucun temps de psychologue, alors que le psychologue est considéré comme un membre nécessaire au bon fonctionnement et à l'équilibre dans une unité de psychiatrie de liaison [8]. Le psychologue, au sein d'une telle équipe, vient compléter celle-ci grâce à une activité de psychologie médicale et de psychologie de la santé.

Toutefois, des psychologues peuvent être présents aux côtés du patient du CHU de Poitiers, ils sont rattachés à quelques services. Actuellement, l'activité de l'UCMP s'articule avec l'exercice de ces psychologues, notamment en hématologie et en oncologie. Les liens, entretenus depuis de nombreuses années, participent à cette bonne collaboration, et les interventions de l'UCMP se décident la plupart du temps après concertation. Jusqu'alors, une pertinence des sollicitations des services concernés a été maintenue.

Mais, les intervenants de santé mentale au CHU sont morcelés : d'un côté des psychologues sont rattachés à certains services, d'un autre côté l'UCMP parcourt les services du CHU pour rencontrer les patients.

Le positionnement pourrait donc s'envisager à l'inverse, avec des psychologues faisant partie directement de l'équipe de l'UCMP. Cela permettrait de mieux répartir les consultations en fonctions des demandes provenant du CHU. Le rayonnement des soignants se ferait mieux, à travers le champ de la psychiatrie et de la psychologie de la santé, en direction des patients.

Nous sommes en droit de nous inquiéter du devenir de la psychiatrie de liaison mais surtout des soins proposés au patient du fait de la problématique budgétaire dans le milieu de la santé, et bien évidemment en psychiatrie de liaison. Les moyens financiers sont restreints, ce qui limite bien sûr les moyens humains. La psychiatrie de liaison, plus que toute autre discipline, requiert de la disponibilité et du temps. Il est nécessaire de ne pas priver les patients, et leurs médecins, de ses interventions.

Il apparaît aujourd'hui de plus en plus difficile de démontrer l'efficacité de la consultation-liaison de psychiatrie en tant que dispositif à même de diminuer les durées moyennes de séjour maintenant réduites à un niveau probablement minimum. Il a par contre été démontré qu'une intervention systématique, précoce et structurée de la psychiatrie de liaison se révèle être un facteur significatif d'amélioration de la qualité des soins telle que perçue par les patients et les équipes soignantes, et pourrait même constituer un facteur de prévention de l'épuisement (*burn out*) de ces équipes soignantes [2].

Comme le reconnaît Spadone, certains patients sont particulièrement difficiles à gérer en milieu médico-chirurgical (surveillance insuffisante, risque de fugue, risque suicidaire...), or leur pathologie somatique peut les mettre en danger en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique, sans plateau médico-chirurgical à proximité immédiate [85]. La configuration idéale, et confortable pour les 2 corps médicaux il faut en convenir, serait sans doute l'existence de structures mixtes médico-psychiatriques.

En pratique, les résultats que nous avons obtenus concernant le profil socio-démographique, les particularités cliniques des patients et l'activité requise dans chacun des services, pourraient permettre de mieux réguler l'activité et de mieux axer les moyens d'interventions.

L'UCMP rencontre donc des patients aux problématiques et âges divers. De nombreux patients âgés ont été pris en charge par l'UCMP. De plus en plus, cette population de patients est admise dans les services autres que la gériatrie. Pour plus de cohérence dans les soins proposés aux séniors, ainsi que dans leur suivi ultérieur, l'organisation de la prise en charge des sujets âgés pourrait être reconsidérée avec l'équipe de géro-psycho-geriatrie de liaison.

La problématique des pathologies liées à l'alcool est importante. Une grande partie de l'activité de l'UCMP est focalisée sur ces patients. La présence d'une équipe spécialisée en addictologie pourrait être un complément utile pour la prise en charge de ces patients.

Les patients présentant des troubles de l'adaptation, très nombreux dans notre échantillon, pourraient bénéficier alors de plus de temps de l'UCMP. L'orientation serait mieux travaillée, l'adhésion pourrait être supposée meilleure. Les médecins généralistes et praticiens spécialistes libéraux pourraient être plus impliqués dans le suivi ambulatoire, ce qui pourrait permettre un désengorgement des consultations des CMP.

De nombreux patients présentaient des troubles de la personnalité ou d'autres troubles mineurs, nécessitant une psychothérapie et relèvent principalement d'intervention de psychologie médicale. Un psychologue aurait largement sa place au sein de l'UCMP.

L'ensemble de l'équipe de l'UCMP doit faire face à un nombre très important de demandes à l'année, dont la durée moyenne de prise en charge des patients est longue. Les sujets présentant des pathologies psychiatriques sévères ou requérant des prescriptions médicamenteuses accaparent le temps des psychiatres, qui doivent être épaulés par une équipe infirmière solide. Le CHU de Poitiers devrait pouvoir bénéficier d'interventions spécifiques ainsi que des interventions de recherche et d'enseignement.

III.4.5. Concernant la recherche

Comme cela est explicité dans le rapport d'assistance de Guillibert, de nombreuses variables autres que celles liées à la méthodologie peuvent rendre difficiles les comparaisons des résultats obtenus [11]. Au-delà de ce que nous avons déjà évoqué comme l'âge moyen des patients et la composition d'origine des patients, les études de prévalence des troubles psychiatriques dans la population hospitalisée sont tributaires de la structure concernée, du degré de spécialisation, du caractère universitaire ou non, du poids des différents types de service et de leur dynamique, de la durée moyenne de séjour, etc. Toutes ces caractéristiques sont susceptibles d'évoluer rapidement. De plus, certains éléments mal évaluables se rapportant directement à l'équipe de psychiatrie de liaison, et aux médecins qui font appel à elle, entrent en ligne de compte : liens tissés au fil du temps entre l'équipe de liaison et les services de MCO, mouvements du personnel médical, orientations psychiatriques...

Notre travail s'est attaché à rester purement descriptif. Son but était de faire un état des lieux de la psychiatrie de liaison à Poitiers, en rapportant des données chiffrées sur le profil socio-démographique et clinique des patients rencontrés ainsi que sur l'activité de son service l'UCMP.

Toutefois, d'autres paramètres pourraient être étudiés : transfert en psychiatrie en hospitalisation libre ou sans le consentement du patient, le motif d'hospitalisation au CHU, les demandes à caractère urgent, le délai entre l'admission et la demande ou la sortie du patient, etc.

Il serait également fort intéressant de mener une étude statistique sur les données disponibles afin de rechercher une possible significativité sur les liens existant entre les variables socio-démographiques et cliniques, et l'activité de psychiatrie de liaison.

Conclusion

Notre étude de l'activité de l'UCMP, le service de psychiatrie de liaison de Poitiers, et des caractéristiques des patients pris en charge sur l'année 2012, a porté sur 977 patients. Nos résultats ont principalement rapporté un diagnostic de trouble de l'adaptation chez plus de 28% des patients dans notre étude, avec une prédominance féminine. Ils s'accordent avec les données de la littérature sur l'importance de ce trouble, qui constitue une particularité clinique de la psychiatrie à l'hôpital général.

Globalement, la confrontation de nos résultats, avec les études existantes, a été difficile, du fait de populations et de critères diagnostiques différents. Malgré ces limites, nous avons constaté des profils socio-démographiques et cliniques très divers ; les patients pouvaient être âgés, souvent indemnes jusqu'alors de morbidité psychiatrique. Par ailleurs, l'addiction à l'alcool était un problème fréquent et répandu dans les différents services, accaparant incontestablement l'UCMP et les équipes du CHU. Enfin, l'UCMP a été peu sollicitée pour des patients ayant des pathologies psychiatriques sévères, telles que le trouble bipolaire ou la schizophrénie, dont le suivi attentif en MCO demeure une priorité.

Nos résultats ont également permis de fournir des informations utiles pour la planification de l'activité de psychiatrie de liaison. Le nombre important de demandes d'intervention et la durée de prise en charge des patients ne permettent actuellement au service de l'UCMP de proposer des interventions spécifiques, ni d'enseignement ni de recherche.

Le champ d'étude et de recherche est extraordinairement vaste dans le domaine de psychiatrie de liaison. Chaque centre hospitalier a son fonctionnement ainsi que ses interactions propres entre services de liaison et de MCO, ce qui constitue tant la richesse de la psychiatrie de liaison que la limite corollaire, presque immédiate, de son étude.

Les rapports entre la psychiatrie et les autres disciplines médicales n'ont jamais été simples. La psychiatrie de liaison demeure une pratique de médiation et de conciliation. Elle constitue le lieu idéal d'une réconciliation fructueuse des savoirs et des pratiques. Son développement permet d'être raisonnablement optimiste et nous pouvons imaginer un avenir où le patient sera résolument considéré dans sa globalité.

Bibliographie

- [1] R. Zumbrunnen, P.-A. Fauchère, Gunn-Sechehayé, and Tonnac, *Psychiatrie de liaison: consultation psychiatrique à l'hôpital général*. Paris; Milan; Barcelone: Masson, 1992.
- [2] V. Camus and C. J. Büla, De l'application des principes de la psychiatrie de liaison en gériatrie, *NPG Neurol. - Psychiatr. - Gériatrie*, 4, 22: 41–43, 2004.
- [3] P. Hardy, *Epidémiologie des associations entre troubles mentaux et affections organiques.*, PUF. Paris, 1993.
- [4] Z. J. Lipowski, Consultation-Liaison Psychiatry: An Overview, *Am. J. Psychiatry*, 131, 6: 623–630, 1974.
- [5] T. Wise and J. Freyberger, Wise T., Freyberger J. (eds), Consultation – liaison throughout the world. Advances in psychosomatic medicine, 11, Karger, Bâle, 1983.
- [6] H. Grivois, Une psychiatrie d'intervention au coeur de Paris, *Information Psychiatrique*, 51, 965–987, 1975.
- [7] S. M. Consoli. *Relation médecin-malade. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Encyclopédie Pratique de Médecine, 1-0010, 1998, 8 p*
- [8] A.-S. Chocard, J. Malka, G. Tourbez, P. Duverger, B. Gohier, and J.-B. Garré, Psychiatrie de liaison: Quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison ?, *Ann. Médico-Psychol. Rev. Psychiatr.*, 163, 8: 691–696, 2005.
- [9] J.-L. Senon and D. Sechter, *Thérapeutique psychiatrique*. Paris: Hermann, 1995.
- [10] S. M. Consoli, Psychiatrie à l'hôpital général, *Encycl Méd Chir*, 37–958-A-10, 11, 1998.
- [11] E. Guilibert, *Psychiatrie de liaison, le concept et la réalité: rapport d'assistance présenté au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, LXXXVIIe session, Montréal, 3-9 juillet 1989*. 1989.
- [12] S. M. Consoli, La psychiatrie de liaison. Quelle actualité, quelles perspectives ?, *Ann. Médico-Psychol. Rev. Psychiatr.*, 168, 3: 198–204, 2010.
- [13] H. G. Koenig, Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure, *Gen. Hosp. Psychiatry*, 20, 1: 29–43, 1998.
- [14] J. A. Bourgeois, W. S. Kremen, M. E. Servis, J. A. Wegelin, and R. E. Hales, The impact of psychiatric diagnosis on length of stay in a university medical center in the managed care era, *Psychosomatics*, 46, 5: 431–439, 2005.
- [15] J.-D. Guelfi and F. Rouillon, *Manuel de psychiatrie*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2012.
- [16] Le cerveau à tous les niveaux. [Online]. Available: <http://lecerveau.mcgill.ca/index.php>. [Accessed: 18-Aug-2013].
- [17] M. J. Horowitz, *Treatment of stress response syndromes*. Washington, DC: American Psychiatric Pub, 2002.
- [18] R. S. Lazarus and S. Folkman, *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Pub. Co., 1984.
- [19] De Keyser and Hansez, Vers une perspective transactionnelle du stress au travail: Pistes d'évaluations méthodologiques, *Cahier de Médecine du Travail*, 3, 33: 133–144, 1996.
- [20] P. Léo and C. André, *Le stress permanent réaction-adaptation de l'organisme aux aléas existentiels*. Paris: Masson, 2002.
- [21] S. M. Miller, Coping with impending stress: psychophysiological and cognitive correlates of choice, *Psychophysiology*, 16, 6: 572–581, 1979.
- [22] C. Ray, J. Lindop, and S. Gibson, The concept of coping, *Psychol. Med.*, 12, 02: 385, 2009.

- [23] M. Bruchon-Schweitzer and R. Dantzer, *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris: PUF, 2003.
- [24] W. Caumo, A. P. Schmidt, C. N. Schneider, J. Bergmann, C. W. Iwamoto, D. Bandeira, and M. B. Ferreira, Risk factors for preoperative anxiety in adults, *Acta Anaesthesiol. Scand.*, 45, 3: 298–307, 2001.
- [25] J. P. Boulenger and C. Piquet, Troubles Anxieux et Troubles de l'Adaptation, *Rev Prat*, 53, 1715–22, 2003.
- [26] J. N. Despland, L. Monod, J. Besson, and F. Ferrero, Les troubles de l'adaptation du DSM-III-R : un diagnostic insaisissable ?, *Médecine et hygiène*, 51, 2215–8, 1993.
- [27] J. Samuelian, V. Chart, F. Derynck, and F. Rouillon, Troubles de l'adaptation: à propos d'une enquête épidémiologique., *L'Encéphale*, XX, 755–65, 1994.
- [28] A. Mechri, F. Zaafrane, G. Khiari, L. Gassab, N. M. Moussi, and L. Gaha, Troubles de l'adaptation : étude clinique d'une population hospitalière tunisienne, *Santé Ment. Au Québec*, 28, 1: 278, 2003.
- [29] N. C. Andreasen and P. R. Hoenk, The predictive value of adjustment disorders: a follow-up study, *Am. J. Psychiatry*, 139, 5: 584–590, 1982.
- [30] N. C. Andreasen, Adjustment Disorders in Adolescents and Adults, *Arch. Gen. Psychiatry*, 37, 10: 1166, 1980.
- [31] J. N. Despland, L. Monod, and F. Ferrero, Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-4 and DSM-IV, *Compr. Psychiatry*, 36, 6: 454–460, 1995.
- [32] W. M. Greenberg, D. N. Rosenfeld, and E. A. Ortega, Adjustment disorder as an admission diagnosis, *Am. J. Psychiatry*, 152, 3: 459–461, 1995.
- [33] Troubles anxieux et troubles de l'adaptation (41) - Corpus Médical. [Online]. Available: <http://medidacte.timone.univ-mrs.fr/webcours/Comite-etudes/ItemsENC/sitelocal/disciplines/niveaudiscipline/niveaumodule/Item41/Item41.htm#>. [Accessed: 13-Sep-2013].
- [34] L. Kryzhanovskaya and R. Canterbury, Suicidal Behavior in Patients with Adjustment Disorders, *Crisis J. Crisis Interv. Suicide Prev.*, 22, 3: 125–131, 2001.
- [35] J. C. Samuelian, V. Charlot, F. Derynck, and F. Rouillon, Troubles de l'adaptation : à propos d'une enquête épidémiologique, *Encéphale*, 20, 6: 755–765.
- [36] M. G. Gelder, P. Cowen, and R. Mayou, *Traité de psychiatrie*. Paris: Médecine-Sciences Flammarion, 2005.
- [37] T. Bronisch, Adjustment reactions: a long-term prospective and retrospective follow-up of former patients in a crisis intervention ward, *Acta Psychiatr. Scand.*, 84, 1: 86–93, 1991.
- [38] N. Andreason and P. Wasek, Adjustment disorder in adolescents and adults., *Arch Gen Psychiatry*, 37, 1166–70, 1980.
- [39] T. Bronisch and H. Hecht, Validity of adjustment disorder, comparison with major depression, *J. Affect. Disord.*, 17, 3: 229–236, 1989.
- [40] R. Jones, W. R. Yates, S. Williams, M. Zhou, and L. Hardman, Outcome for adjustment disorder with depressed mood: comparison with other mood disorders, *J. Affect. Disord.*, 55, 1: 55–61, 1999.
- [41] A. Ronson, Adjustment disorders in oncology: a conceptual framework to be refined, *Encephale*, 31, 2: 118–126, 2005.
- [42] N. Pélicier, À propos de la psychiatrie de liaison en cancérologie, *Ann. Médico-Psychol. Rev. Psychiatr.*, 165, 2: 136–140, 2007.
- [43] D. Razavi and N. Delvaux, *Psycho-oncologie: le cancer, le malade et sa famille*. Paris: Masson, 2002.

- [44] F. Rouillon and S. Dauchy, *Vulnérabilité et troubles de l'adaptation – compte rendu de l'atelier de travail*. Paris: Elsevier Masson, 2009.
- [45] A. van't Spijker, R. W. Trijsburg, and H. J. Duivenvoorden, Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980, *Psychosom. Med.*, 59, 3: 280–293, 1997.
- [46] E. C. Harris and B. M. Barraclough, Suicide as an outcome for medical disorders, *Medecine*, 73, 281–96, 1995.
- [47] J. C. Holland, *Psycho-oncology*, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2010.
- [48] R. Amouroux, C. Rousseau-Salvador, and D. Annequin, L'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention, *Ann. Médico-Psychol. Rev. Psychiatr.*, 168, 8: 588–592, 2010.
- [49] L'anxiété préopératoire - CNRD - Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur.[Online]. Available: <http://www.cnrdr.fr/L-anxiete-preoperatoire.html>. [Accessed: 06-Oct-2013].
- [50] Plan cancer 2009-2013. [Online]. Available: <http://www.plan-cancer.gouv.fr/>. [Accessed: 24-Aug-2013].
- [51] K. J. Petrie, N. Sharpe, and J. Buckley, Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study, *BMJ* *BMJ*, 312, 7040: 1191–1194, 1996.
- [52] J. O. Prochaska and C. C. DiClemente, Stages of change in the modification of problem behaviors, *Prog. Behav. Modif.*, 28, 183–218, 1992.
- [53] CH Laborit. [Online]. Available: <http://www.ch-poitiers.fr/>. [Accessed: 27-Aug-2013].
- [54] J. A. Bourgeois, J. A. Wegelin, M. E. Servis, and R. E. Hales, Psychiatric Diagnoses of 901 Inpatients Seen by Consultation-Liaison Psychiatrists at an Academic Medical Center in a Managed Care Environment, *Psychosomatics*, 46, 1: 47–57, 2005.
- [55] A. Mechri, S. Khammouma, G. Khiari, F. Zaafrane, H. Ghannem, and L. Gaha, Description de l'activité de psychiatrie de liaison au Centre Hospitalo-Universitaire de Monastir (Tunisie), *Rev. Francaise Psychiatr. Psychol. Médicale*, 7, 68: 29–34, A 2003.
- [56] A. Diefenbacher and J. J. Strain, Consultation-liaison psychiatry: stability and change over a 10-year-period, *Gen. Hosp. Psychiatry*, 24, 4: 249–256, 2002.
- [57] D. Devasagayam and D. Clarke, Changes to inpatient consultation-liaison psychiatry service delivery over a 7-year period, *Australas. Psychiatry Bull. R. Aust. New Zealand Coll. Psychiatr.*, 16, 6: 418–422, 2008.
- [58] P. O. Ajiboye and M. L. Adelekan, A prospective analysis of in-patient consultation-liaison psychiatry in a Nigerian teaching hospital, *East Afr. Med. J.*, 81, 12: 620–625, 2004.
- [59] H. Aghanwa, Consultation-liason psychiatry in Fiji, *Pac. Heal. Dialog*, 9, 1: 21–28, 2002.
- [60] T. J. Craig, An epidemiologic study of a psychiatric liaison service, *Gen. Hosp. Psychiatry*, 4, 2: 131–137, 1982.
- [61] V. J. Carr, T. J. Lewin, J. M. Walton, C. Faehrmann, and A. L. Reid, Consultation-liaison psychiatry in general practice, *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 31, 1: 85–94, 1997.
- [62] M. Wiss, P. Lenoir, J. Malvy, M. Wissocq, and C. Bodier, La pédopsychiatrie de consultation–liaison intrahospitalière : étude prospective sur 215 interventions, *Arch. Pédiatrie*, 11, 1: 4–12, 2004.
- [63] M. Maillard, A. Lefki, L. Benfriha, Bursztejn, Laxenaire, and Koupernik, La psychiatrie de liaison à l'Hôpital Général de Saint-Dizier : expérience de 17 années. Discussion, *Ann. Médico-Psychol.*, 152, 8: 553–555, 1994.
- [64] Aide à la classification avec la CIM 10 (+PMSI). [Online]. Available: <http://taurus.unine.ch/icd10>. [Accessed: 18-Aug-2013].

- [65] L. Richet-Mastain, Bilan démographique 2006 : un excédent naturel record, *INSEE Première*, 1118, 2007.
- [66] P. Thomas and C. Hazif-Thomas, Particularités médicosociales de la dépression du sujet âgé : le point en 2008, *NPG Neurol. - Psychiatr. - Gériatrie*, 8, 48: 27–33, 2008.
- [67] CHU de POITIERS. [Online]. Available: <http://www.chu-poitiers.fr/71901713-4cc0-44de-acd4-56f06ffdec1c.aspx>. [Accessed: 27-Aug-2013].
- [68] Insee, *Insee - Population - Le couple dans tous ses états*, 2011. [Online]. Available: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1435. [Accessed: 24-Sep-2013].
- [69] D. Devasagayam and D. Clarke, Changes to Inpatient Consultation-Liaison Psychiatry Service Delivery Over a 7-Year Period, *Australas. Psychiatry*, 16, 6: 418–422, 2008.
- [70] C. A. Kirk and M. Saunders, Psychiatric illness in neurological out-patient department in North East England : use of the General Health Questionnaire in the prospective study of neurological out-patients., *Acta Psychiatr. Scand.*, 60, 427–437, 1979.
- [71] R. Culpán and B. Davies, Psychiatric illness at a medical and a surgical out-patient clinic., *Comprehensive Psychiatry*, 1, 228–235, 1960.
- [72] M. Batt and C. Cornet, TO32 - Anxiété pré-opératoire et analgésie contrôlée par le patient en période post- opératoire, *Douleurs Eval. - Diagn. - Trait.*, 5, 1: 24, 2004.
- [73] Kain, Sevarino, Alexander, Pincus, and Mayes, Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy. A repeated-measures design., *J. Psychosom. Res.*, 49, 417–22, 2000.
- [74] V. Caillard and F. Chastang, *Le geste suicidaire*. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine): Elsevier Masson, 2010.
- [75] A. Värnik, K. Kõlves, C. M. van der Feltz-Cornelis, A. Marusic, H. Oskarsson, A. Palmer, T. Reisch, G. Scheerder, E. Arensman, E. Aromaa, G. Giupponi, R. Gusmão, M. Maxwell, C. Pull, A. Szekely, V. P. Sola, and U. Hegerl, Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the 'European Alliance Against Depression', *J. Epidemiol. Community Health*, 62, 6: 545–551, 2008.
- [76] Viret, Klay, and Guex, Utilité d'une base de données informatisée en psychiatrie de liaison, *Méd et Hyg*, 55, 230–4, 1997.
- [77] Yazgan, Kuscu, Fistikci, Keyvan, and Topcuoglu, Geriatric psychiatry consultations in a Turkish university hospital., *Int Psychogeriatr*, 18, 2: 327–33, 2006.
- [78] H. Aghanwa, Consultation-liason psychiatry in Fiji, *Pac. Heal. Dialog*, 9, 1: 21–28, 2002.
- [79] P. O. Ajiboye and M. L. Adelekan, A prospective analysis of in-patient consultation-liason psychiatry in a Nigerian teaching hospital, *East Afr. Med. J.*, 81, 12: 620–625, 2004.
- [80] A. Schofield, H. Doonan, and R. J. Daly, Liaison psychiatry in an Irish hospital: a survey of a year's experience, *Gen. Hosp. Psychiatry*, 8, 2: 119–122, 1986.
- [81] F. Rouillon, Épidémiologie des troubles psychiatriques, *Ann. Médico-Psychol. Rev. Psychiatr.*, 166, 1: 63–70, 2008.
- [82] P. Cathébras, *Troubles fonctionnels et somatisation: comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués*. Paris: Masson, 2006.
- [83] De Clercq, Dubois, Hoyois, and Andreoli, L'alliance thérapeutique, objectif de la première rencontre au service des urgences., *La revue française de Psychiatrie et de Psychologie médicale*, 24, 12–23, 1999.
- [84] L. Morasz and J. Dalery, De l'intégration du psychiatre de liaison., *Ann Psychiatrique*, 14, 80–4, 1999.
- [85] C. Spadone, Psychiatrie de liaison : quelle psychiatrie pour quelles liaisons ?, *Ann. Médico-Psychol. Rev. Psychiatr.*, 168, 3: 205–209, 2010.

Annexes

Annexe 1 : Critères diagnostiques des troubles anxieux selon le DSV-IV (excepté les troubles phobiques)

Attaque de panique

Une période bien délimitée de crainte ou de malaise intense, dans laquelle au minimum 4 des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de 10 min :

- 1) Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque
- 2) Transpiration
- 3) Tremblements ou secousses musculaires
- 4) Sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement
- 5) Sensation d'étranglement
- 6) Douleur ou gêne thoracique
- 7) Nausée ou gêne abdominale
- 8) Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement
- 9) Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi)
- 10) Peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou
- 11) Peur de mourir
- 12) Paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotement)
- 13) Frissons ou bouffées de chaleur

Agoraphobie

- A. Anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits, ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquelles on pourrait ne pas trouver de secours en cas d'attaque de panique soit inattendue soit facilitée par des situations spécifiques ou bien en cas de symptômes à type de panique. Les peurs agoraphobiques regroupent typiquement un ensemble de situations caractéristiques incluant le fait de se trouver seul en dehors de son domicile ; d'être dans une foule ou dans une file d'attente ; sur un pont ou dans un autobus, dans un train ou une voiture.
- B. Les situations sont soit évitées soit subies avec une souffrance intense ou bien avec la crainte d'avoir une attaque de panique ou des symptômes à type de panique ou bien nécessitant la présence d'un accompagnant.
- C. L'anxiété ou l'évitement phobique n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental, tel une phobie sociale, une phobie spécifique, un trouble obsessionnel compulsif, un état de stress post traumatique ou un trouble anxieux de séparation.

F41.0x [300.01] Trouble panique sans agoraphobie

- F. A la fois 1) et 2) :
 - 1) Attaques de paniques récurrentes et inattendues
 - 2) Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants :
 - a) Crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique
 - b) Préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences
 - c) Changement de comportement important en relation avec les attaques
- G. Absence d'agoraphobie
- H. Les attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.
- I. Les attaques de paniques ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, tel une phobie sociale, une phobie spécifique, un trouble obsessionnel compulsif, un état de stress post-traumatique ou à un trouble anxieux de séparation.

F40 .00 [300.22] Agoraphobie sans antécédent de trouble panique

- A. Présence d'agoraphobie liée à la peur de développer des symptômes de type panique
- B. N'a jamais satisfait aux critères du trouble panique
- C. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale
- D. Si une affection médicale générale associée est présente, la peur décrite dans le critère A est manifestement excessive par rapport à celle habituellement associée à cette affection

F41.01 [300.21] Trouble panique avec agoraphobie

- A. A la fois 1) et 2) :
 - 1) Attaques de paniques récurrentes et inattendues
 - 2) Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants :
 - a) Crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique
 - b) Préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences
 - c) Changement de comportement important en relation avec les attaques
- B. Présence d'agoraphobie
- C. Les attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.
- D. Les attaques de paniques ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, tel une phobie sociale, une phobie spécifique, un trouble obsessionnel compulsif, un état de stress post-traumatique ou à un trouble anxieux de séparation.

F43.0 [308.3] Etat de stress aigu

- A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
 - 1) Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de blessure grave ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui ont pu être menacée
 - 2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.
- B. Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté 3 (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants :
 - 1) Un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle
 - 2) Une réduction de la conscience de son environnement
 - 3) Une impression de déréalisation
 - 4) De dépersonnalisation
 - 5) Une amnésie dissociative
- C. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des manières suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatique.
- D. Evitement persistant des stimuli qui éveillent la mémoire du traumatisme
- E. Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neurovégétative
- F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique.
- G. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou une affection médicale générale, n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref et n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II.

F06.4 [293.84] Trouble anxieux dû à une affection médicale générale

- A. Anxiété, attaques de panique ou obsessions ou compulsions sont au premier plan du tableau clinique.
- B. Les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires montrent que la perturbation est la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.
- C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental.
- D. La perturbation ne survient pas exclusivement au cours d'un delirium.
- E. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Avec anxiété généralisée : si l'anxiété ou les soucis excessifs concernant plusieurs événements ou activités prédominent dans le tableau clinique.

Avec attaques de paniques : si les attaques de panique prédominent dans le tableau clinique.

Avec symptômes obsessionnels-compulsifs : si les obsessions ou les compulsions prédominent dans le tableau clinique.

F43.1 [309.81] Etat de stress post-traumatique

- A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivant étaient présents :
 - 3) Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de blessure grave ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui ont pu être menacée
 - 4) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.
- B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une(ou de plusieurs) des façons suivantes :
 - 1) Souvenir répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.
 - 2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.
 - 3) Impression ou agissement soudains « comme si » l'événement traumatique allait se produire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication).
 - 4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.
 - 5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.
- C. Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins 3 des manifestations suivantes :
 - 1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme
 - 2) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme
 - 3) Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
 - 4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
 - 5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres
 - 6) Restriction des affects
 - 7) Sentiment d'avenir « bouché »
- D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :
 - 1) Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
 - 2) Irritabilité ou accès de colère
 - 3) Difficultés de concentration
 - 4) Hypervigilance
 - 5) Réaction de sursaut exagéré
- E. La perturbation dure plus d'un mois
- F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Aigu : si la durée des symptômes est de moins de 3 mois.

Chronique : si la durée des symptômes est de 3 mois ou plus.

Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins 6 mois après le facteur de stress.

F41.1 [300.02] Anxiété généralisée

- A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tel le travail ou les performances scolaires).
- B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.
- C. L'anxiété et les soucis sont associés à 3 (ou plus) des 6 symptômes suivants :
 - 1) Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout
 - 2) Fatigabilité
 - 3) Difficultés de concentration ou trous de mémoire
 - 4) Irritabilité
 - 5) Tension musculaire
 - 6) Perturbation du sommeil.
- D. L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'un trouble de l'Axe I, par exemple l'anxiété ou la préoccupation n'est pas celle d'avoir une attaque de panique (comme dans le trouble panique), d'être gêné en public (comme dans la phobie sociale), d'être contaminé (comme dans le trouble obsessionnel compulsif), d'être loin de son domicile ou de ses proches (comme dans l'anxiété de séparation), de prendre du poids (comme dans l'anorexie mentale), d'avoir de multiples plaintes somatiques (comme dans le trouble somatisation) ou d'avoir une maladie grave (comme dans l'hypocondrie), et l'anxiété et les préoccupations ne surviennent pas exclusivement au cours d'un état de stress post-traumatique.
- E. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- F. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale et ne survient pas exclusivement au cours d'un trouble de l'humeur, d'un trouble psychotique ou d'un trouble envahissant du développement.

F1x.8 Trouble anxieux induit par une substance

- A. Anxiété, attaques de panique ou obsessions ou compulsions sont au premier plan du tableau clinique.
- B. Mise en évidence d'après les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires de l'un ou l'autre des éléments suivants :
 - 1) Les symptômes du critère A se sont développés durant, ou moins d'un mois après, une intoxication ou un sevrage à une substance
 - 2) L'utilisation d'un médicament est étiologiquement liée à la perturbation
- C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble anxieux non induit par une substance. Des arguments en faveur du fait que les symptômes sont attribués à un trouble anxieux non induit par une substance peuvent inclure les points suivants : les symptômes précèdent le début de l'utilisation de la substance (ou du médicament) ; les symptômes persistent durant une période substantielle de temps après l'arrêt d'un sevrage aigu ou d'une intoxication sévère ou sont de manière substantielle en excès par rapport à ce qui pourrait être attendu compte tenu du type et de la quantité de la substance utilisée ou de la durée de prise en charge ; ou bien il existe d'autres arguments suggérant l'existence d'un trouble anxieux indépendant non-induit par une substance.
- D. La perturbation ne survient pas exclusivement au cours du delirium.
- E. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Coder par [substance spécifique] en fonction de la substance concernée

Spécifier si :

Avec anxiété généralisée : si l'anxiété ou les soucis excessifs concernant plusieurs événements ou activités prédominent dans le tableau clinique.

Avec attaques de panique : si les attaques de panique prédominent dans le tableau clinique.

Spécifier si :

Avec début pendant l'intoxication : si les critères sont remplis pour une intoxication par la substance et si les symptômes se développent durant le syndrome d'intoxication.

Avec début pendant le sevrage : si les critères sont remplis pour un sevrage à la substance et si les symptômes se développent durant, ou peu de temps après, le syndrome de sevrage.

F41.9 [300.00] Trouble anxieux non spécifié

Cette catégorie inclut des troubles comportant une anxiété importante ou un évitement phobique qui ne satisfont aux critères d'aucun trouble anxieux spécifique, d'un trouble de l'adaptation avec anxiété ou d'un trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive mixte.

Annexe 2 : Le bon de demande adressé par les services du CHU



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE POITIERS
DEMANDES D'ACTES MEDICAUX DIVERS - ECG - ENDOSCOPIE - CONSULTATION INTERNE ...

ETIQUETTE DU MALADE ou

Numéro de malade : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : _____

URGENT ☐

Au lit du malade ☐

N° de chambre

Date _____

TAMPON DU SERVICE DEMANDEUR N° UF

Rendez-vous du : _____

Au service de : _____

Examen demandé : _____

Nom du prescripteur : _____

Joindre 2 étiquettes SVP

Renseignements cliniques : _____

Inscrire le compte rendu au verso et retourner cette partie au service demandeur

DEMANDES D'ACTES MEDICAUX DIVERS : ECG - ENDOSCOPIE - CONSULTATION INTERNE ...

ETIQUETTE DU MALADE ou

Numéro de malade : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : _____

TAMPON DU SERVICE DEMANDEUR N° UF

TAMPON DU SERVICE EXECUTANT N° UF

Type acte	Coefficients	Act. Rech.	Nb act.	Type acte	Coefficients	Act. Rech.	Nb act.	Type acte	Coefficients	Act. Rech.	Nb act.
AMI ☐		☐		Cs ☐		☐		AMO ☐		☐	
K ☐		☐		CNP ☐		☐		☐		☐	
KC ☐		☐		Z1 ☐		☐		P ☐		☐	
KCC ☐		☐		Z2 ☐		☐		B ☐		☐	
KE ☐		☐		Z3 ☐		☐		☐		☐	
AREK ☐		☐		Z4 ☐		☐					

Dimanche - Férié ☐

Nuit ☐

016396

Volet à détacher et à déposer dans la boîte « Informatique Départ »

2007

Résultats

Date du ou des examens :

Le médecin,

Partie à retourner au service demandeur indiqué au recto

Annexe 3 : Feuille d'observation utilisée par l'UCMP

UAMP UCMP (CHU - CHHL)	BILAN MEDICO-PSYCHOLOGIQUE	Secteur :
		Canton :

Dossier N° _____

Entrée : _____

Sortie : _____

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE - TELEPHONE : _____

INFIRMIER : _____

MEDECIN : _____

NJF : _____

SEXE : _____

AGE : _____

CORTEXTE : date des actes

Entretiens : _____

Démarches : _____

☐ NON TS		
☐ TS	Méd	☐
	Toxiques	☐
	Violence	☐
	Alcool	☐

DATE DE L'EXAMEN : _____

SERVICE D'HOSPITALISATION : Urgences ☐ Réa ☐ autre ☐ :

MEDECIN : généraliste : _____ adressé par : _____
 psychiatre : _____

NATIONALITE : française ☐ autre :

PARENTS : Ont-ils toujours élevé le patient ? oui ☐ non ☐

FRATRIE : place du patient ☐

nombre de frères ☐ nombre de sœurs ☐

nombre de demi-frères ☐ nombre de demi sœurs ☐

SITUATION FAMILIALE : célibataire ☐ marié ☐ divorcé ☐ colocation ☐
 en couple ☐ veuf ☐ séparé ☐

NOMBRE D'ENFANTS (âge) : garçons ☐
 filles ☐

SITUATION SOCIOPROFESSIONNELLE, ETUDES :

- **MOTIF D'HOSPITALISATION, NATURE DE L'AVIS PSY :**

- **ANAMNESE : (Histoire et évolution des troubles, événement récent)**
 - Circonstances acte suicidaire (impulsion, préméditation, précautions)

- **ANTECEDENTS**

- Familiaux

- Médico-chirurgicaux

- Psychiatrie (antécédents TS)

- Traitement

- Toxiques : alcoolisme ☐

tabagisme ☐

prise régulière de drogue ☐

- **FACTEURS PSYCHOSOCIAUX** (changement, conflit familial, social, professionnel)

- **EXAMEN : COMPORTEMENT ET REACTION** (agitation, instabilité, agressivité, inhibition psychomotrice, opposition, mutisme, réticence)

- **SYMPTOMES ACTUELS :**
 - Activité psychique (conscience, orientation, mémoire, affectivité, pensée, perception)
 - Retentissement émotionnel du passage à l'acte (culpabilité, déception, rationalisme, indifférence)

 - Troubles somatiques (asthénie, anorexie, amaigrissement, insomnie, céphalées)

• **DIVERS :**

Découverte de la TS :

- lieu domicile ☐ familial ☐ non familial ☐ isolé ☐

- probabilité d'être découvert

élevé ☐ incertaine ☐ découverte accidentelle ☐

TS antérieures (nombre) :

• **PROTECTION JURIDIQUE :**

☐ néant

☐ sauvegarde de justice

☐ tutelle

☐ curatelle

• **RESUME ET DIAGNOSTIC :**

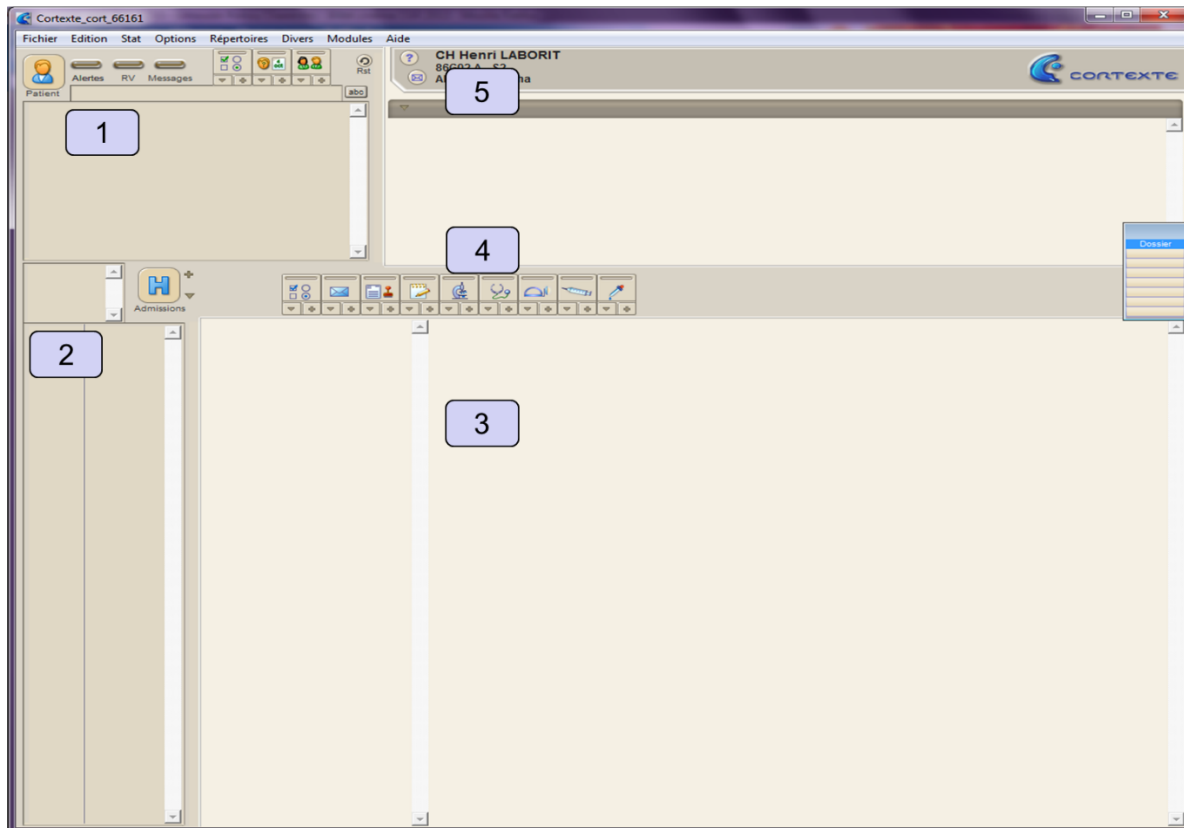
Dg principal :

Dg personnalité :

Comorbidité :

• **ORIENTATION**

Annexe 4 : Aperçu de l'interface du logiciel médicale CORTEXTE



1 : Etat civil, données administratives.

2 : Antécédents de prise en charge médico-psychologique : hospitalisations, consultations, non venues aux rendez-vous, etc.

3 : Informations relatives à la modalité de soins sélectionnée : observation médicale, infirmière, prescription médicamenteuse, etc.

4 : Onglets de navigation médicale.

5 : Zone d'affichage des éléments sélectionnés.

Annexe 5 : Grille de recueil des données

Caractéristiques socio-épidémiologiques du patient

Sexe du patient :

- Homme ☐
- Femme ☐

Age en années :

Origine géographique :

- Département (Vienne, 86) ☐
- Région, hors-département (16,17 ou 79) ☐
- Hors région ☐
- NR ☐

Statut conjugal :

- Célibataire ☐
- En concubinage ☐
- Marié ☐
- Divorcé – séparé ☐
- Veuf ☐
- NR ☐

Situation professionnelle :

- Sans activité ☐
- En activité-étudiant ☐
- Retraité ☐
- NR ☐

Présence d'antécédents psychiatriques :

- Néant ou NR ☐
- Episode thymique isolé ☐
- Trouble affectif bipolaire ☐
- TS ☐
- Trouble de l'adaptation ☐
- Trouble anxieux ☐
- Trouble psychotique ☐
- Ethylisme ☐
- Toxicomanie ☐
- Trouble de la personnalité ☐
- Antécédent de suivi pédopsychiatrique ☐
- Trouble névrotique ☐

Prise en charge antérieure :

- Néant ou NR ☐
- Traitement psychotrope en cours ☐
- Suivi sectoriel ou intersectoriel ☐
- Suivi libéral ☐
- Suivi par le médecin traitant ☐
- HEP en cours ☐

Mesure de protection en cours :

- Non ☐
- Curatelle ☐
- Tutelle ☐

La demande formulée par les services du CHU

Service demandeur :

- Beauchant Chirurgie Cardio Thoracique U3 ☐
- Réanimation chirurgie cardio-thoracique ☐
- Beauchant Cardiologie S.I., U1 et U2, clinique HTA U3 ☐
- Beauchant Pneumologie U1 et U2 ☐
- H1B Obstétrique, H1D Gynécologie HC et consultation ☐
- H2B Traumatologie-Orthopédie C, H2C Traumatologie-Orthopédie C ☐
- fH3B Chirurgie Orthopédique C ☐
- H3B Neurologie, H4B Neurologie, H4C Neurologie ☐
- H3C Neuro-chirurgie et Neuro-chirurgie SI ☐
- H4D Chirurgie Vasculaire ☐
- H5B Chirurgie Viscérale HC, H5D Chirurgie Viscérale ☐
- H5B Endocrinologie HC ☐
- H5B Urologie HC ☐
- H6B Chirurgie plastique ☐
- H6B Dermatologie ☐
- H6C Gastro-Entérologie, H6D Gastro-Entérologie et Soins intensifs ☐
- H7B Rhumatologie, H7C Rhumatologie ☐
- H7D O.R.L. ☐
- H7D Ophtalmologie ☐
- Hémato HDJ, Hémato Hospitalisation complète ☐
- Maurice Salles Rééducation Fonctionnelle ☐
- Oncologie médicale Hospitalisation complète, HDJ et de semaine ☐
- Satellite Technique Néphrologie Consultation, HDJ et Hospitalisation ☐
- Satellite Technique Réanimation Chirurgicale ☐
- Garnier Soins palliatifs ☐
- Le Blaye Centre douleur ☐
- Satellite Technique Hémodialyse ☐
- Autres – NR ☐

Le motif de la demande :

- NR ☐
- Symptômes thymiques ☐
- TS ☐
- Symptômes anxieux ☐
- Symptômes psychotiques ☐
- Troubles du comportement ☐
- Sevrage / addictions ☐
- Antécédents psychiatriques présents ☐
- Demande de soutien du patient / famille ☐
- Vérification de l'absence de CI à la prise en charge somatique ☐
- Absence d'origine organique pouvant expliquer les troubles constatés ☐

Le type de demande d'intervention :

- Intervention diagnostique ☐
- Intervention Thérapeutique ☐
- Intervention Pragmatique ☐
- Intervention Multi-disciplinaire ☐

La réponse proposée par l'UCMP :

Actions proposées :

- Intervention infirmière ☐
- Intervention médicale ☐
- Adaptation médicamenteuse ☐
- Pas de CI à la question posée ☐
- Pas d'indication à poursuivre de la prise en charge ☐

Traitements psychotropes prescrits :

- Pas de prescription ☐
- Anxiolytiques, hypnotiques ☐
- Neuroleptiques sédatifs ☐
- Antidépresseur ☐
- Anti psychotiques ☐
- Thymo-régulateur ☐
- Autre ☐

La durée de prise en charge par l'UCMP, en jours :

Prise en charge à cheval sur 2 années consécutives :

- Oui ☐
- Non ☐

Orientations proposées :

- Pas d'orientation ☐
- CMP ☐
- HEP ☐
- Praticien libéral ☐
- Autres équipes du CHU ☐
- Médecin traitant ☐

Diagnostics posés

- Z00 Examen général [...] de sujets ne se plaignant de rien ☐
- R45.8 Symptômes relatifs à l'humeur ☐
- X60-X84 Lésions auto infligées ☐
- Z91 Antécédents personnel de facteur de risque ☐
- F00-F09 Troubles mentaux organiques ☐
- F10 Troubles mentaux liés à l'alcool ☐
- F11-F19 Troubles mentaux [...] liés à l'utilisation d'autres substances ☐
- F20-F29 Schizophrénie, [...] et troubles délirants ☐
- F30 Episode maniaque ☐
- F31 Trouble affectif bipolaire ☐
- F32-F39 Episodes dépressifs ☐
- F40-F41-F42 Troubles anxieux phobiques ☐
- F43 Réaction à un facteur de stress sévère, troubles de l'adaptation ☐
- F44-F45-F48 Troubles dissociatifs - Autres troubles névrotiques ☐
- F50-59 Syndromes comportementaux liés à des perturbations physiologiques ☐
- F60-F69 Troubles de la personnalité ☐
- F70-F79 Retard mental ☐
- Autres - erreur de codage ☐

Les événements ultérieurs :

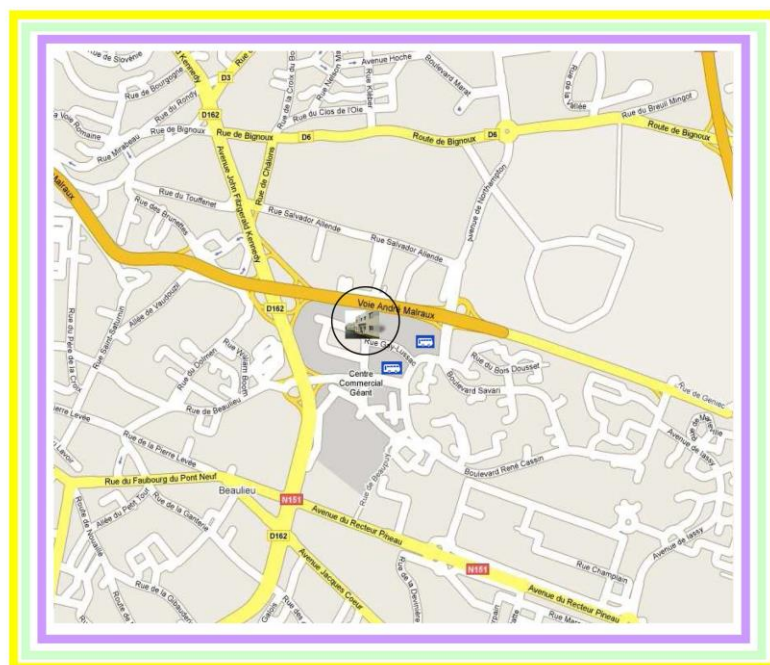
La prise de contact avec un CMP :

- Oui ☐
- Non ☐

Suivi itératif par l'UCMP :

- Oui ☐
- Non ☐

Annexe 6 : Plaquette du CMP de Poitiers



n°9 et 2A BOIS DOUSSET
n°10 et 2B BEAULIEU

UF MULTIMEDIA FSMT Décembre 2008



**Centre
Médico
Psychologique**

Henri LABORIT



14, rue Gay Lussac
86000 POITIERS

Ouvert du lundi au vendredi
De 9h00 à 19h00

05.16.52.61.09

**Centre
Médico
Psychologique**

Chef du Pôle A : Dr Roland BOUET

Henri LABORIT



LES MISSIONS

Service public ambulatoire d'accueil
et de consultations
Écoute - Prévention - Information -
Évaluation - Orientation et suivi -
psychothérapies

LE PUBLIC

Tout public adulte présentant une
difficulté d'ordre psychologique ou
psychiatrique

LES ACTIONS

Consultations individuelles ou en groupe :
médicales - psychologiques - infirmières
Accompagnement psychosocial

LE TRAVAIL EN RESEAU

Collaboration directe avec les partenaires
sociaux, médico - sociaux et de soins

Secteur Poitiers - Loudun

Responsable : Dr GUYONNET

Entrée « BONCENNE »

Médecin référent : Docteur CHEVALIER
Secrétariat : 05.16.52.61.03
Fax : 05.16.52.61.04
Infirmiers : 05.16.52.61.10

Loudun



Poitiers

05.16.52.61.09

Montmorillon

Secteur Poitiers - Civray

Responsable : Pr SENON

Entrée « LAUTREC »

Médecin référent : Docteur POTIRON
Secrétariat : 05.16.52.61.06
Fax : 05.16.52.61.07
Infirmiers : 05.16.52.61.12

Civray

Secteur Poitiers - Montmorillon

Responsable : Dr DRÉANO

Entrée « Lucien BONNAFÉ »

Médecin référent : Docteur LEVY - CHAVAGNAT
Secrétariat : 05.16.52.61.00
Fax : 05.16.52.61.01



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Résumé

Introduction :

La psychiatrie de liaison permet la prise en charge des différents troubles psychiatriques des patients hospitalisés dans les services de Médecine - Chirurgie - Obstétrique (MCO), ainsi que la sensibilisation et le soutien des équipes, dans la gestion des problèmes émotionnels et relationnels avec les patients. Dans ce domaine, la littérature est très peu fournie en données statistiques et épidémiologiques. Le but de cette étude était de décrire le profil socio-démographique et les caractéristiques cliniques des patients, à travers l'activité de l'Unité de Consultation Médico-Psychologue (UCMP) au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers.

Méthode :

Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective, incluant l'ensemble des patients pris en charge, par l'UCMP, sur l'année 2012. A la lecture de chaque dossier, un nombre important de variables concernant les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients, les demandes des services, les réponses de l'UCMP et le devenir des patients a été relevé. Une analyse descriptive simple a été réalisée sur l'ensemble de la population de l'étude.

Résultats :

L'étude a porté sur 977 patients. Il s'agissait plutôt d'hommes (53,1%), d'âge mur (moyenne = 55,6 ans). Les antécédents psychiatriques présents chez le plus grand nombre de patients étaient l'addiction à l'alcool (n=222). Cinquante-six pourcent des patients qui prenaient un traitement psychotrope avant l'hospitalisation n'avaient pas de suivi spécifique. Trente pourcent des demandes provenaient des services de gastro-entérologie et de neurologie ; les symptômes thymiques constituaient 35,1% des motifs de demande. Les interventions étaient pour 50% de type multi-disciplinaire, aboutissant à la prescription d'un anxiolytique dans 45,6% des cas. Nos résultats, ainsi que la littérature, montrent que les patients souffraient le plus souvent de troubles de l'adaptation (28,5%). L'UCMP a été peu sollicitée pour des patients ayant des pathologies psychiatriques sévères, comme le trouble bipolaire (<1%) ou la schizophrénie (1,3%), dont le suivi attentif en MCO demeure une priorité. La prise en charge conjointe médicale-infirmière durait en moyenne 26 jours, aboutissant à l'orientation vers le CMP pour un suivi ambulatoire dans environ 30% des cas. Nous déplorons un manque de comparabilité avec les études existantes.

Conclusion :

Nos résultats ont mis en évidence la grande variété des profils des patients rencontrés en psychiatrie de liaison, avec des problématiques d'addiction, mais également des troubles de l'adaptation face à des pathologies chroniques ou au pronostic sombre. L'activité de psychiatrie de liaison est essentielle pour une prise en charge globale du patient, particulièrement dans l'accompagnement des patients présentant des troubles psychiatriques sévères, mais également pour éviter des effondrements dépressifs face à la maladie somatique, car ils majorent la probabilité d'une évolution délétère. Le développement de cette activité nécessite de repenser régulièrement l'organisation et l'offre de soins psychiques à l'hôpital général.

Mots clés : Psychiatrie de liaison, Activité, Epidémiologie, Trouble de l'adaptation.