

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2004

N° 110

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : D.E.S. Psychiatrie

par

Marie COLLAS – GUITTENY
née le 14 septembre 1975 à Harfleur (76)

Présentée et soutenue publiquement le 01 juin 2004

**REFLEXION SUR LA PLACE ET L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DE
LIAISON DANS DEUX C.H.U. A PARTIR DE L'UTILISATION D'INTERMED, OUTIL
D'EVALUATION BIO-PSYCHO-SOCIAL**

Président : Monsieur le Professeur VENISSE

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur VENISSE

A Monsieur le Professeur Jean-Luc Vénisse,

Après avoir assuré la direction de cette thèse, vous nous faites l'honneur d'en présider la soutenance.

Vous nous avez transmis, tout au long de notre formation, votre savoir-faire riche et précieux.

Nous vous exprimons notre reconnaissance de nous avoir confié ce projet passionnant, porteur d'une expérience fructueuse et d'échanges multiples.

Vos conseils éclairés nous ont guidé dans l'élaboration et la réalisation de ce travail.

A Monsieur le Professeur Jean-Marie Vanelle,

Vous avez su nous guider par la richesse de vos compétences cliniques, qui nous accompagnent dans notre pratique quotidienne.

Nous vous sommes infiniment reconnaissant de la confiance et de la disponibilité que vous nous avez accordées, en nous accompagnant de la sorte, tout le long de notre formation.

Vous nous avez transmis votre goût pour le travail de recherche et le désir d'investir des projets passionnants.

Aujourd'hui, vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

A Monsieur le Professeur Silla Consoli,

Vous nous faites l'honneur de participer au jury de cette thèse.

Vos conseils et vos remarques avisés ont éclairé notre travail.

Vous avez veillé à nous transmettre votre savoir et votre expérience d'une valeur inestimable.

Nous avons apprécié avec considération votre accueil au sein de votre service. Nous avons pu nous imprégner à vos côtés de votre goût pour la clinique et la recherche.

A Monsieur le Professeur Jacques-François Godin,

Vous nous faites l'honneur de participer au jury de cette thèse.

Nous vous sommes reconnaissant de l'accueil et de l'intérêt que vous avez accordés à ce travail, au sein même de votre service.

Nous avons su apprécier ces échanges, ainsi que vos remarques empreintes d'ouverture et d'esprit de collaboration, qui ont nourri notre réflexion.

A Monsieur le Docteur Alain Deneux,

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

Votre expérience, que vous avez su nous transmettre, inspire notre pratique.

Vos conseils précieux ont guidé l'élaboration de notre travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre sincère considération.

Nous sommes infiniment reconnaissant au Professeur Friederich Stiefel et à Peter De Jonge, pour leur confiance, leurs conseils d'experts et ces échanges d'une qualité incomparable, qui ont soutenu notre travail.

Nous tenons à remercier Hélène Abbey-Huguenin, pour sa disponibilité, sa contribution indispensable et ses conseils précieux.
Nous avons pu apprécier l'accueil et la considération que nous a accordés le Docteur J-M. Nguyen.

Nous témoignons de notre reconnaissance particulière, pour leur disponibilité et la qualité de leur collaboration :

- au Docteur J-C. Loirat et à l'équipe de Psychiatrie de liaison du Service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale de Nantes (Pr Vanelle),
- au Docteur S. Bydlowski et à l'équipe du Service de Psychologie Clinique et de Psychiatrie de Liaison de l'H.E.G.P. (Pr Consoli),
- au Professeur F. Stiefel et à l'équipe du Service de Psychiatrie de Liaison de Lausanne (Pr Guex),
- au Professeur J-B. Bouhour et à l'équipe du Service de Cardiologie de Nantes (Pr Godin),
- au Professeur Ph. Marteau et à l'équipe du Service d'Hépatogastro-entérologie de l'H.E.G.P. (Pr Jian),
- au Professeur A. Berger et à l'équipe du Service de Chirurgie Digestive de l'H.E.G.P. (Pr Cugnenc).

A Gérard,

A mes parents,

A Gilles,

A mes proches qui m'ont entourée pendant ces années de formation.

Sommaire

Introduction	11
1. Psychiatrie de liaison, place et fonctionnement	12
1.1. Définitions.....	12
1.2. Historique et psychiatrie de liaison.....	15
1.3. Place actuelle de la psychiatrie de liaison.....	21
1.4. Théories et psychiatrie de liaison.....	27
1.5. Fonctionnement de la psychiatrie de liaison.....	36
1.6. Rôles du psychiatre de liaison.....	43
1.7. Limites et psychiatrie de liaison.....	50
2. Organisation de la Psychiatrie de Liaison dans trois Centres Hospitaliers Universitaires (C.H.U. Nantes, H.E.G.P. Paris, C.H.U.V. Lausanne)	55
2.1. Organisation de la Psychiatrie de Liaison à Nantes.....	55
2.2. Organisation de la Psychiatrie de Liaison à Paris.....	63
2.3. Organisation de la Psychiatrie de Liaison à Lausanne.....	70
3. Instruments d'évaluation utilisés en psychiatrie de liaison	83
3.1. Instruments d'évaluation autres qu'INTERMED.....	83
3.2. INTERMED.....	94
4. Utilisation d'INTERMED dans l'évaluation des besoins bio-psycho-sociaux et de psychiatrie de liaison, chez 194 patients hospitalisés dans trois services médico-chirurgicaux	101
4.1. Introduction du projet.....	101
4.2. Méthodologie.....	102
4.3. Résultats.....	109
4.4. Conclusions.....	120
5. Réflexions sur INTERMED et perspectives pour la psychiatrie de liaison	121
5.1. Réflexions sur INTERMED.....	121
5.2. Perspectives pour la psychiatrie de liaison.....	125
Conclusion	131
Bibliographie	132
Liste des annexes	136
Annexes 1 à 7	137
Table des matières	169

Introduction

La psychiatrie de liaison a connu, dans son histoire, de nombreuses évolutions et mutations depuis la première utilisation de cette dénomination en 1939. Sa place actuelle découle du double mouvement de médicalisation de la psychiatrie d'une part et de psychologisation de la médecine du corps d'autre part, dans une approche globale de l'être humain malade.

De par ce cheminement et les nombreux liens qu'elle a pour mission de réaliser, la psychiatrie de liaison constitue un support de modélisation pour susciter des réflexions et concrétiser des expérimentations. Dans une approche intégrée, elle offre en effet des liens multiples sur des axes divers : au niveau de l'individu (psyché-soma), entre disciplines (médecine-psychiatrie), entre partenaires de santé, entre les trois missions universitaires (clinique-enseignement-recherche), entre les niveaux de rayonnement géographique (local-national-européen-international)... La psychiatrie de liaison est considérée par certains comme un exemple voire un modèle pour le renouveau et la réorganisation de la psychiatrie.

Ce mode d'exercice ou pratique se prête particulièrement au champ de l'expérimentation. Dans ce sens, nous nous proposons d'apporter une réflexion sur la place et l'organisation de la psychiatrie de liaison, à partir de l'utilisation d'INTERMED, outil d'évaluation bio-psycho-social, validé internationalement et destiné à la mesure du concept de complexité. Ce projet vise à objectiver les besoins bio-psycho-sociaux et à évaluer les besoins en psychiatrie de liaison chez 194 patients hospitalisés dans trois services médico-chirurgicaux. La population d'étude est recrutée dans des unités classiques d'hospitalisation au C.H.U. de Nantes (Cardiologie) et à l'Hôpital Européen Georges Pompidou de Paris (Hépatogastro-entérologie, Chirurgie digestive).

Cette expérience s'intègre dans une dynamique générale de réflexion sur la place et l'organisation de la psychiatrie de liaison. Au niveau loco-régional, la psychiatrie de liaison sur Nantes cherche à affirmer son identité et à consolider ses bases : projet de création d'une unité fonctionnelle et d'implantation de celle-ci sur le site de l'hôpital général. D'un point de vue national, un mouvement d'échanges et de mise en commun d'expériences semble se dessiner : objectif de reconnaissance de la place de la psychiatrie de liaison, et tentative d'harmonisation des pratiques et des moyens sur l'ensemble du territoire. Les acteurs européens de la psychiatrie de liaison cherchent à promouvoir la psychiatrie de liaison, en s'attachant à faire reconnaître sa place (véritable sous-spécialité pour certains) et en se mobilisant pour trouver des financements.

Dans cet exposé, nous aborderons successivement, en cinq parties, chacun des thèmes évoqués ci-dessus :

- Première partie : psychiatrie de liaison, place et fonctionnement,
- Deuxième partie : organisation de la Psychiatrie de Liaison dans trois Centres Hospitaliers Universitaires (C.H.U. Nantes, H.E.G.P. Paris, C.H.U.V. Lausanne),
- Troisième partie : instruments d'évaluation utilisés en psychiatrie de liaison,
- Quatrième partie : utilisation d'INTERMED dans l'évaluation des besoins bio-psycho-sociaux et de psychiatrie de liaison, chez 194 patients hospitalisés dans trois services médico-chirurgicaux,
- Cinquième partie : réflexions sur INTERMED et perspectives pour la psychiatrie de liaison.

1. Psychiatrie de liaison, place et fonctionnement

1.1. Définitions

1.1.1. Terminologie

La complexité du concept de psychiatrie de liaison se reflète dans la richesse de la terminologie. Dénonçant le terme « psychiatrie de liaison », qu'ils jugent trop réducteur, de nombreux auteurs préfèrent la dénomination américaine « Consultation-Liaison Psychiatry ». Celle-ci a le mérite de souligner la bipolarité fondamentale de toute intervention en psychiatrie de liaison : activité de consultation (donner au somaticien un avis de spécialiste sur un patient donné) et activité de liaison (formation ou sensibilisation du personnel de soins généraux aux aspects psychiatriques et psychologiques de leur activité). Ces activités découlent d'une juxtaposition de missions pour le psychiatre, toujours entouré d'une équipe de psychiatrie de liaison (psychologues et infirmiers). Etroitement liées, ces deux activités visent la cohérence d'une approche multidisciplinaire du malade, pour une prise en considération « globale » ou bio-psycho-sociale de tout patient par tout soignant en relation avec lui.

Bretenoux (8) liste les quatre sens essentiels dans le terme « liaison » : sens de connexion étroite (en chimie), sens de relation amoureuse illicite, sens phonétique (faire la liaison entre deux mots permet une meilleure harmonie auditive, sans remettre en cause la nature et la fonction des mots) et sens d'une communication pour maintenir une compréhension mutuelle.

Consoli différencie, sur l'axe de la temporalité, liaison (éphémère) et lien (durable).

1.1.2. Définition du concept

Les définitions utilisées dans le passé pour décrire la psychiatrie de liaison, s'avèrent actuellement trop restreintes :

- « activités cliniques, d'enseignement et de recherche des psychiatres et des professionnels de santé mentale associés, au sein des services d'un hôpital général »,
- « exercice d'une consultation psychiatrique dans un service de spécialité médicale ou chirurgicale au sein d'une structure hospitalière générale ».

Plus complexe, la situation de liaison dépasse la question posée par un somaticien à un psychiatre, signant une relation univoque et asymétrique. Le concept de liaison sous-entend l'idée d'une réciprocité, d'un échange entre soignants. Démarche qui ne peut qu'être constamment en évolution, la psychiatrie de liaison est, pour Consoli, à réinventer quotidiennement.

Zumbrunnen (62), en 1991, en définit l'esprit : « 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 ». Il souligne ainsi la notion d'extraterritorialité : le psychiatre de liaison s'occupe de psychologie individuelle ou collective, ailleurs que dans son univers traditionnel. Dans la majorité des cas, il s'agit plus de difficultés psychologiques secondaires à une affection physique que de véritables troubles psychiatriques.

Consubstantielle au travail quotidien de tout psychiatre, la psychiatrie de liaison est donc une activité, exercée par des professionnels experts dans le domaine de la souffrance psychique et de la santé mentale, et destinée à répondre aussi bien aux besoins des patients hospitalisés ou suivis dans les services de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (M.C.O.) d'un même hôpital général, qu'à ceux de leur entourage ou des soignants qui en ont la charge. Ses objectifs visent à une psychologie médicale bien comprise, une psychologie de la santé en milieu institutionnel, une conception « psychosomatique » de la santé.

Comme le souligne Guillibert (28), la psychiatrie de liaison n'est pas une juxtaposition de deux technicités, une vision de l'homme et une vision de l'institution. Elle constitue un acte global par lequel l'homme est saisi dans sa souffrance mentale, en relation avec ses difficultés physiques. Articuler son savoir à celui des autres, dans la perspective du service du patient, constitue le but même de la psychiatrie de liaison. L'intervention de psychiatrie de liaison, intégrée à la prise en charge et non pas séparée, apporte un complément au travail de collaboration des psychiatres avec les médecins, chirurgiens et obstétriciens.

1.1.3. Champ d'activité

Pour nombre d'auteurs, dont Consoli (14), la fonction de la psychiatrie de liaison est d'opérer un véritable transfert de compétences (transmission d'un savoir et d'un savoir-faire censés permettre à tous les non-spécialistes d'assurer, par leurs propres moyens, une prise en charge globale optimale de leurs patients) ou plutôt une sensibilisation des somaticiens et soignants au fait psychique. Cette formation à la dimension psychique permettra que les interventions se déroulent dans de bonnes conditions. La psychiatrie de liaison permet de la sorte le rapprochement entre la médecine, basée sur le modèle biomédical, et la psychiatrie, caractérisée par la coexistence d'au moins trois grandes conceptions, les « modèles » biologique, psychologique et sociologique. Les psychiatres de liaison constituent ainsi un pont entre la psychiatrie et le reste de la médecine, pour une meilleure intégration des soins médicaux et de santé mentale.

La psychiatrie de liaison étend son champ d'action au-delà des murs de l'hôpital, en s'adressant aux patients ambulatoires, aux services d'urgence des hôpitaux généraux, et en collaborant avec toutes les catégories de professionnels de santé dans tous les types de structures (centres de convalescence, maison de retraite, cabinets médicaux...).

Selon Zumbrunnen (62), le champ de la psychiatrie de liaison se situe à l'interface de la psychiatrie et de la médecine somatique. Elle se caractérise, à l'intérieur du courant de la psychiatrie générale, par un pragmatisme (sous l'influence du contact permanent avec la médecine somatique) et un intérêt authentique accordé systématiquement à la dimension biologique et physique. Avec ses racines ancrées dans la psychiatrie, elle se différencie des autres disciplines médicales par la prise en charge systématique des aspects psychologiques et sociaux, et leur intégration aux données somatiques.

La psychiatrie de liaison se distingue de notions et de disciplines voisines :

- La psychologie médicale, qui recouvre partiellement le champ de la psychiatrie de liaison, s'intéresse à tout ce qui, en médecine, « est de l'ordre de la psyché » (Jeammet 1980), en particulier le « vécu de la maladie par le patient et les répercussions de cette maladie sur son psychisme » (Gunn-Sechehaye 1986), et à la relation médecin-malade (Schneider 1984).

- La « psychosomatique », qualificatif employé dans de trop nombreuses acceptions (Alexander 1952, Marty 1976 et 1980) caractérise une approche multidisciplinaire et synthétique, considérant le couple psyché-soma comme une unité fonctionnelle, et réunissant les points de vue biologique, psychologique et sociologique (Haynal et Pasini 1984).
- La médecine psychosociale, discipline d'enseignement universitaire en Suisse, cherche à intégrer dans le champ médical les connaissances issues des sciences humaines, comme la psychologie et la sociologie (Willi et Heim 1986).
- La médecine comportementale vise à unir les ressources des sciences humaines, en particulier celles qui respectent la méthode scientifique, à celles des sciences biomédicales, aux fins d'améliorer la connaissance, le traitement et la prévention dans le domaine de la santé physique (Schwartz et Weiss 1978).

1.1.4. Statut de la psychiatrie de liaison

Lipowski écrivait en 1974 que la psychiatrie de consultation-liaison avait atteint « l'âge de la majorité » (41).

Certains voient dans la psychiatrie de liaison une véritable sous-spécialité (définissable par trois critères : un corpus de connaissance distinct, un groupe de médecins exerçant dans ce domaine, un enseignement clinique et universitaire). En Grande Bretagne, le General Medical Council a reconnu la psychiatrie de liaison comme une sous-spécialité au sein de la psychiatrie générale. Aux Etats-Unis, l'American Board of Psychiatry and Neurology a soutenu la demande de reconnaître la médecine psychosomatique comme sous-spécialité psychiatrique, reconnaissance obtenue en 2003 (Lyketsos).

Défendant cette position, Zumbrunnen (62) la décrit comme un ensemble relativement complet et cohérent de connaissances et de méthodes. En 1992, il relève deux raisons principales à l'absence de statut officiel reconnu : sa situation aux confins de beaucoup d'autres, dont elle doit se dégager pour définir sa propre identité, et le nombre limité de psychiatres qui la pratiquent à temps plein et encore moins durant toute leur carrière. Zumbrunnen souligne les avantages d'une reconnaissance de la psychiatrie de liaison en tant que sous-spécialité de la psychiatrie : l'ouverture de voies nouvelles dans le domaine de la recherche, des possibilités de promotion susceptibles d'attirer des jeunes médecins de valeur, ainsi qu'une meilleure défense des intérêts des psychiatres de liaison vis-à-vis de leurs confrères psychiatres et somaticiens, ainsi que vis-à-vis d'instances non médicales. En effet, le psychiatre de liaison a actuellement souvent une position hybride au sein de l'hôpital général, entre la psychiatrie et les départements de médecine et de chirurgie. Dans le cas où le mouvement de spécialisation en médecine devait se généraliser et devenait le seul moyen pour défendre la qualité et les intérêts d'une discipline, les psychiatres de liaison auraient intérêt, selon Zumbrunnen, à obtenir que leur sous-spécialité soit reconnue au sein de la psychiatrie. Cependant, il existe des inconvénients à la mise sur pied d'une spécialisation :

- le risque de renforcer la surspécialisation et le morcellement, antagonistes avec la mission de liaison et d'intégration,
- le risque, par des critères officiels trop contraignants, de restreindre la liberté, qu'offre l'exercice de la psychiatrie de liaison, d'inventer des solutions et des approches originales pour des problèmes variés, sans modèle préétabli.

D'autres, comme Consoli, la considèrent comme une pratique plutôt qu'une discipline (14). Certains préfèrent ajouter des qualifications complémentaires que créer des

sous-spécialités. Isoler cet aspect particulier de la psychiatrie risquerait de procéder à une dichotomie, séparant le travail sur les psychoses chroniques, qui passerait au second rang, et la priorité donnée aux manifestations thymiques accompagnant les manifestations organiques.

1.2. Historique et psychiatrie de liaison

D'histoire relativement récente, la psychiatrie de liaison représente, selon Consoli, un paradigme exemplaire des mutations subies par la discipline psychiatrique mais aussi par la médecine dite somatique tout entière (10).

1.2.1. Histoire des rapports entre psychiatrie et médecine

1.2.1.1. Introduction

Depuis l'Antiquité, l'homme est défini comme le composé de deux substances, l'une matérielle, le soma, l'autre immatérielle, la psyché. Puis des divergences se sont exprimées. L'École de COS (approche globale de l'homme malade préconisée par Hippocrate) et l'École de CNIDE (abord privilégiant les symptômes et la maladie) se sont ainsi opposées (22). De nos jours, on reconnaît que la santé et l'équilibre de l'homme dépendent des soins prodigués aussi bien au corps qu'à l'esprit. Montaigne écrivait dans ses Essais : « Il s'agit de former un homme entier [...]. Ce n'est pas une âme, ce n'est pas un corps qu'on dresse, c'est un homme. Il n'en faut pas faire à deux [...], il ne faut pas les dresser l'un sans l'autre, mais les conduire également, comme un couple de chevaux attelé au même timon » (28).

1.2.1.2. Les psychiatres à l'hôpital général jusqu'au 19^{ème} siècle

Malgré la peur de la « folie » et du « fou », l'histoire de la psychiatrie a été marquée par une alternance de sociétés tolérantes et de sociétés où l'exclusion était d'emblée prononcée (53).

Guère différenciés des mendiants et autres « perturbateurs » de l'ordre public, les « fous » étaient condamnés ou « internés ». Créé par Louis XIV, Roi Soleil, au sortir de la Fronde, l'hôpital général recevait ainsi tous les mendiants d'une « généralité » (Furetière, fin 18^{ème} siècle). Pendant un siècle, l'hôpital s'avérait plus proche de la prison ou du taudis que du centre de soins et de réhabilitation. Il constituait un lieu d'internement dénué de toute finalité thérapeutique ou charitable.

Pourtant, dès le Moyen Age, certains « insensés », présentant une « folie » manifestement liée à des désordres physiques et semblant guérissables, étaient admis et soignés dans des hôpitaux généraux, comme l'Hôtel-Dieu de Paris ou le Bethleem Hospital de Londres. Plus « accueillants », ceux-ci visaient à une intégration des soins du corps et de l'âme. En cas d'échec du traitement tenté pendant quelques semaines en cellule d'isolement, les malades étaient réorientés vers des lieux d'internement.

Le temps des réformes est venu avec le siècle des Lumières. Une prise de conscience s'est exprimée en faveur de la suppression de ces mouiroirs et de la création d'établissements spécialisés pour chacune des catégories des personnes mélangées dans les hôpitaux traditionnels.

L'incendie du vieil Hôtel-Dieu, en 1772, fut l'occasion d'élaborer un nouveau système, mieux adapté aux impératifs de santé publique. Avec le projet, en 1785, de

regroupement des malades mentaux dans une structure particulière, est apparu le concept d'hôpital psychiatrique (Tenon et Cabanis) et son corollaire, la séparation du corps et de l'esprit. Michel Foucault a exprimé ses doutes quant à la valeur philanthropique et curative de tels établissements.

Au cours du 19^{ème} siècle, la psychiatrie s'est alors constituée en discipline autonome, avec la création d'asiles situés à l'extérieur des villes et dirigés par des médecins « aliénistes ». Ces futurs hôpitaux psychiatriques étaient destinés à l'accueil des « aliénés », malades mentaux considérés comme incurables. Malgré l'image de Pinel ôtant les chaînes aux aliénés, et la loi de 1838 sur la protection du malade, l'hôpital psychiatrique restait pour beaucoup un lieu où la thérapeutique n'était pas possible du fait du caractère concentrationnaire et arbitraire de son fonctionnement. Les 19^{ème} et 20^{ème} siècles restent ainsi marqués par l'exclusion et l'enfermement.

Cependant, l'idéal d'une séparation totale entre le fou et le malade ordinaire n'ayant pu être réalisé, les hôpitaux généraux ont accueilli des psychiatres, avant d'institutionnaliser, beaucoup plus tard, leur présence.

1.2.1.3. Evolution des rapports entre psychiatrie et médecine depuis le 20^{ème} siècle

Depuis un siècle, on assiste à un balancement constant entre un mouvement centripète et un mouvement centrifuge de la psychiatrie vis-à-vis du reste de la médecine (5).

Vers la fin du 19^{ème} siècle, les psychiatres se considèrent comme des médecins à part entière. A partir du début du 20^{ème} siècle, beaucoup de changements ont lieu dans la pratique médicale somatique. Celle-ci fait alors son entrée dans l'ère scientifique grâce à l'affinement des méthodes diagnostiques et thérapeutiques. Cette mutation s'accroît dans les années 1940, avec le traitement des maladies infectieuses, laissant émerger l'idée d'un progrès illimité possible. Cette approche holistique s'est traduite en psychiatrie, après l'époque descriptive et nosographique du 19^{ème} et du début du 20^{ème} siècle (Charcot, De Clérambault), par une double révolution : la révolution psychanalytique avec les corrélations possibles entre soma et psyché (Freud, Alexander), et la révolution systémique, avec les théories de la communication (Ecole de Palo-Alto) et les psychothérapies familiales. Aux Etats-Unis, entre 1923 et 1932, le nombre d'unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux dépasse la centaine. La psychiatrie connaît dans les années 1950 un bouleversement, avec les nouvelles acquisitions thérapeutiques (neuroleptiques, antidépresseurs). Réapparaissent alors les fantasmes d'une réintégration de la psychiatrie comme branche de la médecine.

Une partie du développement de la psychiatrie s'est faite en réaction contre les attitudes d'une certaine pratique médicale.

Jusqu'aux années 1970, la médecine expérimentale (Cl. Bernard) et la méthode anatomo-clinique triomphent. Elles imposent une médecine traditionnelle pluricausale, mais dualiste, qui recueille les symptômes et vise au diagnostic et à la prescription d'un traitement. En 1973, Engel se positionne en faveur d'un modèle bio-psycho-social à appliquer à la médecine, en particulier pour répondre au développement des méthodes statistiques. Modelant encore fortement les mentalités médicales actuelles, l'idée d'une toute puissance thérapeutique s'est vue relativisée dans les années 1970.

Par la loi du 31 juillet 1968, les psychiatres sont rattachés aux hôpitaux généraux et considérés à égalité de carrière avec leurs confrères médecins et chirurgiens. Aux

Etats-Unis, dans les années 1980, le nombre d'unités psychiatriques en hôpital général croît de façon exponentielle (plus de 1300). En France, ce développement se manifeste, en parallèle de la sectorisation, par la création du service de psychiatrie à l'hôpital général, faisant suite à des directives ministérielles (Dr Charbonneau, Directeur général de la santé). La psychiatrie se trouve ainsi confrontée à la cité d'une part, et au modèle médical d'autre part. Elle représente, pour certains, une psychiatrie « de luxe », gratifiante, en service libre. Son rôle et sa responsabilité sont perçus comme ambigus.

Sur un plan plus théorique, la psychosomatique a connu, parallèlement, une histoire mouvementée, que retrace Besançon (6).

Heinroth, en créant en 1830 le terme de « psychosomatique », rappelle la globalité corps – esprit. Dans les années 1950, Alexander avec l'Ecole de Chicago développe le concept. En 1979, Campbell dénonce l'unicausalité et défend le pluridéterminisme étiologique. Le concept connaît une désaffection dans les années 1980, perd son importance épistémologique, tout en conservant sa pertinence clinique. Une crise de la pensée psychosomatique survient dans les années 1990 : ses théories sont considérées comme caduques, malgré la réalité du fait psychosomatique.

De longue date, des auteurs se sont intéressés aux problèmes psychologiques posés par les patients hospitalisés à l'hôpital général. Les consultations d'un psychiatre au sein des services de médecine et de chirurgie apparaissent comme un nouveau besoin. En 1961, Péquignot décrit l'intérêt de la présence du psychiatre en service de médecine générale pour répondre aux doubles besoins du service : dépistage, diagnostic et traitement des malades psychiatriques, et acceptation et compréhension par les soignants des patients présentant une sémiologie psychiatrique ou des troubles du comportement. Lauras (1967), Peigné, Grivois (1974-1975) ont amené leurs réflexions sur les activités d'urgence et la spécificité de la psychiatrie à l'hôpital général. Gorsex et Peigné ont souligné la fréquence des suicidants dirigés sur l'hôpital général, du fait de leur état somatique. Brisset et Lahalle mettent en avant l'aspect psychologique de la pratique médicale.

Globalement, ces études insistent sur les principaux besoins de l'hôpital, liés à son vaste recrutement (via la consultation du service de psychiatrie ou les différents services de médecine ou de chirurgie). A ces besoins multiples et diversifiés, répond une activité psychothérapique variable selon les lieux, les patients, les problèmes posés.

1.2.1.4. Relations actuelles entre le psychiatre et le médecin somaticien

L'ambivalence et la complexité font partie des termes définissant le plus fondamentalement la relation médecin-psychiatre.

Les psychiatres ont adopté un mouvement de distanciation progressive vis-à-vis de la pratique médicale traditionnelle, mais gardent la crainte de perdre définitivement leur identité. Les médecins somaticiens considèrent que la psychiatrie doit rester intégrée à la médecine, mais ils restent suspicieux à l'égard des psychiatres.

Bien que la spécificité de la psychiatrie ne se discute plus, la question de son insertion ou de sa coupure par rapport à la médecine reste d'actualité. Pour Besançon (5), il serait tout aussi dangereux de vouloir la ramener au rang de discipline médicale comme les autres, que de vouloir la couper du reste de la médecine. Cette dernière position viendrait entretenir un fantasme de toute puissance, concernant le savoir sur l'homme, de la psychiatrie sur les autres disciplines médicales. Les deux disciplines ne sauraient être que complémentaires (5,

24). La psychiatrie est sans doute le conservatoire d'une certaine culture médicale traditionnelle défendant l'homme en danger. Le terme d'humanisme correspond encore à une réalité et à un besoin.

Entre psychiatrie et médecine, la solution possible passe par l'acquisition et le maintien d'une culture commune. Le psychiatre ne devrait jamais perdre de vue que l'homme repose sur un soubassement biologique, qu'il doit le connaître, l'évaluer, et en tenir compte dans sa démarche diagnostique et thérapeutique. De son côté, le somaticien doit faire l'apprentissage en psychiatrie d'une sémiologie et d'un vocabulaire minimum, des données psychopharmacologiques contemporaines, des circuits de traitement et de la législation pour les malades mentaux. Certaines des positions du psychiatre risquent de le faire passer pour un bel esprit irresponsable : la confusion entre corps fantasmatique et corps souffrant, le fantasme de toute puissance curatrice ou de compréhension universelle, le fait de vouloir traiter a priori le soignant avant le malade, de vouloir faire parler une équipe médicale de ce qu'elle vit, sans en connaître soi-même la réalité quotidienne.

Besançon souligne ainsi les limites de la psychologie, avec ses moyens habituels, dans certaines situations organiques. L'intervention psychologique se doit de rester modeste, sur un mode d'accompagnement. Le psychiatre ne devrait pas intervenir trop systématiquement dans le traitement de ces situations limites.

Donc, le psychiatre a quelque chose à faire de limité, mais d'important, dans les problèmes de pathologie générale, ce qui impose un apprentissage et une prudence particulière.

1.2.2. Naissance et émergence de la psychiatrie de liaison

La psychiatrie de liaison a émergé pendant le 20^{ème} siècle, par un mouvement de rapprochement de la médecine et de la psychiatrie. Celui-ci résulte de la conjonction de trois facteurs : la présence de patients souffrant de troubles psychiques à l'hôpital général, la « négligence » de la dimension humaine et psychologique dans le développement technique de la médecine somatique, et l'élargissement de l'intérêt de la psychiatrie à d'autres domaines que son champ traditionnel.

Ses débuts remontent à une soixantaine d'années, avec l'extériorisation des unités psychiatriques à l'hôpital général (41). Par l'ouverture de la psychiatrie aux avancées de la médecine et des sciences comportementales, la prise en charge des patients psychiatriques a connu des changements fondamentaux (diversification des thérapies, de la recherche et de la théorie). En retour, on assiste à une modification de l'éducation médicale et de la prise en charge des maladies organiques, dans le sens d'une médecine globale.

La psychiatrie de liaison est apparue aux Etats-Unis avec la création en 1902, à l'Albany Hospital, de la première unité psychiatrique à l'hôpital général. Sa principale fonction était d'assurer des consultations dans les services médicaux et chirurgicaux.

Dans les années 1920, s'est développée la médecine psychosomatique.

En 1929, paraît l'article de référence d'Henry, « Some Modern Aspects of Psychiatry in General Hospital Practice ». Il s'agit du premier article décrivant la pratique de la consultation psychiatrique dans un hôpital général : l'observation attentive, la communication dénuée de jargon spécialisé, la flexibilité dans le choix thérapeutique. Cet écrit marque le début de la psychiatrie de liaison telle qu'elle est pratiquée actuellement.

En 1934, la Rockefeller Foundation finance l'installation de cinq services (unités psychiatriques) de psychiatrie de liaison dans des hôpitaux universitaires, dont le

Colorado General Hospital de Denver et le Colombia University Medical Center. A la tête de ce dernier, Flander Dunbar, un des pionniers de la médecine psychosomatique, a participé au développement des bases théoriques sur lesquelles s'appuie le travail de psychiatrie de liaison. En 1936, optimiste, elle prévoyait un délai bref de recours aux psychiatres dans tous les services de médecine et de chirurgie et dans tous les centres généraux et spécialisés. Cette prévision n'a jusqu'à ce jour jamais pu être confirmée.

En 1939, Billings utilise pour la première fois le terme de « liaison » et crée à Denver un « Psychiatric Liaison Department ». Il en dresse en 1941 un bilan d'activité positif, plus particulièrement sur le plan économique. En effet, par la diminution de la durée de séjour hospitalier, ce type de structure fait la preuve de sa « rentabilité ».

Depuis la fin de la seconde guerre mondiale (années 1945-1960), le mouvement progresse, avec la création de services phares dans ce domaine. En 1945, M.R.Kaufman et ses collaborateurs allouent des moyens importants pour l'organisation, au Mount Sinai Hospital à New York, d'un modèle de service de psychiatrie, visant à nouer des liens étroits avec les services de médecine et de chirurgie. Les psychiatres de liaison jouent un rôle clé dans la construction de ponts entre la psychiatrie et la médecine, via leurs activités cliniques et d'enseignement. En 1948, Kaufman et Margolin font ressortir les objectifs de cet enseignement, comme la sensibilisation des somaticiens à la psychologie psychanalytique et à la médecine psychosomatique. Le Massachusetts General Hospital expérimente, entre 1945 et 1960, la présence d'infirmières psychiatriques dans les services de médecine.

En 1961, Meyer et Mendelson, ébauchent une élaboration théorique du concept. Mais ce sont les travaux de Lipowski, psychiatre canadien d'origine polonaise, qui ont permis d'individualiser la psychiatrie de liaison par rapport à la médecine psychosomatique. Grand théoricien du cadre conceptuel de la psychiatrie de liaison, Lipowski implante en 1959 le premier service de psychiatrie de liaison canadien, au Royal Victoria Hospital de Montréal, et écrit en 1967 un texte fondateur.

1.2.3. Développement de la psychiatrie de liaison

Des années 1950 aux années 1980, la psychiatrie de liaison se développe progressivement dans tous ses aspects.

Selon une étude réalisée en 1966, 76% des centres de formation psychiatrique aux USA proposent un enseignement sur le travail de consultation. La plupart des programmes d'enseignement post-formation en psychiatrie recommandent que les internes passent plus de temps dans les unités de médecine et de chirurgie.

Parallèlement, la psychiatrie de liaison se développe dans la plupart des pays occidentaux. Le terme de psychiatrie de liaison est mentionné pour la première fois en 1960 dans les pays francophones. En Suisse Romande, la psychiatrie de liaison est active dès le début des années 1960 : création d'une unité à Lausanne sous l'impulsion de Schneider, d'une unité à Genève sur l'initiative de Garrone, puis implantation en 1963 d'un service de consultations psychiatriques à l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève par Gunn-Sechehaye. En France, la psychiatrie à l'hôpital général s'organise à partir de la fin des années 1960, via les urgences psychiatriques (Grivois, Hôtel-Dieu de Paris, 1975), puis avec des consultations dans les services de soins somatiques (Ferreri et Alby, Paris, 1975 ; Guyotat, Lyon, 1983). Son développement en Belgique est décrit par Pierloot en 1983.

Les années 1970 représentent la période de développement de la psychiatrie de liaison en Europe et dans le monde. En 1974, la psychiatrie de liaison est reconnue

aux Etats-Unis et au Canada. Il existe alors 770 unités aux USA et 22,4% de l'ensemble des psychiatres y travaillent.

Vers 1975, à Paris, naît le service de psychiatrie de liaison à l'Hôpital Broussais, avec Consoli, seul, disposant de quelques vacations pour répondre aux besoins de l'ensemble de l'établissement. Progressivement, une petite équipe se constitue, le service se structure, pour devenir à la fin des années 1990, le Service de Psychologie Clinique et de Psychiatrie de liaison à l'Hôpital Européen G.Pompidou (13).

Constituant des innovations courageuses dans le domaine, des expériences locales ont eu lieu en milieu universitaire parisien (Pélicier à l'Hôpital Laennec en 1976, Alby et Ferreri à l'Hôpital Saint-Antoine en 1975). Dans les années 1980, les expériences se multiplient, et la France reconnaît une place officielle à la psychiatrie de liaison.

Cette naissance de la psychiatrie de liaison est suivie d'une longue période difficile, cette pratique devant faire et refaire continuellement ses preuves, afin d'être reconnue dans sa spécificité et ses différences. Ensuite, elle connaît un essor, bénéficiant d'une dynamique synergique entre la (re)médicalisation de la psychiatrie et la psychologisation de la médecine.

Quatre repères chronologiques marquent l'histoire de la psychiatrie de liaison en France :

- En 1974, le Congrès sur la Psychiatrie et la Psychologie Médicale à l'Hôpital Général (Lyon, J.Guyotat) aborde la question d'un fonctionnement commun entre psychiatres et médecins, et d'une coupure épistémologique entre médecine et psychanalyse.
- En 1980, le Congrès intitulé « La Psychiatrie à l'Hôpital Général » de Toulouse cherche à établir un pont de « la théorisation au pragmatisme ».
- En 1990, Guilibert et Granger (28) font paraître le rapport du Congrès de Neurologie et de Psychiatrie de Langue Française à Montréal « Psychiatrie de liaison, le concept et la réalité », apportant les bases d'une réflexion sur la pratique de la psychiatrie de liaison.
- En 1992, le Rapport Massé met l'accent sur la priorité du développement de la psychiatrie à l'hôpital général et sur la nécessaire articulation entre les établissements de soins généraux et une psychiatrie ouverte, décentrée.

Parallèlement, la psychiatrie de liaison fait le sujet d'une littérature grandissante. Rapidement, elle se dote (41) :

- d'une revue générale (Lipowski ZJ : Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine I, II, III, Psychosom.Med. 29 et 30, 1967 et 1968),
- d'un manuel (Schwab JJ, Handbook of Psychiatric Consultation, New York, Appleton-Century-Crofts,1968), puis d'autres : Hackett et Cassem (Massachusetts General Hospital, 1978, 1987), Gomez (Liaison psychiatry, mental health problems in the general hospital, 1987), Wise et Rundell (Concise guide to consultation psychiatry, 1988), Stotland et Garrick (Manual of psychiatric consultation, 1990), Kornfeld et Finkel (sur la pratique ambulatoire, 1982),
- d'un guide de référence (Mannino FV : Consultation in Mental Health and Related Fields, Chevy Chase, Md, National Institute Of Mental Health, 1969),
- d'une revue critique sur la recherche (Mannino FV, Shore MF : Consultation Research in Mental Health and Related Fields, Public Health Monograph N°79, Washington, DC, US Department of Health, Education and Welfare, 1971).

Bien que la plupart de la littérature reste descriptive, on trouve quelques tentatives de conceptualisation du mode d'intervention des consultants, des hypothèses et des objectifs. Miller étudie l'application à la consultation psychiatrique de la théorie

générale des systèmes. Consoli écrit en 1985 son texte « Les liaisons dangereuses », abordant les exigences éthiques et les risques du métier en psychiatrie de liaison.

A partir des années 1990, le terme de psychiatrie de liaison est de plus en plus présent dans la littérature. En 1992, Zumbunnen (Genève) fait paraître le premier manuel de psychiatrie de liaison disponible en langue française (62).

Depuis l'invention du terme par Billings en 1939, la psychiatrie de liaison se développe aussi sur le plan scientifique. L'émergence de cet intérêt croissant se traduit par la création de la Société de Psychologie Médicale en 1957. Son 14^{ème} Congrès se déroule, en 1974, pour la première fois en France. Sa deuxième réunion en France se tient en 1980 à Toulouse sur le thème de la psychiatrie à l'hôpital général. Cette société devient en 1980 la Société de Psychologie Médicale et de Psychiatrie de Liaison, et les congrès portent de plus en plus sur ce thème.

Les revues spécialisées se multiplient :

- dans le monde : General Hospital Psychiatry, International Journal of Psychiatry in Medicine, Journal of Psychosomatic Research, Psychiatric Medicine, Psychosomatics,
- en France : Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, Revue de Médecine Psychosomatique, articles de l'EMC.

Ce développement s'accompagne d'un éclatement de la discipline en plusieurs sociétés : Société de Psychologie Médicale et de Psychiatrie de Liaison de Langue Française, Société Française de Médecine Psychosomatique, Société Française de Psycho-oncologie, Société Francophone de Dermatologie Psychosomatique, Société Européenne de Dermatologie et Psychiatrie, Société Francophone de Gynécologie Psychosomatique, Douleurs et Psychologie, Réanimation et Psychologie.

Les différentes pratiques de la psychiatrie de liaison maintiennent cependant des piliers communs, comme l'importance du travail en équipe.

1.3. Place actuelle de la psychiatrie de liaison

1.3.1. Contexte actuel

Bénéficiant d'un essor croissant, la psychiatrie de liaison présente à l'heure actuelle des enjeux considérables. Ceux-ci s'inscrivent dans un double mouvement symétrique, de médicalisation ou remédicalisation de la psychiatrie d'une part, et de psychologisation de la médecine du corps d'autre part.

1.3.1.1. Mouvement de la médecine « somaticienne »

Confrontée aux limites de sa technicité et de sa scientificité, la médecine cherche à intégrer une réflexion sur des valeurs sociales et morales, obligée de prendre en compte la dimension bio-psycho-sociale de l'être humain malade.

Consoli (11) rappelle le contexte historique et socio-économique d'une telle évolution médicale.

Les progrès accomplis sur le plan technique, le perfectionnement des systèmes d'assurance ou de solidarité sociale mettent en évidence l'influence des facteurs de comportement sur la santé d'une population. Le traitement de nombreuses affections somatiques et l'élaboration de programmes d'éducation sanitaire doivent donc prendre en compte ces facteurs. L'augmentation de la longévité des individus s'accompagne de l'accroissement des pathologies chroniques et du vieillissement de

la population âgée, avec pour corollaires, de nombreux handicaps et déficits, au retentissement émotionnel important. Celui-ci interfère avec l'inconfort individuel, le coût social et le suivi thérapeutique, et implique l'intégration de la notion de « qualité de vie » dans les soins. Les progrès réalisés dans la connaissance peuvent rendre le diagnostic différentiel plus ardu entre trouble psychiatrique lié à l'organicité cérébrale, troubles réactionnels au vécu de la maladie, troubles iatrogènes dus à la neurotoxicité des médicaments, et troubles psychiatriques ou de la personnalité antérieurs à la survenue de l'affection organique. Les nouvelles avancées médicales soulignent l'intrication des problèmes éthiques, philosophiques, psychologiques, juridiques et sociaux. Nombre d'études épidémiologiques mettent en évidence la valeur prédictive des facteurs psychosociaux. La prise en compte du psychisme et du comportement participe donc de la prévention de qualité. Dans ce cadre, les somaticiens se montrent intéressés et curieux du champ ouvert par les théories psychosomatiques.

L'évolution de la relation médecin-malade pousse la médecine à réfléchir sur son fonctionnement.

Certains auteurs, comme Ayme, constatent que la démarche médicale contemporaine se fonde sur une logique dont l'homme en tant qu'être parlant est totalement exclu (28). En multipliant les moyens les plus sophistiqués pour parvenir à la transparence d'un corps parfaitement connu et maîtrisé, la médecine moderne aurait ainsi effectué un virage épistémologique, balayant de ce fait la médecine hippocratique. Malgré les progrès considérables de la médecine scientifique, un certain nombre de malades gardent un sentiment de déception par rapport à la prise en charge. Les risques d'une absence d'écoute ou d'une écoute mal maîtrisée sont multiples : erreurs diagnostiques, échecs dans les prises en charge, coûts en terme d'économie de la santé.

Besançon, en 1999, insiste sur les enjeux actuels de la relation médecin-malade : « Plus la médecine va évoluer, progresser, or sa destinée naturelle est d'évoluer et de progresser, plus les problèmes relationnels entre médecin et malade seront complexes, plus il sera nécessaire d'y réfléchir, d'y préparer les praticiens de demain. Malraux disait que le 20^{ème} siècle serait spirituel ou ne serait pas. On pourrait transposer cette remarque dans le domaine médical en disant que la médecine ou bien prendra en compte la dimension psychologique dans sa réflexion et sa pratique ou bien se déshumanisera pour se réduire à une technique parmi d'autres. » (6).

Ce sentiment de malaise présent dans la relation thérapeutique s'intègre dans un contexte socioculturel.

1.3.1.2. Mouvement de la psychiatrie

Représentant une des branches fondamentales de l'anthropologie, la médecine appartient à la fois à la science et à la philosophie. La psychiatrie est ainsi dans un va-et-vient permanent entre la psychiatrie biologique et la psychanalyse. Elle tente de quitter l'hôpital spécialisé (CHS) pour revenir au sein de l'hôpital général (CHG). En 2002, un tiers des secteurs de psychiatrie adulte et la moitié des secteurs infanto-juvéniles sont rattachés aux hôpitaux généraux. Les conventions entre les ex-CHS d'un côté et la psychiatrie de liaison et les urgences de l'autre s'étendent.

Plus généralement, l'image de la psychiatrie, des patients psychiatriques et des psychiatres est perçue plus favorablement.

1.3.1.3. Retour à une médecine globale

Ce retour à une médecine globale, comme préconisé il y a plusieurs décennies par Balint (3), suppose que la psychiatrie de liaison déborde largement les missions de consultations et interventions ponctuelles, pour avis diagnostique ou thérapeutique, auxquelles on la réduit trop souvent. Le développement de la liaison s'avère nécessaire, pour la cohérence d'une approche multidisciplinaire et interprofessionnelle du patient et sa prise en considération globale par tous les soignants en relation avec lui. Il s'agit d'un modèle bio-psycho-social, cherchant à décloisonner, lier ensemble les différents champs d'exercice de l'activité médicale et soignante : le soma, la psyché, le social.

Dans sa thèse de 1979 sur « l'avènement d'un psychiatre à l'hôpital général ou la relation malade-médecin-psychiatre », Guedj montre qu'« il s'agit de tout autre chose que de parfaire l'objet du médecin par une investigation de plus [...] le psychiatre doit être le véhicule du langage-désir du malade vers le médecin qui désire comprendre ». La psychiatrie de liaison se montre désireuse de redonner une âme à la médecine, mais risque, selon certains auteurs, d'y perdre son âme si elle ne se présente pas sous ses couleurs avec l'étrangeté de son appareillage conceptuel (28). Les conditions d'une réelle collaboration entre soignants de médecine somatique et de psychiatrie doivent se construire patiemment, dans un souci de respect mutuel et de prise en compte du point de vue de l'autre. Les deux dimensions, relationnelle et culturelle, d'un problème doivent rester toujours présentes à l'esprit, sans pour autant occulter les éléments sémiologiques et cliniques appartenant au système signifiant commun. Besançon et Vénisse (7) rappellent que cette collaboration vise à aider le patient et son entourage familial, ainsi que les équipes soignantes « à penser et à faire face » (11) à l'expérience de la maladie, dans sa complexité.

Comme le précise Consoli (14), l'objectif de la psychiatrie de liaison n'est ni de psychologiser la médecine, ni de somatiser la psychiatrie, mais de travailler sous le regard des autres et d'articuler notre savoir à celui des autres. Sa place et son utilité sont toujours à reprendre.

1.3.2. Epidémiologie

Depuis une vingtaine d'années, de nombreux travaux concernent la prévalence des troubles psychopathologiques en milieu somatique et soulignent la fréquence des comorbidités entre pathologies somatiques et psychiques. Il a été prouvé que l'existence d'un trouble psychiatrique comorbide interfère de façon parfois considérable avec le traitement, la qualité de vie et le pronostic des pathologies organiques, ainsi que le coût de leur prise en charge.

Zumbrunnen liste les principaux syndromes rencontrés en consultation-psychiatrie de liaison : les troubles de l'adaptation ou réactionnels, la dépression, l'anxiété, la confusion mentale et/ou troubles des « fonctions supérieures », les idées délirantes et/ou hallucinations, les troubles fonctionnels (somatoformes). Ils correspondent aux troubles anxio-dépressifs de nombreuses pathologies médicales chroniques, à des troubles cognitivo-comportementaux, à des états de stress post-traumatiques ou liés à des interventions médico-chirurgicales, à des maladies à étiologie essentiellement psychosociale nécessitant une hospitalisation régulière en milieu médico-chirurgical pour des complications somatiques, ou à des pathologies psychosomatiques de patients admis à l'hôpital général. Ils concernent autant l'adulte que l'enfant, l'adolescent ou la personne âgée (62).

La prévalence des difficultés psychologiques est estimée à 50 % chez les patients hospitalisés dans les services de médecine ou de chirurgie. Selon Lipowski en 1967, 30 à 60 % de cette population souffre d'une détresse psychologique ou d'une maladie psychiatrique « suffisamment importantes pour créer des difficultés aux professionnels de santé » (28).

La prévalence de la dépression (moyenne sur l'ensemble de 9 études = 25 %) s'avère largement supérieure à celle observée dans la population générale (3 à 5 %), avec pour facteurs de risque, l'âge, la maladie physique grave, le sexe féminin. Cependant, l'utilisation des outils psychiatriques, dans les études épidémiologiques des troubles thymiques, se heurte à deux écueils : le risque de sous-estimation par mauvaise détection des dépressions pauci-symptomatiques des patients dans le déni de leurs difficultés psychologiques, et le risque de surestimation en raison des signes somatiques communs à la dépression et à de nombreuses maladies physiques.

On considère, en général, qu'un quart à un tiers des patients consultant ou hospitalisés à l'hôpital général souffrent de symptômes dépressifs, et qu'environ 50% présentent des troubles anxieux, avec de fréquentes intrications entre troubles anxieux et dépressifs (7). La prévalence des conduites de consommation de substances psychoactives, notamment alcool-tabagiques, est considérable (prévalence de l'alcoolisme estimée entre 10 et 30 %). La fréquence des troubles du sommeil se traduit par la prescription d'hypnotiques dans un quart à un tiers des admissions. Les symptômes physiques sans cause organique décelable représentent 13 à 45 % des consultants.

Pourtant, 50% de l'ensemble de ces troubles resteraient méconnus, principalement du fait de leur caractère sub-syndromique ou de leur ambiguïté sémiologique.

Concernant l'activité de liaison, la proportion de patients rencontrés dans ce cadre reste faible : 2 % selon Craig (New York 1982), 1,3 % à Necker-Enfants Malades (Pélicier 1987), 1 à 10 % selon une revue de la littérature (Craig 1982). Les taux les plus élevés se retrouvent dans les hôpitaux où la psychiatrie de liaison s'est développée depuis longtemps et s'est constituée en sous-spécialité, lui permettant l'acquisition d'un certain degré d'autonomie à l'intérieur des départements de psychiatrie.

De nombreux facteurs peuvent rendre compte de l'écart considérable entre les besoins supposés et les demandes effectivement formulées. Une première catégorie dépend des médecins somaticiens : une sous-estimation de la pathologie psychiatrique et des troubles psychologiques par carence de la formation, une vision purement technique de l'acte médical, des réticences culturelles ou personnelles à l'égard de la psychiatrie, la disposition d'autres modes de prise en charge (psychologues et psychiatres attachés au service, consultation psychiatrique autre que celle de l'hôpital, ou autre intervention spécialisée comme l'alcoologie). Une seconde catégorie de facteurs dépend des patients : une réticence à l'idée d'un entretien avec le psychiatre, une impossibilité de percevoir et de verbaliser les affects. Une troisième dépend des psychiatres eux-mêmes : une attitude inadaptée, un manque d'expérience.

Cependant, il est reconnu que la psychiatrie de liaison participe à une meilleure couverture des besoins.

Une enquête, menée en 1987 dans les centres hospitaliers français, constate que la médecine interne, l'endocrinologie, la gastro-entérologie, la neurologie, la gynécologie et l'hématologie représentent les services les plus demandeurs (28).

En 1986, Mayou et Hawton déplorent la situation épidémiologique relative à la psychiatrie de liaison : « Les données recueillies jusqu'à présent sont de mauvaise

qualité, ne décrivent pas de façon adéquate les populations médicales étudiées et ne reposent pas sur une nomenclature adaptée ni sur des mesures standardisées ». Les comparaisons sont rendues difficiles du fait de nombreuses variables. Parmi celles-ci, les études de prévalence des troubles psychiatriques comptent la structure hospitalière (degré de spécialisation, caractère universitaire ou non, poids des différents types de service, dynamique des services), la durée moyenne de séjour, l'âge moyen des patients, la composition de l'origine des patients, la qualité des relations médecin-malade, l'acceptation par les malades de la consultation psychiatrique ou psychologique. Les variables influençant les études sur l'activité de liaison concernent l'équipe de liaison, les médecins faisant appel, les liens tissés au fil du temps entre le service et les autres services. S'ajoute la difficulté à définir le cas, les instruments appliqués à la population générale n'étant pas adaptés à la population hospitalisée.

L'ensemble de ces remarques rend nécessaire la mise en place d'un cadre. La connaissance des besoins est indispensable pour définir les moyens de la psychiatrie de liaison. De même, un recueil de données standardisé et exploitable s'impose pour évaluer les prestations de la psychiatrie de liaison. Ce cadre doit disposer d'outils méthodologiques fiables, si possible universels, utilisables à la fois, pour la recherche épidémiologique, et pour la détection par le somaticien de patients pouvant tirer bénéfice d'une intervention psychologique ou psychiatrique.

1.3.3. Politique actuelle de santé

Depuis la première utilisation du terme de psychiatrie de liaison en 1939, par Billings, une longue période s'est écoulée avant l'inscription de la discipline dans les préoccupations administratives et pratiques des différentes instances s'occupant de santé publique, et plus précisément de santé mentale (7). Le début des années 1990 marque un tournant avec :

- la circulaire du 14 mars 1990, incitant aux prises en charge multidisciplinaires et délocalisées,
- la réforme hospitalière de 1991, cherchant à promouvoir le brassage entre les différents acteurs sanitaires,
- le rapport Massé en 1992, mettant l'accent sur la priorité du développement de la psychiatrie à l'hôpital général et sur la nécessaire articulation entre les établissements de soins généraux et une psychiatrie ouverte, décentrée, dans un but de partenariat.

Ce rapport Massé (45) émet des propositions concernant la politique actuelle de santé mentale.

Il défend l'inscription de la psychiatrie de liaison dans la politique de secteur. Les mêmes missions s'imposent à tous, « hôpital général » et « hôpital spécialisé ».

Il met en exergue, dans la pratique de la psychiatrie de liaison, l'association de deux types d'activités :

- L'activité « de base », démarche proche de celle de la psychiatrie de secteur, s'adresse à cet autre tiers social qu'est l'hôpital, avec ses règles et ses lois, une culture dominante et des demandes ambiguës.
- L'activité « différenciée » comporte plusieurs orientations possibles : développement d'une relation privilégiée avec un service médical, orientation vers la psychothérapie et la formation.

Dans les hôpitaux généraux importants, cette activité s'adapte mal au modèle sectoriel, en particulier du fait de l'absence de notion géographique de recrutement. L'objectif visé reste la continuité, les liens entre prestataires de services et services demandeurs. Une unité de psychiatrie de liaison peut s'autonomiser à partir de deux concepts : l'absence de lits permettant une totale disponibilité auprès des services M.C.O. et la qualité des soins vers le personnel infirmier des autres services. Dans leur mission de service public, les services de secteur doivent assurer une présence à l'hôpital général (« donner des soins pour tous les malades sans exclusivité, au plus près des lieux de vie et de travail, en les maintenant au sein de la communauté dans le cadre d'une cohérence et d'une continuité thérapeutique et d'actions de prévention »). Leur rôle est de transformer le statut de la « folie » : dédramatiser, assumer les moyens de traiter la psychiatrie moins « lourde », organiser un enseignement, traiter les pathologies mixtes. Certaines situations cliniques, touchant des populations particulières (personnes âgées, alcooliques, SIDA) sont à prendre en considération et mettent en jeu la crédibilité du psychiatre. La mise en place de « réseaux de prévention des récurrences suicidaires » s'inscrit dans ce registre.

Le développement de la psychiatrie de liaison s'inscrit dans un modèle évolutif commun pour tous. La sectorisation a permis une modification du visage de la psychiatrie, avec une facilitation de l'accès aux soins pour une population donnée. Les mécanismes intersectoriels doivent se concilier avec la continuité des soins.

L'ensemble des services (CHS ou CHG) est concerné par une évolution négociée, évaluée et renforcée au cas par cas. Trois types de services existent, selon leur rapport à la sectorisation :

- les structures repliées, où prédomine fortement l'hospitalisation à temps plein. La sectorisation y a peu d'effet.
- les structures semi-ouvertes sur l'extérieur, où le développement de l'extrahospitalier est mené à son terme. Malgré une forte influence du secteur, elles reposent sur un recrutement traditionnel et restent centrées sur elles-mêmes dans leur fonctionnement. Une mutation est à poursuivre dans le sens d'un rapprochement de l'hospitalisation complète des lieux de vie et d'une prise en charge des détresses psychologiques.
- les structures ouvertes, qui ont compris la nécessité d'ouvrir le champ de leurs réponses, en collaborant avec l'hôpital général et les circuits sociaux.

Le passage de la structure repliée à la structure semi-ouverte doit prendre en compte l'évolution de la population hospitalisée (projet individuel pour chaque patient), développer des articulations avec le médico-social, rendant nécessaires la mise en place de solutions et la définition précise de l'activité (priorité donnée à la prévention et au traitement de la crise et des troubles évolutifs, définition d'un champ intermédiaire de réadaptation). Le passage d'une structure semi-ouverte à une structure ouverte repose sur une collaboration avec l'hôpital général et le développement d'une psychiatrie de liaison.

Du fait de l'importance quantitative des urgences psychiatriques s'y exprimant, les urgences de l'hôpital général revêtent une place particulière dans ce dispositif de soins. Elles tiennent un rôle d'intégration dans une politique de prévention, en particulier via l'articulation avec le secteur psychiatrique.

Le CHS redéployé doit assumer le rôle de centralisation de multiples structures, par un fonctionnement d'agence. Sa mission consiste à s'assurer de la circulation des informations à trois niveaux :

- les relations entre la psychiatrie publique et la psychiatrie privée, les somaticiens ou les services médico-sociaux,

- la filière psychiatrique publique, de CHS ou de CHG, en passant par les différentes formes d'intervention extrahospitalière,
- le fonctionnement courant du réseau extrahospitalier.

Le rapport Massé s'est suivi de faits, puisque certaines unités de liaison, émanant d'une structure sectorielle ou intersectorielle, ont vu le jour.

Le rapport Charmasson, en 1995, a insisté de nouveau sur le développement de la psychiatrie de liaison. La circulaire DGS/DH du 05/08/1996 a officialisé ces recommandations. Le projet de circulaire DH/EO4/DGS/SP3/98 relative à l'évolution du dispositif de soins en psychiatrie va dans ce sens et fait de la psychiatrie de liaison une des priorités de l'évolution du dispositif sectoriel.

1.4. Théories et psychiatrie de liaison

1.4.1. Introduction

Zumbrunnen (62) rappelle que l'approche psychiatrique intègre dans ses conceptions d'autres dimensions que le déterminisme purement biophysique. La consultation psychiatrique n'est donc pas une consultation médicale comme les autres, et autour d'elle, s'est constituée une véritable discipline, la psychiatrie de liaison. Aucun modèle théorique ne pourrait à lui seul répondre à tous les problèmes rencontrés. La psychiatrie de liaison, qui se veut pragmatique, refuse tout dogmatisme, tout en préconisant la réflexion. Elle prône l'éclectisme théorique et thérapeutique, afin de pouvoir se doter du libre choix de l'intervention la plus adéquate au problème donné.

Parmi les grands courants de pensée ayant contribué à l'apport de bases théoriques à la psychiatrie de liaison, on retrouve le domaine biomédical, la psychanalyse, l'approche cognitivo-comportementale, la pensée systémique, la théorie de la crise, la théorie de la dynamique des groupes.

Devant un dualisme esprit-corps dépassé, Consoli et Lacour (14) soulignent l'influence mutuelle des troubles somatiques et psychiques. Les troubles mentaux et du comportement, ainsi que les maladies « physiques », sont le résultat d'une interaction complexe entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

1.4.2. Bases théoriques

Au cours du 20^{ème} siècle, trois disciplines du secteur psychologique sont apparues en moins de cinquante ans (50). Il s'agit de la médecine psychosomatique (Dunbar, Alexander, Marty), de la formation à la relation soignant-soigné (Balint) et de la psychologie médicale (Pichot, Schneider, Besançon).

1.4.2.1. La « psychosomatique »

Pour aborder les liens psyché-soma, quatre points de vue ont été différenciés et schématisés : le parallélisme, l'hylémorphisme, la théorie du double aspect et l'interactionnisme (6). De multiples hypothèses et théories explicatives ont été élaborées. Terme créé en 1830 par Heinroth, dans le cadre de la médecine naturaliste allemande, la psychosomatique a nourri sa réflexion à partir de deux courants de pensée, psychanalytique et neurophysiologique.

Les bases du courant physiologique remontent au début du 20^{ème} siècle. Pavlov en Russie a décrit le conditionnement, à l'origine de sa conception de la pathologie

cortico-viscérale. Un deuxième conditionnement, le conditionnement opérant (renforcement positif ou négatif dans le fonctionnement viscéral, sous l'effet du système nerveux central) a été ensuite mis en évidence. Canon, aux Etats-Unis, a élaboré la théorie des émotions, basée sur les effets physiques de la colère et de la peur. Nombre de travaux contemporains ont été inspirés par la notion de stress et de syndrome d'adaptation, développés par Selye. Cependant, cette approche centrée sur le stress présente des limites sur le plan psychologique.

En dehors de l'apport des enquêtes épidémiologiques (méthode des événements vitaux), le courant psychologique est très largement dominé par les travaux analytiques.

Freud a exprimé ses réserves quant à l'application des données de la psychanalyse aux maladies somatiques.

Groddeck (25), l'un des pères fondateurs de la médecine psychosomatique, avait l'ambition d'expliquer et de traiter les maladies somatiques en empruntant à Freud, certains concepts et techniques psychanalytiques. Il avait la volonté d'unifier le somatique et le psychique sous l'égide du « ça », sorte de puissance symbolisante se manifestant dans le langage mais aussi dans l'organisme. Beaucoup d'auteurs ont décrié ce pan-symbolisme et qualifié d'ascientifique son raisonnement.

Dans les années 1930, Alexander (1) et l'Ecole de Chicago ont élaboré des concepts, comme les profils psychosomatiques, dans la continuité freudienne des travaux sur la conversion hystérique. Ces profils de personnalité spécifique correspondraient à une personnalité sous-jacente prédisposant à telle ou telle maladie. Ils ont développé la notion d'opposition au niveau du corps de la pathologie relationnelle et de la pathologie de la vie végétative des organes. Ils ont abordé la notion de conflits internes spécifiques et individualisé une classification de deux types de maladies psychosomatiques suivant le type de tendances réprimées (expression de tendances hostiles agressives bloquées, expression inhibée de tendances à la dépendance). La maladie psychosomatique correspondrait à une réponse physiologique à une tension émotionnelle répétée ou constante.

Modèle issu de la conversion hystérique, la notion de conversion prégénitale, renvoyant à un mode de fonctionnement archaïque, a été utilisée par certains auteurs.

Avec une position plus nuancée que Groddeck, mais non divergente sur un plan théorique, Balint (3) a décrit l'existence d'une « maladie fondamentale » entraînant une prédisposition psychosomatique. Il a souligné la place fondamentale du généraliste dans la reconnaissance et le traitement de ces états.

Récusant la dichotomie classique psyché-soma, Marty et l'Ecole psychosomatique de Paris ont développé l'approche psychosomatique des malades. Sans remise en cause des positivités et de la solidité des faits biologiques scientifiquement établis, la psychosomatique apparaît pour Marty, comme un mode de lecture spécifique de la maladie. Utilisant les concepts d'instinct de vie et de mort, Marty a décrit plusieurs notions :

- la « pensée opératoire », avec M. de M'Uzan en 1962 (« vie opératoire » en 1980), pauvreté de l'imaginaire (carence de mentalisation et de la vie fantasmatique) caractérisant la structure psychosomatique et qui prédisposerait aux perturbations somatiques,
- l'« ordre psychosomatique » (43), nosographie fondée sur l'économie psychique,
- l'état de névrose traumatique, les « névroses de caractère et de comportement » (organisations structurales de la personnalité),

- la « dépression essentielle » en 1966 (désordres immunitaires), momification de la dynamique mentale, sorte d' « atonie affective fondamentale », réactualisation de la « dépression anaclitique du nourrisson »,
- le processus de somatisation comme issue spécifique à la vie pulsionnelle, la lésion organique résultant d'une décharge dans le soma d'excitations qui n'ont pu être liées psychiquement.

Avec le terme d' « alexithymie » (incapacité à décoder et à exprimer les émotions), Sifneos et Nemiah caractérisent, en 1973, une façon d'être au monde bien précise qu'aurait le malade psychosomatique.

Centrant sa démarche sur les attitudes du médecin face à de tels patients, Sapir critique la médecine psychosomatique, dans sa recherche « prétentieuse et hasardeuse » sur l'origine des maladies somatiques. Pour lui, celle-ci est née d'un manque face au progrès technique, mais, en faisant la part large à la psychogenèse, elle suit involontairement un modèle médical. Sapir (50) incite à réfléchir aux relations psyché-corps dans leur ensemble, par une confrontation sérieuse avec les neurosciences. Avec le constat qu'aucune théorie globale du corps n'est actuellement envisageable, il soutient que le psychisme, bien que pouvant jouer sur l'un des facteurs la composant, ne peut pas créer une maladie.

Consoli s'est attaché à étudier les rapports entre maladies psychosomatiques et profil psychologique. Il remet en cause la valeur prédictive du pattern A coronarogène, décrit par Friedman et Rosenman en 1953, et caractérisé par des dispositions à l'agir et à la combativité en puissance (trois composantes : sentiment d'urgence du temps, implication dans le travail, combativité-compétitivité). Il retient, comme facteurs de réactivité au stress, les composantes de dépressivité, d'anxiété, d'hostilité et de colère rentrée.

Dantzer dénonce, en 1989, l' « illusion psychosomatique », découlant d'une référence psychanalytique érigée en perspective unique et à l'origine de dérapages quotidiens. Selon Israël, l'inflation psychosomatique ne fait souvent que cacher une ignorance quant au psychique.

Besançon (6) rappelle que, sans perdre de vue une attitude s'intéressant au lien psychosomatique (Widlöcher), la réalité de symptômes et de syndromes psychosomatiques, quelle qu'en soit l'étiologie, n'appartient pas exclusivement à une structure déterminée et que la démarche clinique doit pouvoir être modulée en fonction des données de l'examen.

Gardant toute son ambiguïté, le terme « psychosomatique » mérite d'être mieux défini et limité, pour lui rendre sa valeur. Jadouille (35) incite à poursuivre une réflexion psychosomatique rigoureuse, pensée qui, non galvaudée, constitue une avancée conceptuelle majeure quant à l'appréhension de la complexité humaine.

1.4.2.2. La psychologie médicale

De la formation en psychologie médicale dépend l'évolution, dans les années à venir, des pratiques dites de psychologie médicale, de psychosomatique, de psychiatrie de liaison. La psychiatrie de liaison a, selon Besançon (6), plus à voir avec la psychologie médicale qu'avec la psychiatrie au sens classique du terme.

La médecine adopte une position scientifique, à tendance rationalisante, qui oriente profondément la relation médecin-malade, posant la maladie et non le malade comme objet de l'intérêt et de l'étude du médecin. Par conséquent, « la psychologie médicale et la psychiatrie sont la somme de nos ignorances biologiques » (Besançon citant J. Bernard).

Schneider définit la psychologie médicale, comme une « discipline fondamentale de la médecine, étudiant les aspects psychologiques et sociaux de l'activité du médecin dans le cadre des relations humaines qu'il établit avec son malade, ses confrères et collaborateurs, les institutions médicales et la société de même que les répercussions psychologiques et psychosociales de l'état de la maladie sur le patient, son entourage et les institutions médicales ».

C'est dans le contexte de technicisation de la médecine, de problématiques économiques du système de santé et d'insatisfaction des malades, qu'est né et s'est développé dans l'après-guerre le mouvement de la psychologie médicale. L'enseignement de la psychologie médicale a été instauré en France en 1961. Il n'a de sens que s'il est dispensé sur la totalité des études médicales et s'il s'articule étroitement avec la pratique quotidienne. Cet enseignement n'a pas pris dans le champ médical la place qui devrait lui revenir, semblant considéré comme une activité marginale.

Pour Kress (39), l'usage de quelques concepts psychanalytiques en psychologie médicale permet des mises en perspective différentes. Il ne s'agit cependant pas d'un remplacement radical de la psychologie du sens commun par des concepts nouveaux. Cette approche peut permettre au médecin de prendre en compte les notions d'inconscient, de transfert, de répétition, ainsi que les mécanismes de culpabilité inconsciente, de besoin de punition. Peuvent en découler une attitude plus tolérante de la part du médecin et un sentiment, de la part du patient, d'être entendu et accepté, sans pour autant adopter une attitude de démission par rapport aux soins. La pédagogie des concepts psychanalytiques en psychologie médicale repose sur une formation basée sur l'expérience, sur l'assimilation des concepts issus de la théorie, sur ces concepts ayant valeur d'éléments d'un discours et sur le maintien chez le praticien d'une ouverture à d'autres théories et à l'amorce d'une réflexion épistémologique.

Sapir émet des réserves quant à l'utilisation de la psychologie médicale et souligne son manque de limites, de doctrine et de finalité (50).

1.4.2.3. La formation à la relation soignant-soigné ou médecin-malade

Dès 1957, dans son ouvrage de référence « Le médecin, son malade et la maladie », M. Balint (3) se penche sur la relation entre le médecin et le malade, qu'il compare à une « compagnie d'investissement mutuel ». Il y étudie les offres du malade et les réponses du médecin. Il développe les notions de « collusion de l'anonymat », de « survivance de la relation maître-élève » et de « fonction apostolique » (expressions de la personnalité du médecin qui se traduisent dans sa conduite personnelle à l'égard de ses patients).

Pour Sapir (50), la formation repose sur une constante juxtaposition entre une logique et l'individualité psychosomatique de chacun.

Consoli (12) oppose, à la médecine de l'action et du présent, une médecine de la réflexion et de la durée, celle des maladies chroniques, faite d'usure et de rechutes. A partir d'un modèle bio-psycho-social et pédagogique, la relation médecin-malade se doit d'être ici une relation de maître à apprenti (J.-P. Assal), motivée par une transmission de savoir et un souci d'autonomisation du patient. Il s'agit d'un rôle d'éducateur, pouvoir partagé entre le médecin (maniement de la relation quotidienne avec le patient, par essais et par erreurs) et le malade chronique (contribution à l'apprentissage de son médecin, par la dimension relationnelle).

Le principal danger d'une présentation « blanche » du patient décrit comme « alexithymique » au sein d'une relation psychothérapique est, selon Consoli (12), sa contagiosité, son risque de paralysie du thérapeute dans sa capacité à penser, à faire des liens et à imaginer. Les risques sont alors d' « injecter » des fantasmes ou de construire « à deux » une théorie psychogénétique de la maladie, inscrivant cette dernière dans un enchaînement causal où l'absurde redevient sensé, voire nécessaire. La « capacité à rêver » du patient mais aussi du thérapeute est à préserver.

1.4.2.4. Le modèle bio-psycho-social

L'objectif d'Engel (19) est l'élaboration d'un modèle bio-psycho-social et la démonstration de son applicabilité pratique dans la compréhension et la prise en charge d'un patient. Il s'agit d'un modèle scientifique construit pour prendre en compte les dimensions faisant défaut dans le modèle biomédical. Par extension, il permet aussi la définition des tâches pédagogiques de la médecine, en particulier les tâches et rôles des psychiatres dans la formation des somaticiens. L'approche de ceux-ci est fortement influencée par les modèles conceptuels avec lesquels leur savoir et leur expérience se sont organisés. Or, le modèle actuel dominant en médecine, le modèle « biomédical », consiste en l'application dite d' « analyse de facteurs ». En 1977, Engel dénonce les limites d'un tel modèle, qui n'intègre pas le patient et ses attributs comme une personne, un être humain, et qui repose sur le réductionnisme et le dualisme psyché-soma. Il s'oppose à la thèse qui défend le modèle biomédical, comme modèle scientifique adéquat pour la recherche et la pratique médicales.

Engel s'appuie sur la théorie des systèmes en biologie et les écrits de référence de Weiss et de von Bertalanffy. Pour Weiss, la nature est ordonnée hiérarchiquement, selon un continuum formé d'unités larges et complexes englobant des unités plus petites et moins complexes. Aucun élément n'est isolé : constituant une partie d'un autre, chaque système est ainsi influencé par son environnement.

Dans un travail scientifique, l'investigateur est généralement obligé de sélectionner un niveau de système. Pour le médecin, ce système est toujours une personne, le patient. La tâche du scientifique à orientation systémique est toujours double et complémentaire. Cette approche contraste avec celle du scientifique réductionniste qui ne porte pas d'attention à l'égard de l'ensemble. Pour Engel, la culture scientifique réductionniste est en grande part responsable de l'opinion du public, qui considère antithétiques la science et l'humanisme.

L'application du modèle bio-psycho-social consiste pour le médecin à identifier et évaluer le potentiel stabilisant ou déstabilisant des événements et des relations dans l'environnement social du patient. Il ne s'agit pas de compassion ou d'humanisme, mais d'application rigoureuse des principes et des pratiques d'une science, la science humaine. Ce modèle fournit un cadre conceptuel et une manière de penser, qui permet au médecin d'agir rationnellement dans des domaines, à l'heure actuelle, exclus de l'approche rationnelle. Il motive le médecin à s'informer et à améliorer ses compétences dans les domaines psychosociaux.

Comme l'était le modèle biomédical, le modèle bio-psycho-social est un modèle scientifique, dont la qualité est de fournir un cadre à l'intérieur duquel la méthode scientifique peut être appliquée. Sa valeur n'est pas mesurée sur sa justesse mais sur son utilité.

1.4.3. Approches théoriques de la psychiatrie de liaison

Schmitt, 1993 : « Une théorie, des théories ou aucune théorie ? » (52).

Pour Guillibert et Granger (28), de nombreuses approches théoriques peuvent être proposées pour le concept de psychiatrie de liaison. Toutes soulignent la dimension de groupes dotés d'une dynamique propre, se rapportant aux services somatiques. L'équipe de psychiatrie de liaison, constituant elle-même un groupe, doit tenir compte de ses données particulières.

1.4.3.1. Hypothèses et objectifs du cadre théorique, définis par Lipowski (1974)

A la frontière entre deux professions et deux approches conceptuelles différentes, le psychiatre de liaison présente une vulnérabilité potentielle au sujet de son identité professionnelle et se trouve exposé à un regard critique de la part de ses collègues, psychiatres et somaticiens. La pertinence de la spécialité dans son ensemble nécessite de formuler sa base idéologique.

La psychiatrie de liaison provient d'une conception holistique et anti-réductionniste de l'homme, qui a été appliquée à la théorie et à la pratique de la médecine et de la psychiatrie sous le terme de « médecine psychosomatique ». Cependant, celle-ci a souvent été utilisée de façon erronée, avec la recherche d'une psychogenèse des troubles somatiques.

La psychiatrie de liaison représente l'application clinique d'une certaine approche psychosomatique, par le recueil et l'application d'informations, provenant de plusieurs niveaux et s'avérant pertinentes pour les soins du patient. Lipowski formule l'hypothèse de base suivante : une approche globale permet une optimisation des soins, une sensibilisation aux besoins des sujets, un intérêt pour la prévention et une prise en compte du contexte économique. Le psychiatre de liaison peut contribuer modestement à cette entreprise d'intégration des données significatives, par la perspective relativement large dont il dispose. Cette position nécessite une formation et une expérience de la globalité, ainsi que des règles conceptuelles pour intégrer la complexité et apporter des conclusions pragmatiques. Il doit accepter la complexité comme un challenge intellectuel. Lipowski conseille aux psychiatres d'assumer le rôle de prise en charge globale et de médiation entre les médecins surspécialisés d'un côté et les scientifiques à orientation psychosociale mais naïfs sur le plan médical, de l'autre (41).

1.4.3.2. Les cinq grands systèmes théoriques applicables de Mohl (1981)

Ceux-ci sont rappelés par Guillibert et Granger, en 1989, dans le rapport d'assistance « Psychiatrie de liaison : le concept et la réalité » (28).

1.4.3.2.1. La théorie générale des systèmes de von Bertalanffy (1972), appliquée par Miller (1973)

Un groupe de systèmes peut interagir de façon dynamique comme partie d'un système plus large, avec une tendance à maintenir une balance homéostatique. Ce modèle peut être transposable aux interactions entre le patient, sa famille, son environnement social, l'équipe soignante et les éléments symptomatiques. Trois types différents de systèmes sont décrits : le concret, le conceptuel et l'abstrait. Le

psychiatre peut organiser et interpréter les données à chacun des niveaux biologique, psychologique et sociologique. Chaque niveau comporte de multiples systèmes conceptuels.

Pour Miller, un consultant doit répondre aux sept questions suivantes : A quel niveau d'information s'est-on référé ? Quel est l'objectif premier d'utilisation de ces données ? Quel système conceptuel utiliser ? Sur quelle période avoir des informations ? Que définir comme stressors ? Quel processus privilégier ? Quelle disposition du système considérer ?

Cette approche rejoint les travaux d'Engel sur le modèle bio-psycho-social.

1.4.3.2.2. Le modèle du « marché » de Guggenheim (1978)

L'objectif de ce modèle est l'étude du processus interne aboutissant à la demande de consultation psychiatrique. Il peut s'appliquer à l'observance et à la relation entre les différents médecins d'une équipe.

Il définit le psychiatre de liaison comme « ambassadeur » et « vendeur », la consultation de psychiatrie comme le produit, le médecin demandeur comme le consommateur. L'évaluation du patient et la formulation d'un programme thérapeutique sont comparés à la phase de manufacture. L'application de ce plan et l'évaluation du devenir sont comparés à la phase de marketing. Les buts en sont l'acceptation du produit (application du traitement) et la stimulation de nouveaux achats (nouvelles consultations pour d'autres patients).

Ce modèle original souligne clairement l'importance de la relation entre les médecins ainsi que le rôle central du médecin demandeur.

1.4.3.2.3. La théorie de Bion (1961)

Elle aborde la notion de rêverie et la fonction de bonification vis-à-vis du groupe thérapeutique, intéressant les équipes soignantes et encourageant la formation de groupes de parole. Elle repose sur l'existence de deux facettes présentes dans les groupes, le côté adulte, rationnel et conscient, et le côté inconscient et dépendant, nécessitant d'être conduit par un leader idéalisé omnipotent.

Une psychiatrie de liaison inspirée de ces principes pourrait analyser l'unité en termes de dynamique de groupe. Le bénéfice potentiel ne se limite pas à un patient spécifique, mais s'étend à tous les membres du groupe. Ces éléments relancent le débat sur les frontières de la psychiatrie de liaison, entre limitation aux soins directs aux patients et expérience authentique de la dynamique de groupe.

1.4.3.2.4. Le modèle social de Rice (1969)

Ce modèle repose sur la conception des groupes en systèmes ouverts et sur leurs objectifs principaux, la division du travail et le mode de fonctionnement hiérarchique. L'analyse des frontières du système et de la régulation hiérarchique peut entraîner des améliorations cliniques que les traitements psychiatriques classiques n'apporteraient que transitoirement.

1.4.3.2.5. Le champ théorique de Lewin (1951)

Reposant à la fois sur l'anthropologie médicale (représentations différentes dans les groupes de soignants et de l'entourage du patient) et sur une forme de mythologie

véhiculée par l'inconscient collectif des thérapeutes, ce modèle développe le concept de culture de groupe, à partir d'une interaction dynamique des membres. Il s'agit de tenir compte de la mythologie d'une unité dans la consultation. La psychiatrie de liaison devrait analyser les variables de ces différents groupes pour fonctionner de façon plus efficace. Ces notions de dynamique de groupe ont été mises à profit dans la création de réunions infirmières hebdomadaires. On peut en rapprocher la notion d'inconscient collectif d'Anzieu (1976).

1.4.3.3. Autre cadre théorique proposé par Schmitt (1993)

S'appliquant à un espace topologique différent, la psychiatrie de liaison peut s'inscrire dans un cadre tenant en quatre points (52) :

- l'appel, témoin d'une situation d'impasse : étudier les modalités et le sens de la demande, prendre en compte les protagonistes à son origine,
- la focalisation théorique dans la prise en charge : faire que les symptômes mis en avant permettent la mise en place d'un travail de réflexion et d'intégration,
- l'obligation d'un fonctionnement en co-pensées : liaison dans l'actuel avec des thérapeutes non-psychiatres et supervision pour les psychiatres de liaison,
- la recherche d'une alliance de traitement : inscrire l'affection somatique dans un contexte psychique et dans une perspective existentielle, induire une alliance de travail avec le patient et avec l'équipe soignante.

1.4.3.4. L' « Aider à penser ou aider à faire face ? » de Consoli (1997)

Dans sa tâche d'aider à faire face, à savoir le soutien et l'accompagnement psychologique des patients hospitalisés à l'hôpital général, le psychiatre de liaison doit prendre en compte simultanément différents facteurs : les facteurs situationnels, les facteurs dispositionnels et les facteurs interactionnels (10).

S'inspirant de C. Ray (1982), Consoli propose une classification des mécanismes de coping (ou stratégies d'ajustement). Celle-ci repose sur deux critères principaux : les effets de la stratégie utilisée sur la persistance des pensées perturbatrices dans la conscience (maintien ou évacuation de la conscience) et le type de position adoptée par le sujet face à la situation stressante (toute-puissance, impuissance, position intermédiaire). A partir des stratégies adoptées, Consoli décrit le type de relation médecin-malade que l'on peut s'attendre à rencontrer (de l'investissement massif au désinvestissement).

Selon le lieu de contrôle des renforcements du patient, il oppose deux positions : celle plus fataliste, plus impressionnable et plus manipulable (contrôle externe) et celle plus interventionniste, plus combative, mais aussi plus exigeante (contrôle interne). Le lieu de contrôle correspond à la tendance relativement stable, chez un individu, à attribuer la responsabilité de ses succès ou de ses échecs, à des facteurs internes, sous l'influence de sa propre volonté, ou à des facteurs externes tels que le hasard, la chance ou l'influence d'autres personnes ou de groupes sociaux plus puissants.

Cependant, la question d'ordre pratique « aider à penser ou aider à faire face ? » renvoie le psychiatre de liaison à une réflexion plus théorique. Il a en effet à se positionner entre deux modèles explicatifs et schématiques de la somatisation.

Redevable au modèle psychanalytique, le modèle psychodynamique, avec le concept de « pensée opératoire », s'attache à mettre en sens l'expérience de la maladie et,

au travers d'elle, le déroulement d'une vie marquée par des épreuves répétitives. Le but est d'aider à penser, avec le risque de surestimer la causalité psychique.

Le modèle psychophysiologique, redevable aux approches cognitivo-comportementales, avec la notion de « stress », vise à rendre tolérable l'expérience de la maladie, à renforcer les capacités d'ajustement au stress, pour mieux composer avec la situation vécue. Ce but d'aider à faire face expose au risque de surestimation de la réalité extérieure.

L'adoption d'une position intermédiaire paraît plus équitable et plus mobilisatrice pour un travail psychothérapique, venant constituer un espace intermédiaire, « aire d'illusion », véritable aire transitionnelle au sens « winnicottien » du terme. Les deux modèles correspondent à deux exigences complémentaires de la psychiatrie de liaison, pas forcément simultanées, mais pouvant se renforcer à tour de rôle.

Aider à penser et aider à faire face s'appliquent au patient, mais aussi à son entourage familial et aux équipes soignantes.

1.4.4. Nosographie

Zumbrunnen (62) rappelle que le diagnostic en psychiatrie est caractérisé par la subjectivité et la complexité et qu'il se réfère à une variété de courants théoriques.

Les limites du DSM (diagnostic and statistical manual of mental disorders) (2), dans le cadre de la psychiatrie de liaison, sont :

- l'adjonction d'un diagnostic « fonctionnel » ou dynamique, faisant appel à un cadre de référence laissé au choix du clinicien. Or, la psychiatrie de liaison fait appel à plusieurs modèles théoriques, et à plusieurs modalités thérapeutiques, aboutissant régulièrement à un traitement multimodal,
- l'absence de toute référence au comportement suicidaire dans la classification,
- la complexité et la lourdeur à l'emploi, en particulier pour le médecin non-psychiatre.

De même que pour la psychiatrie dans son ensemble, qui cherche à retrouver un champ, une identité, un domaine de compétence bien balisé et un langage commun, le DSM apporte des éléments pour le développement de la psychiatrie de liaison. Il témoigne des progrès faits dans la définition et la description des troubles psychiques (les traitements se basant sur des études comparatives) et favorise la rigueur. Il détient une capacité à améliorer la communication au sein de la psychiatrie, par la relance et la facilitation des échanges et des comparaisons. Il constitue un bon outil de communication aussi entre psychiatres et médecins non-psychiatres, par exemple par une définition plus précise des troubles. Il facilite l'enseignement de la psychiatrie aux médecins non-psychiatres et aux étudiants en médecine. Il permet d'améliorer la communication avec des instances non médicales (juge, assurance, politique de soins).

Le DSM ne constitue qu'une étape vers l'affinement d'outils diagnostiques plus performants, nécessaires à la mise sur pied de traitements mieux validés. En conclusion, malgré ses limites, le DSM représente un instrument clinique et de communication indispensable pour un ouvrage qui souhaite mettre les connaissances de la psychiatrie à la disposition des médecins non-psychiatres.

1.5. Fonctionnement de la psychiatrie de liaison

1.5.1. Organisation interne de la psychiatrie de liaison

Les modèles d'organisation sont variés et dépendent de nombreux facteurs, entre autres, les conditions historiques et géographiques locales, la taille des hôpitaux et des services, le caractère universitaire ou non, le personnel de santé mentale disponible, les liens personnels entre chefs de services psychiatriques et somatiques...

1.5.1.1. Structure et cadre

Comme le rappelle Consoli (13), le concept de « psychiatrie à l'hôpital général » paraît trop réducteur ; il ne s'agit pas d'un service de psychiatrie à l'hôpital général, ni de l'existence d'un dispositif psychiatrique aux Urgences.

Pour Lipowski (41), un service de psychiatrie de liaison doit constituer une unité administrative, composante intégrée et indispensable de chaque département psychiatrique d'un hôpital général ou d'une structure de soins. Seul un service établi solidement peut fonctionner efficacement, maintenir le lien avec les autres services et respecter ses engagements cliniques, d'enseignement et de recherche.

La première tâche du psychiatre de liaison est de fonder un cadre pour le déploiement de la pratique. Ce cadre devra être fiable et définir une direction de travail et des objectifs : la mise en acte cohérente du travail de liaison dans toute sa dimension, l'obtention d'une reconnaissance et d'une prise en compte de la discipline par les services somatiques et par l'administration hospitalière, la lutte contre l'isolement des psychiatres, qui intervenaient en urgence et ponctuellement, et l'adaptation à l'évolution des hôpitaux, à l'extension des demandes et à la sophistication des techniques de soins.

Guyotat préconise que la structure de soins de psychiatrie de liaison comporte un petit nombre de lits d'hospitalisation de courte durée ou de crise, et qu'elle soit munie d'un personnel infirmier orienté en psychiatrie, permettant le passage de l'optique psychiatrique vers le personnel infirmier des autres services non psychiatriques (28).

Quel que soit son mode d'organisation, le dispositif de consultation devra, selon Ferreri (20), répondre aux critères de célérité (demande satisfaite dans les plus brefs délais s'il s'agit d'une urgence, dans la journée dans les autres cas), de disponibilité (24 heures sur 24 à la demande, relais assuré par le psychiatre de garde), de rapidité (réponse possible à la demande pressante), d'efficacité (réponse par une solution pratique, une « conduite à tenir ») et de souplesse (déplacement d'un consultant préférentiel selon le lieu). Le dispositif doit faire preuve d'adaptation à des situations variées tant en espèce qu'en nombre.

Consoli décrit plusieurs types de structures administratives qui assurent le fonctionnement de la psychiatrie de liaison (13) :

- La formule des psychiatres « attachés » (vacataires) rend compte de leur inclusion et de leur intégration dans une équipe, tout en fonctionnant de façon isolée. Elle comporte le risque d'un défaut de distanciation par rapport à la pensée du service médico-chirurgical. Cette formule s'inscrit plutôt dans un projet de service, dont l'initiateur est le chef de service.
- La formule des psychiatres « détachés » (d'une équipe de secteur psychiatrique ou d'un service de psychiatrie de l'hôpital) s'inscrit dans un projet global d'établissement (mesures et organisation plus larges, par exemple dans le cadre

d'un Schéma d'Organisation Régional de la Santé). Le fonctionnement de la psychiatrie de liaison peut être pris en charge par le secteur et/ou un service non sectorisé de psychiatrie (universitaire ou non).

- Il existe aussi des formules « mixtes ».

Ainsi, l'exercice de la psychiatrie de liaison varie selon l'éventail des expériences locales et des structures administratives lui servant de support. Tous les intermédiaires existent entre des modèles « éclatés », constitués de vacations de psychiatres et de psychologues rattachés à des services de médecine, et des modèles « centralisés », dans lesquels un service, un département ou une unité de psychiatrie de liaison regroupe l'ensemble des moyens d'intervention psychiatrique et psychologique d'un hôpital général. Ces dernières structures peuvent disposer d'hospitalisation psychiatrique « classique » ou proposer une activité uniquement consultative.

1.5.1.2. Equipe

La notion d'équipe est primordiale. Travailler en équipe est une nécessité, afin de ne pas être isolé et d'assurer une efficacité optimale, tant relationnelle que financière, une permanence et une continuité de l'activité.

Pour Lipowski (41), ni l'intérêt ni la compétence pour ce travail de psychiatrie de liaison ne peuvent être décrétés. Cette pratique a toujours compté sur un noyau d'individus ayant choisi librement ce mode d'activité et qui sera amené à croître en réponse aux demandes de changement dans le système de soins. Un service de psychiatrie de liaison devrait, selon Lipowski en 1974, être pourvu de psychiatres à temps plein et de psychiatres à temps partiel, d'infirmières de liaison, de travailleurs sociaux et de psychologues. D'autres auteurs y ajoutent un secrétariat spécifique. Formant un noyau opérationnel, ils devraient pouvoir demander à des collègues volontaires de contribuer au travail clinique et à l'enseignement. Le nombre de personnes, constituant l'équipe, dépend de la taille de l'hôpital et de la disponibilité de l'équipe et des moyens. Concernant la personne responsable, Lipowski préconise un psychiatre senior, expérimenté dans cette pratique, capable de coordonner les activités du service et de négocier avec les somaticiens sur un pied d'égalité, par un partenariat souple et ouvert avec l'ensemble de l'hôpital. Le consultant a besoin d'une certaine sécurité économique, de soutien de la part de ses collègues, de temps pour une formation continue et d'intérêt dans son travail. Le lien doit être conservé avec son service de psychiatrie, où il peut apporter son expertise de spécialiste et son point de vue psychosomatique. Sa satisfaction professionnelle découle du constat d'efficacité de son travail et du challenge intellectuel fourni par les problèmes cliniques toujours nouveaux et souvent fortement complexes.

La constitution d'une équipe non entièrement médicale est fondamentale. Un travail théorico-pratique spécifique de liaison, favorisant l'échange et la réflexion à partir de la clinique quotidienne, nécessite un bipôle psychiatres – psychologues, en tridisciplinarité avec des infirmiers si possible.

Grâce à une coordination attentive, une répartition bien définie des rôles, la collaboration psychiatre – psychologue offre une bonne complémentarité, voire un véritable travail en binôme, au sein duquel les savoirs et les compétences de chacun sont reconnus. Bretenoux (8) précise qu'en France, contrairement à la situation en Allemagne, en Italie ou en Suisse, les médecins n'ont fait qu'exceptionnellement des études de psychologie ou de psychothérapie. De par leur statut de non-médecin, les psychologues présentent l'avantage de pouvoir être mieux acceptés par les patients

et d'aborder différemment les équipes médicales. Ainsi leur éclairage non médical, joint aux stratégies de la médecine, permet d'envisager l'homme un peu plus dans sa globalité.

Par la spécificité des soins infirmiers prodigués à des patients d'un autre service et par un soutien apporté à une autre équipe, les infirmiers psychiatriques complètent l'action du psychiatre et l'action du service social. Ils permettent une meilleure communication, avec une prise de conscience des besoins émotionnels des patients par les somaticiens, ainsi qu'une sensibilisation des consultants aux facteurs de stress et aux demandes d'une unité de soins organiques (résultats d'une expérience au Massachusetts General Hospital).

1.5.1.3. Moyens

Lipowski (41) note en 1974 que relativement peu de psychiatres restent dans le travail de liaison plus de quelques années. Certains des motifs de cette mobilité regrettable seraient d'ordre financier. A l'époque, aucun psychiatre ne pouvait s'assurer un revenu suffisant par la seule activité de psychiatrie de liaison, hautement consommatrice de temps et rémunérée selon les barèmes d'une consultation, sans prise en compte du temps passé pour la liaison. Lipowski propose que le salaire corresponde à un certain temps de travail. Il précise qu'un service de liaison fonctionnant correctement ne peut s'autofinancer sur la base des temps de consultation. Le financement doit provenir du département de psychiatrie, des départements qui utilisent eux-mêmes la psychiatrie de liaison et des « plans d'assurance ».

Plus récemment, Huyse (31) (Amsterdam) pose la question de la prise en charge financière des comorbidités organiques / psychiatriques. Il dénonce le mode de financement mixte basé sur des regroupements diagnostiques, où les diagnostics psychiatriques primaires et les comorbidités sont limités aux abus de substances, aux troubles mentaux organiques ou psychotiques, et où seulement un nombre limité de diagnostics physiques est autorisé avec la comorbidité psychiatrique. Pour lui, ceci reflète les failles de la psychiatrie de liaison. Des organisations spécifiques ont été mises en place pour rechercher des solutions à ce problème.

1.5.2. Collaboration avec les somaticiens

1.5.2.1. Modalités de collaboration entre psychiatre de liaison et somaticien

Celles-ci dépendent de l'objet et du but de l'intervention psychiatrique, de la relation entre le somaticien, le psychiatre et le patient, et de la responsabilité thérapeutique. Zumbrennen distingue ainsi plusieurs types d'intervention (62) :

- la consultation psychiatrique au sens médical habituel. Le psychiatre donne un avis spécialisé à visée diagnostique ou thérapeutique, et n'est tenu responsable que de la qualité de son avis.
- la « consultation à trois ». Le somaticien y est davantage impliqué.
- la supervision. Elle consiste, pour le psychiatre ou le psychologue, à formuler un avis diagnostique ou thérapeutique sans rencontrer le patient.
- la co-thérapie. Il s'agit de consultations multidisciplinaires consécutives ou conjointes somaticien-psychiatre, au cours desquelles chacun se partage la responsabilité thérapeutique, dans son domaine respectif. Hospitalières ou

ambulatoires, elles regroupent deux ou plusieurs disciplines autour d'un problème clinique. Rares et chronophages, elles ne sont destinées qu'à une minorité de patients, mais apportent une valeur pédagogique réciproque pour chaque intervenant. Préservant les unités de temps, de lieu et d'action, elles présentent l'intérêt d'une « double écoute », en particulier pour les cas cliniques complexes, permettant d'éviter les pièges des relations médecin-malade exclusives.

- la « liaison » au sens étroit. Sans responsabilité thérapeutique, ce type d'intervention auprès du somaticien ou des autres soignants concerne davantage l'enseignement ou la sensibilisation que les soins. Elle résulte d'une collaboration régulière, instituée auprès de certains services, particulièrement demandeurs et réceptifs en matière de psychiatrie et de psychologie médicale.
- les formes mixtes ou originales de collaboration. Par exemple, le psychiatre ou psychologue peut conduire une table ronde, réunissant dans une visée pédagogique et thérapeutique les patients et les soignants d'une unité de soins.

Plus globalement, les champs d'intervention en psychiatrie de liaison peuvent être circonscrits, en suivant Consoli, de deux façons, soit selon des fonctionnements clivés, soit selon une démarche intégrative (13).

Des fonctionnements clivés peuvent être la résultante d'une pratique psychiatrique traditionnelle, consistant à permettre de mieux détecter et de mieux prendre en compte les troubles anxieux et les troubles dépressifs au sein de la population hospitalisée. Ces risques se situent à l'antithèse de l'objectif de la liaison.

A l'inverse, le fonctionnement peut s'effectuer dans un esprit de psychologie médicale ou dans une volonté d'appréhension « psychosomatique », défendant une approche intégrée, bio-psycho-sociale, de l'individu ou procédant à l'exploration méthodique propre à la psychologie de la santé. La prise en compte de la santé mentale et de la psychologie du patient devient partie intégrante du projet de soins médical. Dans ce cadre, une sincère collaboration entre somaticien et psychiatre est fortement recommandée, et Lipowski (41) préconise que le consultant développe un intérêt spécial et un lien avec un service particulier. Une liaison étroite facilite en effet la continuité du service, le développement de bonnes relations avec l'équipe, la connaissance des caractéristiques des problèmes psychosociaux d'une spécialité donnée et une collaboration dans la recherche. De nombreuses spécialités sont classiquement sensibles au travail de la liaison : la médecine interne, la chirurgie, la pédiatrie, la neurologie et la neurochirurgie, les unités de soins intensifs, l'oncologie, les unités d'hémodialyse, les services d'urgence, les unités de patients ambulatoires et la rééducation.

Les problématiques et les difficultés de la pratique psychopathologique à l'hôpital général, bien que nombreuses, sont souvent stimulantes. Les relations avec les somaticiens peuvent être frustrantes, parfois empreintes d'indifférence, d'ambivalence ou d'hostilité. Ce travail de liaison étroite peut prendre des années avant que le consultant soit accepté et puisse fonctionner efficacement. Le résultat dépend beaucoup de sa propre attitude et de sa capacité à démontrer son utilité.

Les modalités de liaison se développent dans une dynamique de compréhension des langages et de réalités cliniques, avec une prise en compte de la dimension temporelle. Des cycles semblent se répéter de façon périodique, tous les 6 ans environ. Ces cycles correspondent à l'organisation respective des services, au renouvellement des personnels, à l'évolution des mentalités, du niveau de formation, de culture et d'expérience des membres du groupe. De Boucaud distingue quelques phases contribuant à l'élaboration de la dynamique de liaison entre l'activité des psychiatres et psychologues et le fonctionnement des services (28) :

- 1- Phase d'association : prise de connaissance entre les personnes, reconnaissance des disciplines de chacun, perception générale du domaine de l'autre, mais aussi théâtre de nombreuses réticences provenant des deux côtés,
- 2- Phase d'explication : mise en place des méthodes de travail, explication des langages de chacun, besoin d'échange, réunions de synthèse avec aspect didactique,
- 3- Phase de communication convergente : meilleure connaissance mutuelle, expérience commune des difficultés abordées ensemble,
- 4- Phase d'intégration : développement de l'implication et de l'interprétation, meilleure compréhension du langage de l'autre, histoire commune, nécessité d'un minimum de stabilité des personnels, notion de prise en charge complémentaire et holistique, prise en charge conjointe sur une longue durée,
- 5- Phase d'intériorisation : chaque groupe vit sur son histoire et sur son réseau relationnel personnel bien constitué, avec une compréhension du malade à partir de l'ensemble. Mais cette intériorisation n'est pas toujours globalisante ; peut y intervenir un phénomène de sélection de la part des somaticiens, avec des risques de minimisation, de fragmentation, d'atténuation voire d'élimination des dimensions psychiques des troubles de la personnalité. Dépendant de la mobilité des personnels et de la banalisation des pratiques, cette dynamique d'intériorisation peut engendrer des aspects créatifs, permettant l'autonomie des soignants devant la pathologie psychiatrique et la psychopathologie.

L'augmentation du nombre de demandes de consultation constitue, dans une phase initiale d'implantation, un indice de l'acceptation et de l'utilité perçue du service de liaison.

Consoli (11) insiste sur le fait que la psychiatrie de liaison doit savoir « se vendre ». Devant quotidiennement refaire la preuve de son utilité, l'intervenant en psychiatrie de liaison doit savoir se faire apprécier sans se rendre indispensable, en offrant une compétence rigoureuse et spécifique, et en valorisant les compétences psychologiques déjà existantes chez les professionnels des services de médecine. Consoli pose la question : « Dans l'idéal, le but ultime ne serait-il pas de s'effacer voire de disparaître en tant qu'organisation spécifique ? ».

1.5.2.2. La demande et les problèmes soumis à la psychiatrie de liaison

Comme le rappelle Consoli (11), la phase de la demande de consultation représente une phase clé du processus.

Résultante d'une multitude de facteurs facilitants et de facteurs entravants, elle est l'héritière des expériences antérieures et connaît des changements, à la faveur de chaque nouvelle « transaction ». Parmi les facteurs facilitateurs, Consoli liste la conviction personnelle de certains médecins de l'intérêt d'une approche psychosociale, la bonne circulation de l'information au sein de l'équipe soignante, la surcharge de travail d'une équipe, la qualité des expériences antérieures de liaison psychiatrique, la disponibilité et la rapidité d'intervention de l'équipe de liaison, la personnalisation des liens avec un « psy » consultant, le caractère bruyant des symptômes, la notion d'antécédents psychiatriques ou de traitement psychotrope. Il relève, comme facteurs limitants, l'habitude de collaboration avec un intervenant extérieur à l'hôpital, l'acquisition par l'équipe d'une compétence psychologique et relationnelle pour une prise en charge globale, l'approche technique privilégiée, le vécu du recours au « psy » comme un aveu d'échec médical ou d'incompétence partielle, l'identification des soignants au patient souffrant et la banalisation des

troubles, un dysfonctionnement institutionnel et une absence de partage en équipe des informations directes ou indirectes, un manque de pragmatisme ou de clarté dans les propos ou comptes-rendus des « psy », l'émission de réserves ou de critiques, lors d'une intervention antérieure, par un « psy » de liaison, quant à la pertinence d'une demande de consultation.

Pour être utile, le psychiatre doit apporter une réponse appropriée à la question posée, question définie le plus précisément possible. Zumbrunnen (62) recommande, afin de déterminer la spécificité de l'intervention psychiatrique, de distinguer le type et la « qualité » de la demande, ainsi que le type de problème clinique soumis.

Les types de demandes les plus fréquents sont de plusieurs ordres : collaborer au diagnostic, collaborer au traitement, organiser la sortie et le suivi thérapeutique, transférer le patient en milieu psychiatrique. Un défaut de clarification de la demande peut refléter un problème au sein de l'équipe soignante, un conflit larvé entre certains soignants ou révéler des troubles du comportement d'un patient sensible.

Une demande peut traduire, souvent implicitement (47) :

- un appel à l'aide thérapeutique, pour ces malades, face auxquels les médecins se sentent démunis, impuissants en dépit de tout leur savoir médical,
- une demande de savoir, d'objectivation dans une perspective médicale des causes dites psychiques de la maladie et d'apport de remède le plus efficace possible,
- une étude de la relation médecin-malade, la recherche de cette technique « d'acquisition d'un savoir-faire »,
- une démarche, parallèlement à la prise en charge médicale, de l'ordre d'un questionnement des malades sur leur souffrance, leurs symptômes et la façon dont leur maladie peut s'inscrire dans leur histoire personnelle.

Gunn-Secheyay décrit en 1973, huit degrés dans la « qualité » de la demande du somaticien, de la plus frustrante à la plus gratifiante pour le consultant : la demande-rejet, la demande de type mise à l'épreuve, la demande déontologique, la demande perfectionniste, la demande de réassurance, la demande en désespoir de cause, la demande didactique et la demande « idéale » (62). La qualité de la collaboration entre somaticien et psychiatre est aussi influencée par la voie d'acheminement de la demande de consultation. Ce peut être un contact personnel direct, meilleure garantie d'un bon ajustement entre la demande et la réponse du consultant, un contact téléphonique ou une demande formulée par écrit ou par téléphone à la réception du service de liaison. Il est préférable de compléter ces deux dernières voies par un contact direct. Lipowski (41) propose un guide pour la prise de renseignements par la secrétaire de liaison : provenance de la demande – identification complète du patient – motif de l'hospitalisation avec diagnostic médical – motif de la demande de consultation psychiatrique – degré d'urgence.

Les appels formulés auprès de la psychiatrie de liaison concernent schématiquement trois types de populations :

- des patients des urgences médico-chirurgicales présentant une pathologie mixte. Grivois (1986) classe dans les urgences médico-psychiatriques : les tentatives de suicide graves, les ivresses pathologiques et manifestations aiguës d'éthylisme chronique, l'agitation / angoisse / confusion au cours d'une affection organique, les soins médicaux et chirurgicaux aux malades psychiatriques, et les toxicomanies sévères et les accidents du surdosage.
- des malades psychiatriques (tableau clinique d'intensité en général modérée) hospitalisés dans les services de médecine.

- des patients hospitalisés, travail le plus spécifique. Les motifs d'appel sont innombrables ; des listes ont été établies, comme l'inventaire du Mont Sinai Hospital, qui utilise trente-cinq qualificatifs.

Très variés, les problèmes cliniques soumis au psychiatre sont très semblables dans la plupart des pays (France, Suisse, Italie, Pays-Bas, Etats-Unis) : dépression, anxiété, confusion, idées délirantes et hallucinations, troubles fonctionnels, comportement suicidaire, abus de toxiques, troubles du comportement. Il s'agit de problèmes concernant le domaine de la psychiatrie générale ou situés aux confins de la psychiatrie et de la médecine somatique ou encore situés aux confins du champ médical et de domaines non médicaux (problèmes sociaux, éthiques ou légaux).

De Boucaud définit des champs d'articulation au niveau de la liaison ainsi que des champs de distanciation rendant difficile l'articulation entre psychiatrie et dynamique des services (28). Les champs d'articulation comprennent les difficultés d'évolution de la maladie et de prise en charge thérapeutique (troubles des conduites plus ou moins évidents), les difficultés d'observance thérapeutique (troubles profonds de la personnalité, syndromes névrotiques), les manifestations psychophysiologiques (pathologie des émotions), les difficultés relationnelles avec les familles. Les champs de distanciation sont représentés principalement par la conception du temps et de la durée du séjour en milieu hospitalier, et la compréhension des troubles dysthymiques.

Les modalités des demandes évoluent selon le niveau des intérêts, selon les capacités d'intégration des personnels. Les motifs peuvent être classés en trois groupes en fonction du degré de cette évolution (28) :

- 1- Alcoolisme, troubles psychiatriques sévères et manifestes, troubles des conduites et des comportements,
- 2- Syndromes dépressifs, problèmes existentiels, maladies psychosomatiques, enfants et adolescents, problèmes sociaux, confins neuropsychiatriques, syndromes confusionnels, troubles psychiques de la pathologie vasculaire cérébrale,
- 3- Dépressions masquées, oncologie, difficultés relationnelles avec les familles, problèmes d'observance thérapeutique en rapport avec des troubles de la personnalité.

1.5.3. Articulation avec les autres structures de psychiatrie

A l'hôpital général, la psychiatrie de liaison se définit comme un sous-ensemble de la psychiatrie et est souvent rattachée à un service de psychiatrie. En 2000, 30% des secteurs sont implantés au sein de l'hôpital général et les services d'urgence disposent souvent d'un psychiatre sur place (8).

1.5.3.1. Articulation avec le service d'urgences

Zumbrunnen (62) trouve évidente l'unité structurale entre la psychiatrie du service d'urgences et la psychiatrie de liaison. Elle permet un meilleur suivi des patients entre le service d'admission et les étages, une disponibilité de psychiatres sur place, familiarisés avec les problèmes d'un service d'urgences somatiques, un meilleur « triage » des patients se présentant au service d'urgences avec une pathologie mixte. L'hôpital général reste le principal réceptacle des urgences psychosociales d'une ville ou d'une région. Selon les situations, plusieurs schémas d'implantation peuvent être envisagés : un simple renforcement de la présence psychiatrique dans

les services d'urgence générale, la création de lits psychiatriques au sein d'un service porte de médecine ou la création d'une structure d'accueil des urgences psychiatriques, autonome mais en étroite relation avec les urgences générales.

Concernant le statut et la fonction du psychiatre au service d'urgences, il existe à peu près autant de modèles d'organisation ou de fonctionnement de la psychiatrie en service d'urgences que de services. Les interventions du psychiatre aux urgences comportent quatre aspects : l'évaluation, le traitement, l'orientation et le suivi. Les avantages de cette présence sont nombreux :

- pour la population générale, l'occasion de faire connaissance avec l'aide psychologique ou psychiatrique, la prise en compte globale du problème du patient, la démythification du psychiatre et une meilleure connaissance de ses possibilités thérapeutiques et de ses limites,
- pour le personnel infirmier, une familiarisation et une association avec la démarche psychiatrique,
- pour les psychiatres en formation, l'accumulation d'une expérience clinique considérable, un contact et une familiarisation avec le fonctionnement de tous les dispositifs de santé.

1.5.3.2. Articulation avec le secteur

Quelle que soit la « formule » d'organisation choisie, une mission de psychiatrie de liaison de qualité requiert une synergie parfaite entre la culture de secteur et la culture de l'hôpital général. Il s'agit d'un travail permanent d'articulation, dans un esprit de réseau et de multidisciplinarité, cherchant à apporter un regard global. La psychiatrie de liaison ne doit pas être conçue comme une alternative aux interventions classiques du secteur psychiatrique, mais doit se positionner en complémentarité et présenter une ouverture aussi bien vis-à-vis des autres disciplines médicales que des patients « naïfs » de la psychiatrie (48). Le projet de circulaire DH/EO4/DGS/SP3/98 relative à l'évolution du dispositif de soins en psychiatrie fait de la psychiatrie de liaison une des priorités de l'évolution du dispositif sectoriel et, de la promotion de l'intersectorialité, « un principe à mettre en œuvre lorsque l'expression de la demande transcende les limites des secteurs ».

La pratique de la psychiatrie de liaison diffère de celle de la psychiatrie de secteur. Bien qu'il existe des zones de recouvrement, la psychiatrie de liaison s'adresse souvent à une population différente (fréquence des troubles de l'adaptation) et se déroule dans un contexte de temps souvent limité (rencontre ponctuelle ou ensemble de rencontres limitées au temps de l'hospitalisation). Le travail du psychiatre de liaison nécessite beaucoup de temps pour instaurer une relation de collaboration avec les services somatiques, ainsi qu'une adaptation de son orientation technique aux pratiques institutionnelles des somaticiens.

Certains auteurs, comme Guyotat, préconisent de considérer l'hôpital général comme un secteur démographique (et non secteur géographique), pour une meilleure approche épidémiologique (28).

1.6. Rôles du psychiatre de liaison

1.6.1. Principes

Du fait de leur grande variabilité et de leur multiplicité, les pratiques de la psychiatrie de liaison sont difficiles à systématiser.

Lipowski (1967) : « Décrire ce que voient les psychiatres consultants et ce pour quoi ils sont appelés n'aurait qu'un intérêt limité. Plus importantes sont les diverses manifestations des attitudes et de l'expérience humaine observées en milieu médical, manifestations habituellement ignorées par l'observateur non-psychiatre et pourtant dignes d'intérêt pour la prise en charge médicale dans sa globalité et pour l'étude du comportement humain » (28). L'expérience du psychiatre de liaison est donc riche et son activité comporte diverses facettes (position d'observateur et d'intervenant).

Pour Lipowski en 1969, le psychiatre consultant n'est accepté à l'hôpital général que s'il réussit à faire la preuve de son utilité, pour les trois parties à la fois, le patient, la société et les soignants (62). Dans cet esprit, Kipman (36) définit plusieurs critères. Mobile et ubiquitaire, la psychiatrie de liaison est une psychiatrie de consultation et d'expertise, avant d'être une psychiatrie de soins. Psychiatrie de suivi, elle tente d'amorcer une prise en charge des problèmes et des dysfonctionnements psychiques. Le tempo des interventions est caractérisé par des changements de rythme et une certaine « discontinuité » thérapeutique. La psychiatrie de liaison utilise une référence « relationnelle » (transfert des patients, contre-transfert des soignants) ; la connaissance des mouvements inconscients est le gage et le support principal de son utilité et de son efficacité.

Le psychiatre a la place que l'on veut bien lui donner au début (rôles médicaux, psychologiques, institutionnels et sociologiques, éthiques), mais surtout celle qu'il saura prendre par la suite. Son rôle dépend aussi de la définition de chacun, de l'histoire de l'implantation locale de la psychiatrie de liaison, ainsi que des attentes et des conceptions des partenaires impliqués. Cependant, il repose sur trois axes principaux : fonder un cadre pour le déploiement de la pratique, diagnostiquer les troubles psychiques dans leur aspect de liaison aux troubles organiques et inscrire les stratégies de soins dans une prise en charge thérapeutique globale et partenariale.

1.6.2. Missions

Consolide l'extrême diversité des interventions de psychiatrie de liaison, du rôle le plus circonscrit ou le plus classique dévolu au psychiatre consultant, aux rôles plus complexes (11) :

- à caractère diagnostique : diagnostic psychiatrique, différentiel, psychosyndrome organique, détérioration intellectuelle...
- à caractère thérapeutique : indication de psychotropes, de psychothérapie ou autres techniques thérapeutiques spécifiques, médiation entre l'équipe médico-chirurgicale et les structures psychiatriques pour un patient aux antécédents psychiatriques, groupes de parole de patients...
- à caractère pragmatique : orientation d'un patient en psychiatrie, mesure de protection des biens, organisation de l'admission et suivi d'un patient présentant un état dépressif ou une dépendance aux toxiques...
- à vocation multidisciplinaire : observance et compliance, consultations conjointes, « accompagnement » d'un patient présentant des troubles de l'adaptation, préparation à une chirurgie ou bilan psychologique préopératoire, prise en charge « globale » selon une démarche « psychosomatique », staff médical...
- à caractère pédagogique : conseil et soutien psychologique de l'entourage, conseils à l'équipe soignante, groupes de parole de soignants, réflexion sur des actions éducatives ou de prévention, exposé synthétique sur un thème dans une visée didactique...

- à caractère scientifique : séance bibliographique d'un service M.C.O., travail de recherche, publication ou communication scientifiques communes avec des somaticiens...

1.6.2.1. Clinique

Strain (1988) différencie le système des appels isolés et les consultations de liaison (28) :

Consultation	Liaison
Aider à la compréhension psychopathologique d'un patient particulier	Aider l'équipe médicale à détecter, diagnostiquer, traiter et prévenir
Appel pour un problème précis	Travail régulier avec l'équipe médicale
Réponse à un médecin	Réponse à une équipe
Appel pour crises aiguës	Collaboration régulière pour des aspects psychologiques variés
Réponse à une situation individuelle	Rôle institutionnel
Prévention secondaire	Prévention primaire (identification des patients à risque) et secondaire

Cependant, consultation et liaison sont mutuellement complémentaires. Une consultation devrait prendre en compte trois protagonistes à la fois : le patient, le demandeur et l'équipe soignante. Elle serait plus efficace si le consultant a des contacts personnels avec à la fois le patient et ses soignants. De plus, la rencontre et la connaissance de la famille du patient et de son entourage social est indispensable pour l'évaluation des conséquences psychosociales de sa maladie.

1.6.2.1.1. Consultation

Lipowski (41) définit la fonction de consultation, par le fait de porter, à la demande d'un autre professionnel de santé, un avis diagnostique spécialisé et des conseils sur la prise en charge, concernant l'état psychique et le comportement d'un patient. Cette fonction comprend l'évaluation diagnostique et la contribution à la prise en charge.

L'évaluation diagnostique doit déboucher, selon Besançon, sur un diagnostic synchronique existentiel (4). Un examen approfondi prend en compte de nombreux éléments (analyse des symptômes manifestés, troubles sous-jacents, structure de la personnalité, nature des conflits, élaboration des défenses, situation personnelle, familiale, professionnelle et sociale, informations recueillies par l'entretien avec la famille, l'entourage). Cet examen détermine les facteurs habituels d'équilibre structurel de la personnalité (expression potentielle d'un éventuel conflit ou d'une décompensation). Les troubles psychiques doivent être diagnostiqués dans leur aspect de liaison aux troubles organiques.

Pour être utile, la consultation doit aboutir à des recommandations pratiques, comme la suggestion d'explorations complémentaires, la proposition de conseils concrets sur l'approche psychologique du patient ou de sa famille, la recommandation de thérapies spécifiques ou de dispositions particulières. Pour Lipowski (41), le consultant doit assurer le suivi du patient pendant l'hospitalisation et après sa sortie, ainsi que mettre en place les procédures thérapeutiques lui-même. La consultation ne

doit pas être considérée comme un simple et bref entretien à visée diagnostique. La prise en charge thérapeutique peut faire appel aux chimiothérapies et aux psychothérapies, les thérapies brèves (individuelles, de groupe, de couple ou familiales) paraissant, pour de nombreux auteurs, particulièrement adaptées au cadre des services somatiques.

Adoptant ainsi une place de thérapeute, le consultant suit les principes suivants : une définition claire et précise des objectifs thérapeutiques, basés sur une évaluation globale, des choix thérapeutiques adaptés aux besoins individuels d'un patient et à ses capacités de coping, une flexibilité dans la conduite thérapeutique, une intervention active de thérapeute dans un but d'efficacité et de rapidité. Ces stratégies de soins doivent s'inscrire dans une prise en charge thérapeutique globale et partenariale. Besançon distingue trois types de démarches thérapeutiques (4) :

- 1^{er} cas : conclusion de normalité de l'examen actuel. Cela sous-entend que la poursuite de la démarche diagnostique et thérapeutique revient intégralement au somaticien.
- 2^{ème} cas : conclusion de l'existence d'un ensemble symptomatique suffisamment systématisé pour aboutir à un diagnostic utilisé en psychiatrie et relevant d'un traitement spécifique. La démarche thérapeutique appartient électivement au psychiatre.
- 3^{ème} cas : l'itinéraire thérapeutique sera commun au psychiatre et au somaticien.

La mission du consultant à l'égard du patient est lui permettre de faire des liens entre les événements de vie, la maladie organique et les difficultés de la réalité matérielle et biologique quotidienne, l'impact de l'atteinte corporelle sur l'humeur, la problématique aiguë de la perte (multidimensionnelle) et une personnalité de base souvent déjà en souffrance (51). Le psychiatre, étymologiquement qui soigne le psychisme, occupe une fonction d'accompagnement (assistance, surveillance, médiation) et se place dans la relation d'aide (régularité, disponibilité, écoute, présence, rappel indispensable aux limites, à la réalité, à la loi, dans un registre symbolique). Il s'agit de donner place au corps imaginaire du patient malade et dépressif, de réintroduire son corps subjectif dans son histoire présente, de l'aider à utiliser ses ressources et à développer ses compétences personnelles (58).

Envers l'équipe, le psychiatre doit apporter des conseils et des aides pratiques qui s'appliquent aux difficultés du patient (38). Il doit en permanence évaluer la compréhension et la tolérance des soignants à l'égard du patient.

1.6.2.1.2. Liaison

Pour Lipowski (41), la liaison consiste à mettre du lien entre les groupes dans le but d'une collaboration efficace, impliquant interprétation (des attitudes et comportements des patients et de leurs soignants, dans une tentative de maintenir la communication et la coopération et d'apaiser les conflits entre eux) et médiation (entre les patients et les membres de l'équipe, et entre les professionnels de santé mentale et les autres professionnels).

L'absence de confiance mutuelle et les incompréhensions entre patients et équipe interfèrent sur la qualité des soins et sur le fonctionnement d'une unité. Le psychiatre de liaison applique ses connaissances sur les motivations du comportement et ses compétences dans le recueil des informations pour identifier les sources de conflit, expliquer les attitudes contentieuses. Le but est d'aider à la restauration de la communication et de la coopération. Il doit ainsi développer une fonction de « porte-parole ». Face à l'« appauvrissement » de la relation médecin-malade, l'une des

tâches du psychiatre de liaison est de faire que la parole de chacun, soignant ou soigné, puisse circuler librement et être entendue. Pour être réhabilitée, cette parole, véritable acte de soin à part entière, a besoin d'être soutenue et confirmée dans sa valeur. Pour assurer cette fonction, le psychiatre doit pouvoir se dégager des incessants mouvements d'identification tantôt au patient, tantôt à l'équipe soignante. Il doit aussi trouver la bonne mesure, entre transmission et confidentialité, puisqu'il s'agit, en reprenant l'expression de Consoli, de « transmettre sans trahir ».

Dans le même temps, le psychiatre doit assumer un rôle essentiel de pédagogie et de réassurance.

Les équipes sont souvent demandeuses de consignes quant à l'attitude à adopter face au comportement d'un patient. Zumbrunnen repère quelques recommandations pouvant les aider à mieux faire face aux difficultés liées à leur travail : clarifier les objectifs du séjour (reformuler un objectif thérapeutique limité), placer les limites au comportement du patient (risque de clivage entre les soignants), responsabiliser le patient, accepter pour le soignant ses propres limites (éviter le « syndrome d'épuisement » ou « burn-out syndrome »), s'informer et se former (cours, colloques, groupes de type Balint) (63).

Cette fonction de transmission, de transfert de compétences à l'équipe médicale, assurée par la liaison, s'inscrit dans un travail de fond, une continuité, dans une visée à long terme, favorisant des attitudes de prévention. La liaison est finalement plus au service de l'équipe que du malade, avec l'ambition d'apporter des outils psychologiques, voire des outils plus pragmatiques comme des échelles d'évaluation. L'objectif est de rendre les équipes soignantes plus compétentes, les aider à mieux supporter la souffrance psychique, à mieux prévenir les troubles mentaux, ainsi à mieux prendre en charge le patient dans sa globalité.

Ces différentes fonctions permettent une médiation entre les somaticiens et les psychiatres, en aidant à maintenir un dialogue interprofessionnel et un travail de coopération. Consoli considère que la liaison consiste à tisser des liens intrasubjectifs (processus intrapsychiques chez le patient) et des liens intersubjectifs (communication entre partenaires) et à les articuler (plus les liens intersubjectifs sont forts, plus les liens intrasubjectifs sont favorisés). Les rôles du psychiatre de liaison se trouvent facilités par une bonne acceptation de sa place par l'équipe, par des contacts réguliers et par une bonne connaissance de celle-ci.

De plus, en veillant à ce que la souffrance psychique des malades et de leurs proches soit prise en considération, le psychiatre de liaison se place en acteur de santé publique.

Jouant un rôle d'intermédiaire indispensable dans ce rapprochement global, la psychiatrie de liaison a un impact mesurable sous forme de bénéfices pour les patients, les soignants et la société. Mais, comme le précise Zumbrunnen, rien n'est jamais définitivement acquis.

1.6.2.2. Enseignement – Formation

Lipowski décrit les modalités de la mission de formation et d'enseignement du psychiatre de liaison (41). Sans obligation sur un mode formel, ce rôle dans la formation psychiatrique s'adresse en premier lieu aux étudiants en médecine, mais aussi aux internes, médecins, infirmières, travailleurs sociaux, assistants et collaborateurs des médecins. La formation peut s'appliquer en des lieux multiples, au lit du patient, dans le cadre de conférences cliniques, de séminaires, de groupes de discussion informelle. Elle porte, en priorité, sur les connaissances fondamentales

comme les techniques d'entretien, l'approche pour un diagnostic et une prise en charge globaux, l'évaluation de la personnalité, l'utilisation des psychotropes et des thérapies brèves.

En France, la psychologie médicale, non assimilée à une spécialité supplémentaire, enseigne un mode d'approche de l'exercice médical, dans le sens d'une prise en charge globale du malade. Dans certaines facultés, la formation à la psychologie médicale peut se faire sous la forme d'enseignement optionnel pour les étudiants de Deuxième Cycle, de Diplômes Universitaires pour les étudiants de Troisième Cycle et de Formation Continue pour les praticiens. La Société de Psychologie Médicale et de Psychiatrie de Liaison de Langue Française contribue à favoriser cet enseignement, par des travaux, des colloques et autres manifestations.

Le psychiatre de liaison participe ainsi à la formation psychologique des étudiants en médecine. Celle-ci doit s'inscrire dans le cursus des études médicales, comme dans la formation de tout personnel soignant. Sanchez-Cardenas (42) précise que cette formation ne peut avoir une valeur que si elle est conjointement apportée par le psychiatre (mise en forme des connaissances et circulation du discours) et par le somaticien (homme de terrain). Son but est d'améliorer l'efficacité du médecin, tout en conservant son identité de somaticien. Les méthodes d'enseignement sont essentiellement informatives, sous forme de cours. Ferreri insiste sur la nécessité de compléter cet enseignement par un apprentissage pratique : activité effective au contact du personnel soignant (dès le début des études médicales), groupes de discussion de cas, groupes de sensibilisation psychologique, séminaires de formation psychologique inspirés des groupes Balint, institution d'un référent psychologique tout au long du cursus universitaire, jeu de rôle utilisé seul ou avec d'autres techniques (20).

Lipowski (41) recommande que les internes en psychiatrie exercent au moins trois mois à plein temps en psychiatrie de liaison au cours de leur deuxième ou troisième année de formation, afin de développer des compétences qui leur seront utiles dans leur pratique future. L'objectif est la vue globale du patient, par une prise en compte des facteurs psychodynamiques, somatiques, sociaux et économiques comme éléments d'une approche intégrée au diagnostic, au traitement et à la prévention de n'importe quelle maladie. Il s'agit aussi d'apprendre à communiquer clairement, à collaborer avec les autres professionnels de santé et à mettre en application les connaissances psychiatriques et les thérapies en un temps limité.

Concernant les soignants non psychiatriques, la formation en psychiatrie peut se traduire par des stages pratiques, par un enrichissement mutuel lors de situations cliniques, par une activité didactique sous forme d'enseignements divers ou via la formation continue.

Dans la formation des psychiatres, Zumbrunnen préconise l'apprentissage de l'approche bio-psycho-sociale, de la communication et de la collaboration avec les somaticiens, la formation aux interventions brèves (63). Ferreri insiste sur le fait que le psychiatre de liaison doit inclure dans sa formation une formation psychologique, en particulier analytique (20). Celle-ci sera à prolonger dans l'activité de psychiatrie de liaison, par une longue expérience institutionnelle.

1.6.2.3. Recherche

La recherche dans le domaine de la psychiatrie de liaison couvre un large champ d'investigation. Il peut s'agir de recherches proches de la clinique, par une collaboration somaticiens-psychiatres, nécessitant une question d'intérêt mutuel, un

langage commun et un cadre de travail conciliant les deux points de vue. La recherche constitue, selon de nombreux auteurs, le meilleur moyen pour stimuler la collaboration clinique, aux opportunités nombreuses, entre somaticiens et psychiatres. Lipowski (41) considère que la psychiatrie de liaison a mission de contribuer à la recherche en quantité et de façon variée, du fait de son accès privilégié à un matériel clinique vaste et à un laboratoire d'excellence. A l'interface des sciences médicales et comportementales, divers sujets méritent des investigations : la psychophysiologie clinique de tous les systèmes corporels, les attitudes face à la mort et à l'expérience de la maladie grave et létale, les antécédents psychosociaux de la survenue de la maladie, les réactions psychologiques et les mécanismes d'adaptation dans tous les types de maladies et de handicaps, les aspects psychiatriques des nouvelles technologies médicales, l'impact psychologique de l'hospitalisation, le processus de consultation et ses résultats.

Un des principaux axes de travail réside en l'adaptation des outils de recherche utilisés en psychiatrie générale, et surtout la création d'instruments spécifiques à la psychiatrie de liaison.

La recherche en psychiatrie de liaison s'organise sous des formes diverses : des sociétés nationales, des rencontres nationales et internationales, la publication de périodiques et revues, un groupe de travail permanent (ECLW, European Consultation-Liaison Workgroup, puis EACLPP, European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics).

1.6.3. Aptitudes personnelles

Zumbrunnen rappelle la description, faite par Lipowski (1969) et Gunn-Secheyay (1973), des aptitudes nécessaires pour exercer une activité de psychiatre consultant à l'hôpital général (62). Ils ont surtout souligné les qualités indispensables pour nouer et maintenir de bonnes relations avec les somaticiens : compétence en psychiatrie et identité clairement psychiatrique, bonnes connaissances en médecine somatique et respect pour le travail du somaticien, capacité à chercher le contact avec le somaticien, capacité à tolérer l'agressivité, tact et flexibilité, comportement dépourvu de suffisance, de prosélytisme ou d'excentricité dans l'apparence, disponibilité, précision et simplicité dans la communication. Il doit pouvoir prendre en compte toute demande, expression d'une souffrance (du patient, des soignants) ou aveu d'un embarras, d'une impuissance. L'aptitude du psychiatre de liaison à se montrer utile par la pertinence de ses conseils et de son aide pratique est bien entendue primordiale.

Zumbrunnen y ajoute le goût des interventions brèves, la capacité d'évaluer son action à l'aune de l'efficacité, l'attrait pour la pédagogie, ainsi qu'une certaine disposition à la « marginalité » (entre les somaticiens et les psychiatres). Consoli souligne aussi la capacité à faire preuve d'inventivité.

Consoli propose un code de bonne conduite, intitulé « les dix commandements du psychiatre de liaison » (11) :

- ne pas attendre passivement l'expression d'une « demande » d'aide ou de soutien psychologique de la part du patient,
- ne pas dissimuler ou déguiser auprès du patient la nature psychiatrique de la consultation, ni la spécialité médicale du médecin consultant, en adaptant le vocabulaire à chaque cas particulier,
- respecter la confidentialité des propos intimes et rassurer dans ce sens si besoin,

- éviter de confronter le patient à toute forme d'interprétation brutale concernant sa vie psychique ou à une mobilisation affective entraînant un afflux massif d'excitations,
- s'efforcer d'actualiser en permanence ses propres connaissances en psychiatrie et un niveau minimal de connaissances médicales et techniques (intrications médico-psychiatriques, contraintes des patients),
- avoir le souci de transmettre aux équipes soignantes les informations nécessaires pour une meilleure compréhension de la pathologie, de la souffrance morale, du contexte de vie et des conditions sociales du patient ; compléter les échanges oraux par un écrit dans le dossier (ne pas utiliser de termes à connotation péjorative, de descriptions à caractère purement anecdotique),
- être au service de l'entourage du patient et des soignants, sans adopter une position de défenseur ou de complice : promouvoir la mise en place d'une alliance entre le patient, son entourage et l'équipe soignante, autour d'un projet de soins,
- ne pas considérer les symptômes comme le résultat d'une défaillance ou comme un échec, mais prendre en compte leur finalité défensive ou adaptative (expression de potentialités pour faire face et témoin de ses efforts),
- ne pas se contenter d'une position d'observateur neutre (patient et soignants en attente d'une réponse pragmatique),
- ne jamais sous-estimer l'importance de l'investissement dont le psychiatre consultant peut être l'objet de la part du patient, même à l'occasion d'une rencontre unique ; savoir gérer les risques d'une dépendance relationnelle, en se situant comme l'un des éléments du réseau thérapeutique du patient (éviter les entretiens trop longs ou répétés, garder le contact avec un patient adressé à un psychiatre à sa sortie).

1.7. Limites et psychiatrie de liaison

1.7.1. Risques et psychiatrie de liaison

Constatant que, sans certaines précautions, la pratique de la psychiatrie de liaison peut se révéler dangereuse, Consoli décrit en 1985, les « liaisons dangereuses », valables pour chacun des membres de la liaison (10).

Les somaticiens peuvent se trouver déstabilisés, leur appel au « psy » témoignant d'une prise de conscience des limites du pouvoir médical face à la maladie ou à la mort, d'un aveu d'impuissance, d'une blessure narcissique. Cependant, cette brèche, s'ouvrant sur l'affectif ou le pulsionnel irrationnels, constitue une menace pour l'esprit critique du somaticien.

Quant au patient, la souffrance de penser peut être parfois plus éprouvante que la douleur physique ou le handicap entraîné par une maladie somatique. Etablir un lien entre une détresse organique et l'histoire des relations objectales, douloureuses ou décevantes, peut raviver des blessures psychiques mal cicatrisées et ébranler un équilibre affectif déjà précaire. La question de la raison et des objectifs du projet psychothérapeutique mérite d'être systématiquement posée.

Ces situations constituent souvent un défi pour le psychiatre. Son désir de comprendre ce qui échappe au discours médical peut se transformer en obligation, voire en une obsession, de tout comprendre et de mettre du sens là où il n'y en pas forcément. Cette illusion de clarté, gratifiante pour le narcissisme du « psy », n'est pas pour autant le reflet fidèle de la réalité du malade. Cette pratique exige donc une

rigueur, le recours à des formulations nuancées et prudentes, et l'acceptation de la persistance de zones d'ombre.

D'autre part, Zumbrunnen rappelle les frustrations inhérentes à la pratique de la psychiatrie de liaison (62) :

- une identité qui demande régulièrement à être reprécisée,
- une place et un rôle qui ne sont jamais définitivement acquis, mais constamment à consolider ou à reconquérir, en fonction des changements intervenant sans cesse dans une institution comme l'hôpital,
- la grande part d'activité qui n'est pas directement thérapeutique, mais diagnostique ou de « liaison », dans le sens d'une facilitation des relations soignants-soignés,
- l'insatisfaction qui peut naître d'interventions souvent ponctuelles et limitées, effectuées auprès de patients qui ont rarement élaboré une demande d'aide psychiatrique.

Afin de se préserver du « syndrome d'épuisement », le psychiatre doit chercher à diversifier son activité (psychothérapie externe, enseignement, recherche).

Certains auteurs décryptent dans certaines situations, des symptômes d'incompréhension entre somaticiens et psychiatres : la négation proprement dite de la psychiatrie, l'urgence (gestion des situations imprévues), les problèmes sociaux, l'avis psychiatrique comme partie d'un bilan général, la situation de psychiatre attaché au service. Ils recommandent alors au psychiatre d'user de prudence, de conviction et de favoriser la cohésion avec son institution psychiatrique d'origine. Les dangers sont représentés par l'assimilation des psychiatres (« collaborateurs dévoués » auxquels on nierait l'identité, déni d'une référence à l'altérité en médecine) et par le refus de tout dynamisme psychologique pour le malade, astreint à une normalité psychique.

Les plus pessimistes craignent que, désireux de se faire accepter, de se sentir reconnu, de plaire, le psychiatre de liaison ne devienne dépendant de ses collègues, voire soumis, qu'il perde ses valeurs, son identité et son âme. En face, les somaticiens s'écarteraient de toute implication psychologique avec leurs patients, puisque la relation médecin-malade défaillante serait comblée par le psychiatre. L'écueil d'une perte d'identité, pour la psychiatrie de liaison, peut être évité dans la dialectique de la liaison, par l'affirmation de la spécificité de l'équipe psychiatrique, dans une définition précise de sa compétence, ainsi que dans l'initiation et le maintien de relations avec les autres soignants (centrées sur l'élaboration, le développement et l'application de projets thérapeutiques communs), et par le fait de situer son identité dans la relation plutôt que dans l'action. Certains soutiennent qu'il s'agit de se maintenir en position d'équilibre sur le fil tendu entre une intégration au risque de la fusion et une extériorité narcissique ou de repli défensif. Cette position exige une attention soutenue tant vis-à-vis de la pratique de la liaison que de la demande des partenaires somaticiens.

1.7.2. Limites et place de la psychiatrie de liaison

Oscillant entre le statut de « 25^{ème} spécialité » et la tentation de remplacer la parole médicale afin de se substituer à des équipes somatiques devenues muettes, le cadre de l'activité de liaison doit être bien défini. Le psychiatre doit savoir où s'arrêtent ses limites, difficiles à trouver, à la fois sur le plan matériel et théorique. Il ne peut pas tout prendre en charge. Il doit savoir transférer un patient, rester vigilant, ne pas se laisser utiliser comme unique technicien des relations humaines et préserver ainsi la

dimension relationnelle que tous, chirurgiens et médecins, doivent assumer quelle que soit la pathologie de leurs patients. Malgré l'éclatement de cette quasi-discipline, la psychiatrie de liaison est centrée sur le rapport du malade à sa souffrance et doit se tenir dans cet intervalle entre savoir et vérité, pour faire face à la demande des patients. Le développement d'unités de psychiatrie de liaison, comme la pratique de la psychologie médicale, nécessite un encadrement éthique : une modération de l'intrusion, vis-à-vis de l'existence et de l'histoire singulière de l'existence des patients, une réflexion sur les idéologies (psychanalytiques, systémiques, cognitivistes, comportementales, biologiques) des psychiatres, une préservation de la confidentialité et un questionnement sur l' « instrumentalisation » du malade à travers un savoir qui circule sur lui (40).

L'état des lieux actuel en France montre une grande disparité des moyens, des organisations et de la visibilité des structures chargées de la psychiatrie de liaison, d'un établissement à l'autre.

Les risques en sont la redondance et l'absence de coordination entre les intervenants, une discontinuité concernant la présence concrète auprès des patients et des équipes, l'absence de stabilité des moyens ciblés sur la psychiatrie de liaison, l'absence de mobilité, au fil des ans, des intervenants au sein d'un même établissement. Ces risques constituent une entrave aux possibilités d'échange, de théorisation et de productions scientifiques communes. Consoli et Lacour déplorent l'absence actuelle de véritable politique générale concernant ce type d'activité (14). L'intérêt de la psychiatrie de liaison n'a pas fait l'objet de véritables études médico-économiques, qui mettraient dans la balance les bénéfices pour les patients et les soignants d'un côté, les coûts hospitaliers voire le coût global social correspondants de l'autre.

L'activité est encore trop souvent considérée comme accessoire ou d'intérêt mineur, par les administrations et les systèmes de financement de la recherche, position que partagent même certains psychiatres. Cependant, les difficultés rencontrées au sein de la psychiatrie contrastent avec l'encouragement émanant des médecins et chirurgiens, de plus en plus conscients des problèmes psychiatriques, et avec la position de certaines directives de soins insistant sur l'importance de l'accès aux soins psychologiques et aux services psychiatriques.

Ainsi, il existe une remise en question permanente du travail de psychiatrie de liaison. Le challenge consiste à rester des auxiliaires à penser (Consoli), des messagers de la réalité psychique du patient, des promoteurs de l'action de penser, et à convaincre nos interlocuteurs de la pertinence de notre mode d'approche. La collaboration s'avère enrichissante et fructueuse, quand chacun tient sa place dans une reconnaissance mutuelle au sein d'une pluridisciplinarité. Vernet : « Nous voulons donc bien être des alliés, mais des alliés indociles, afin de préserver notre identité, notre âme, et de ne pas devenir des « aliénés » » (59).

1.7.3. Evaluation de la psychiatrie de liaison

La psychiatrie de liaison a été reconnue dans de nombreux pays, comme un intérêt spécial ou une sous-spécialité de la psychiatrie, concernée par la prise en charge des patients admis à l'hôpital général et présentant des problèmes psychologiques. Malheureusement, des récents changements dans l'organisation des soins pourraient entraver le développement de cette activité. La réalisation de progrès substantiels dans ce domaine nécessite de résoudre un obstacle fondamental, la séparation entre

soins psychiatriques et soins somatiques. Pour certains auteurs (42), cette démarche consiste :

- à convaincre la profession psychiatrique que la psychiatrie de liaison est une sous-spécialité distincte,
- à la poursuite des efforts des psychiatres de liaison pour définir leur expertise spécifique et démontrer l'efficacité et l'acceptabilité de leurs services pour les collègues médecins et pour les patients,
- à persuader ceux qui organisent les soins que les services de psychiatrie de liaison doivent être financés et gérés comme une composante à part entière de la prise en charge globale.

Peu de données concernent les effets des interventions psychiatriques dans les pathologies somatiques au cours des séjours hospitaliers. Une série d'études a mis en évidence les difficultés majeures auxquelles est confrontée la recherche expérimentale portant sur les comorbidités physiques / psychiatriques (Saravay et Strain 1994). Face à ce constat, différents groupes ont travaillé sur des systèmes d'évaluation, pour une standardisation des interventions des services de psychiatrie de liaison (Huyse et al., 1992). Le groupe de travail ECLW (European Consultation-Liaison Workgroup) a mené une étude en collaboration, suivie d'une étude sur la qualité de la prise en charge (Huyse 1996). Huyse fait remarquer que les études évaluant les interactions à l'intérieur du système médical (influence des conflits de l'équipe sur les soins, degré de compliance de l'équipe aux recommandations de la psychiatrie de liaison) ne sont apparues que dans une littérature spécialisée (psychiatrie de liaison). Certaines études récentes ont montré les effets bénéfiques d'une approche active et préventive des comorbidités sur la prise en charge, ainsi que sur les résultats cliniques et économiques.

Du côté des somaticiens, Zittoun (61) lie recherche et évaluation, conseillant à la psychiatrie de liaison d'investir la recherche-action : non seulement des évaluations à finalité administrative et économique, mais aussi une recherche épidémiologique (adapter l'offre aux besoins) et une recherche théorique (liens soma-psyché et environnement social).

Le besoin d'une meilleure organisation est reconnu et se traduit par la création de groupes (Academy for Psychosomatic Medicine, Liaison Psychiatry Group of the Royal College of Psychiatrists, Section of Consultation Psychiatry of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists) et des sections ou groupes d'intérêt à l'intérieur desquels plusieurs autres associations psychiatriques européennes.

Un autre mode d'approche consiste en l'établissement d'organisations comme l'EACLPP (European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics), réseau international tentant de mettre en place un forum international et des échanges actifs entre les participants.

Cependant, Consoli (13) modère ces positions, en recommandant aux psychiatres de liaison de ne pas s'inscrire dans une optique inflationniste, avec une revendication systématique et périodique de moyens supplémentaires. Cette dernière position sous-entendrait que notre système serait à revoir.

Devant la sous-estimation des troubles mentaux en médecine et une mortalité doublée, voire quadruplée, en cas de comorbidité psychiatrique, se pose la question du recours par les somaticiens à des instruments de dépistage psychiatrique. Ceux-ci sont notablement sous-utilisés actuellement, et leur emploi par des non-spécialistes recueille des avis partagés.

Via une enquête, rapportée par Guillibert (28) et menée dans les centres hospitaliers français, une tentative d'« état des lieux » de la psychiatrie de liaison en France a été réalisée en 1987. On y retrouve une spécificité d'exercice dans seulement 20% des cas, dans les autres cas la psychiatrie de liaison apparaissant comme une activité « en plus ». Cette enquête repérait trois indicateurs pour illustrer l'organisation de la psychiatrie de liaison : l'existence de moyens spécifiques, l'organisation d'une réflexion par rapport à la consultation, la mise en place de travaux spécifiques issus de la consultation-liaison.

Le développement de nouveaux instruments utilisables en psychiatrie de liaison s'inscrit dans cette perspective d'évaluation : l'outil INTERMED s'intéresse à la complexité dans une approche bio-psycho-sociale de l'individu.

2. Organisation de la Psychiatrie de Liaison dans trois Centres Hospitaliers Universitaires (C.H.U. Nantes, H.E.G.P. Paris, C.H.U.V. Lausanne)

2.1. Organisation de la Psychiatrie de Liaison à Nantes

2.1.1. Hôpital Général de Nantes (Centre Hospitalier Universitaire)

2.1.1.1. Cadre

En dehors des structures d'hygiène mentale, le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes est constitué d'un ensemble de sept établissements, regroupant 3 267 lits. Les lits de Médecine – Chirurgie – Obstétrique (M.C.O.) en représentent les 53,2% (1 738), répartis sur trois sites différents (Hôtel-Dieu, Hôpital Nord Laennec, Hôpital Mère-Enfant). Les autres lits sont alloués aux Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R.), aux Soins Longue Durée (S.L.D.) et à la Psychiatrie.

Le C.H.U. se situe au cœur d'une agglomération en pleine expansion, avec une croissance démographique de près de 10% entre 1990 et 1999. Les prévisions vont dans le sens d'une poursuite de cette expansion dans les années à venir. Celle-ci renchérit le besoin de soins de proximité et rend le développement du C.H.U. indissociable de la métropole nantaise.

2.1.1.2. Missions

Les missions du C.H.U. de Nantes se déclinent à partir des cinq orientations stratégiques autour desquelles s'articule le Projet d'Etablissement 2003 – 2007 (Guérin et Héloury).

2.1.1.2.1. La prise en compte des attentes des usagers

Les objectifs consistent à promouvoir les droits et l'information des usagers, à améliorer l'accueil, l'accès aux soins et l'orientation des patients, à reconnaître l'aspiration des usagers à être écoutés, être éclairés et être acteurs de leur propre santé.

Les moyens, pour la mise en œuvre de ces objectifs, reposent sur la promotion d'un projet de soin individualisé pour chaque patient (approches médicales et infirmières, binôme référent médico-infirmier) et sur une politique qualité au service du patient. Les quatre thématiques prioritaires de cette politique sont l'accueil / orientation / information des usagers, le droit à l'information / recueil du consentement, le respect de la confidentialité / dignité à l'hôpital et la qualité du dossier patient.

2.1.1.2.2. L'intégration du C.H.U. de Nantes dans la cité et le système de santé régional

Un schéma directeur à quinze ans définit un scénario cible de recomposition à moyen et long terme (rassemblement dans une zone unique des services de court séjour) et une série d'opérations prioritaires à court terme (constructions et adaptations architecturales). Une des missions est la prise en compte des priorités locales et

nationales de santé publique : diabète, insuffisance rénale chronique, antibiothérapie de liaison, nutrition clinique, hépatites. Concernant l'amélioration du fonctionnement des filières internes, il s'agit de renforcer le fonctionnement en aval des activités de court séjour, avec une priorité accordée au développement des soins de suite. La promotion des partenariats extérieurs vise à privilégier une collaboration avec la médecine de ville, le Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, le C.H.U. d'Angers, les membres de la Communauté d'établissements Nantes – Châteaubriant, et réaliser l'une des trois principales plates-formes hospitalo-universitaires françaises d'onco-hématologie.

2.1.1.2.3. Le renforcement de l'accès aux soins innovants et l'ancrage hospitalier des missions d'enseignement et de recherche

Cet objectif doit se concrétiser par un pôle de recherche de dimension européenne (efforts centrés sur la cancérologie, la transplantation, la cardiologie, la thérapie cellulaire et génique, la nutrition et les biomatériaux), un plateau technique complet et moderne, l'implication soutenue du C.H.U. dans sa mission d'enseignement et l'essor de certains centres de référence (cardiologie pédiatrique, grands brûlés, pôle neurosciences).

2.1.1.2.4. La consolidation de l'accès aux soins courants et de proximité

Il s'agit de reconduire certaines des priorités du précédent projet d'établissement : la mère et l'enfant, les personnes âgées, la psychiatrie et les urgences.

Concernant la psychiatrie, les thèmes abordés par le projet sont les suivants : la réalisation de l'ensemble des projets, la recherche de solutions au manque de lits, la place centrale des organisations sectorielles, la création d'un service d'addictologie, le développement d'une nouvelle thématique intersectorielle précarité / champ social, la poursuite de l'effort de développement des alternatives à l'hospitalisation, la mise à niveau des moyens de pédopsychiatrie, ainsi que la consolidation de la psychiatrie de liaison.

2.1.1.2.5. La modernisation de l'institution et la prise en compte des impératifs de la démarche qualité

Elle s'articulera autour d'un projet social rénové incluant un volet médical, de la définition d'un projet de gestion, d'un management continu de la qualité et d'un renforcement de la gestion des risques, de la consolidation de son système d'information et de la réorganisation de son appareil logistique.

2.1.1.3. Moyens (Chiffres 2000)

Le C.H.U. de Nantes dispose de 3 267 lits (M.C.O. + Psychiatrie + S.S.R. + S.L.D.), répartis sur sept établissements. Les 1 738 lits (53,2%) attribués aux services Médecine (934) – Chirurgie (698) – Obstétrique (106) sont regroupés sur trois sites différents. Le C.H.U. compte 568 lits de psychiatrie.

Les moyens médico-techniques incluent 64 salles de chirurgie, 19 laboratoires de biologie et 74 sites d'imagerie radiologique.

Concernant les ressources humaines, le C.H.U. est le premier employeur de la région des Pays de la Loire, avec 8 527 salariés, dont 71,25% (6 918) de personnel non

médical (soignant et éducatif, technique, administratif, médico-technique). Le personnel médical compte 1 609 personnes, dont 23,6% d'étudiants hospitaliers. Le personnel est en majorité féminin (80%), d'âge moyen jeune (45% a moins de 40 ans).

Le budget d'exploitation se chiffre à 441,34 millions d'euros par an, répartis entre le budget général (422,89 millions d'euros) et le budget annexe des Centres et Unités de Soins de longue durée (18,45 millions d'euros). Les charges de personnel représentent 68,62% du budget, tandis que les charges à caractère médical 17,13%. En 2000, 2,6 millions de repas ont été servis et 3,7 millions de kg de linge lavé.

2.1.1.4. Activité (Chiffres 2000)

Bilan d'activité du C.H.U. concernant l'hospitalisation complète :

Hospitalisation complète	Entrées (n)	Journées (n)	Durée moyenne de séjour (jours)
Total Services	83 466	844 199	10,11
M.C.O. Court séjour	76 829	450 191	5,86
Psychiatrie	3 560	99 310	27,90

Parmi les chiffres notables, on relève aussi 81 456 séances d'hospitalisation partielle (25 539 en hôpital de jour M.C.O. ; 34 422 en psychiatrie), 400 967 (chiffre année 1999) consultants externes (dont 87,9% en M.C.O. ou aux urgences), 3 188 naissances (chiffre en constante hausse). Au cours de l'année 2000, 11,87 millions d'actes de chirurgie ont été réalisés, 120,28 millions d'actes de biologie, 8,41 millions d'actes de radiologie. 490 transplantations d'organes et de tissus ont été réalisées (192 greffes de moelle, 149 greffes rénales). 361 prélèvements ont été effectués.

2.1.2. La Psychiatrie de Liaison au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes

Depuis un certain nombre d'années, la psychiatrie universitaire nantaise porte un intérêt particulier et sans cesse renouvelé pour la psychiatrie de liaison. Le Professeur Besançon y a en effet consacré une part non négligeable de son activité depuis 1973, tant au niveau de la clinique que de l'enseignement : création et développement de relations privilégiées avec certains services médicaux, intégration de la médecine psychosomatique, de la psychologie médicale, de la méthode de formation initiée par Balint, étude des relations entre psychisme et cancer, suivi des transsexuels. Cet intérêt a été perpétué et structuré par son successeur, le Professeur Vénisse.

2.1.2.1. Contexte et histoire récente de la Psychiatrie de Liaison à Nantes

L'essor de la psychiatrie de liaison s'est trouvé renforcé par certains dispositifs de politique de santé. La Circulaire du 14 mars 1990 incite aux prises en charge multidisciplinaires et délocalisées.

La Réforme hospitalière de 1991, visant un brassage entre les différents acteurs sanitaires, entraîne un découpage du CHR de Nantes en pôles. Pour le Pôle de psychiatrie, la psychiatrie de liaison apparaît comme un point de recherche privilégié, dans sa position d'articulation naturelle entre les services de médecine somatique et

les services de psychiatrie. Cette légitimité s'appuie aussi sur l'Unité Médico-Psychologique implantée aux Urgences depuis plusieurs années. Le fonctionnement de cette unité est assuré par une équipe permanente et complété par un système de gardes et astreintes auxquelles participent tous les psychiatres du CHR.

Ensuite, le Rapport Massé en 1992 souligne la priorité de développer la psychiatrie à l'hôpital général, urgences et psychiatrie de liaison. Dans ce contexte, certaines organisations hospitalières doivent être repensées dans un but de rationalisation des moyens et de fixation des objectifs à atteindre. Le Pôle de Psychiatrie du CHRU de Nantes est ainsi amené à passer un contrat d'objectifs et de moyens avec les services M.C.O. du CHRU de Nantes, concernant la couverture en interventions de psychiatrie de liaison.

Chacun des services de psychiatrie avait déjà une certaine expérience de la psychiatrie de liaison. Le Service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale (SHUPPM) avait davantage investi ce domaine. Un service de Psychiatrie (V actuel) avait également consacré une partie de son activité dans ce registre (consultation pluridisciplinaire de la douleur). Au début de cette pratique, les indications étaient représentées par les troubles du comportement. Puis elles se sont étendues, voire à l'« excès », avec une multiplication des demandes, démarches souvent sans cohésion et sans coordination, d'où un sentiment d'insatisfaction et de confusion aussi bien chez les somaticiens que chez les psychiatres. Ce constat a induit une nécessité de structurer et de renforcer la psychiatrie de liaison.

L'une des premières étapes a été de mieux cerner les besoins du CHR de Nantes et les réponses apportées. Cette démarche, sur l'initiative du Professeur Besançon en 1997, s'est traduite par une double enquête :

- auprès des services de psychiatrie répondeurs, d'une part,
- à tous les praticiens hospitaliers du C.H.U. d'autre part.

Concernant les somaticiens, un quart de réponses ont pu être obtenues sur les 342 questionnaires envoyés. Ils y expriment des besoins importants et ne jugent pas toujours satisfaisantes les réponses apportées par les équipes psychiatriques, quant aux délais d'attente d'un rendez-vous et à la disponibilité des psychiatres. Plus de la moitié sont familiers avec le concept de psychiatrie de liaison. Les missions prioritaires demandées sont l'évaluation de l'état psychique d'un patient hospitalisé pour un motif somatique, l'éclairage d'une symptomatologie sans preuve organique, la prise en charge conjointe des patients « lourds » (douleur, cancer, chronicité). Les opinions sont plus réservées concernant des interventions du domaine des soins palliatifs et des interventions d'étayage psychologique des équipes. Pour les somaticiens, les moyens en psychiatrie de liaison sont insuffisants en temps et en effectifs.

Les psychiatres pointent les difficultés à s'articuler avec les services de médecine somatique, déplorant des demandes d'intervention en urgence et une méconnaissance du rôle et de l'action des psychiatres.

Une meilleure collaboration est apparue, à la lecture des résultats de cette enquête, nécessaire et urgente, avec un but de meilleure harmonisation des démarches et de connaissance réciproque des équipes. La nécessité de structurer davantage l'activité de psychiatrie de liaison, pour tendre vers la mise en place d'une unité fonctionnelle intersectorielle, a été formalisée par le Professeur Besançon sous la forme de propositions déclinées selon trois axes :

- l'appariement des services somatiques avec un des services de psychiatrie du C.H.U., par un système de correspondants, instaurant un référent psychiatre désigné, par service M.C.O., et des échanges entre les 2 équipes soignantes,

- la création d'emplois spécifiques à la psychiatrie de liaison, réalisant une équipe pluridisciplinaire rattachée au service universitaire, psychiatre (1 ETP ou équivalent temps plein), psychologue (1/2 ETP), infirmière (2 ETP), cadre infirmier (1 ETP), secrétaire,
- l'évaluation régulière de l'activité par une réunion mensuelle de synthèse des intervenants en psychiatrie de liaison, sous la responsabilité d'un coordinateur.

Dans cette lignée, le Pôle de psychiatrie définit comme l'un des objectifs pour l'année 1999, le renforcement des capacités d'intervention en psychiatrie de liaison. Les moyens en personnel se verront augmentés dans un premier temps par redéploiement au sein du Pôle de psychiatrie et par création. A terme, ces activités seront financées par les différents Pôles M.C.O. « consommateurs » et par des contrats inter-pôles. Le Pôle élabore un modèle de l'intersectorialité en partage :

- L'Unité Médico-Psychologique des Urgences, à l'activité croissante et diversifiée, pourra être partiellement soulagée par le développement de la psychiatrie de liaison.
- L'abord psychiatrique des situations d'exclusion et de précarité (insuffisance de liens et de continuité, multiplicité des interlocuteurs) sera développé.
- La psychiatrie de liaison avec le M.C.O. fait appel à des intervenants stables et bien identifiés. Elle n'intervient pas seulement pour un avis ponctuel, mais surtout pour une réflexion commune sur les attitudes soignantes : diagnostic, orientation, thérapeutique, accompagnement psychologique des patients, soutien aux équipes, voire groupes de parole. Cette collaboration s'appuie sur des équipes pluridisciplinaires et doit déboucher sur des travaux de recherche en commun.

En pratique, chaque service de psychiatrie du C.H.U. deviendrait un service de référence pour un ou plusieurs services M.C.O., avec une coordination et une réflexion collective indispensables à l'échelle du C.H.U.. Le service universitaire aurait vocation à assurer cette coordination, pouvant à terme constituer un pôle d'excellence du C.H.U..

2.1.2.2. Organisation actuelle de la Psychiatrie de Liaison (Année 2003)

L'organisation actuelle découle des démarches entreprises à la fin des années 1990 et adaptées au modèle déjà existant.

Le Docteur Deneux décrit l'existence sur le C.H.U. de Nantes de deux types de structures de psychiatrie de liaison, communiquant relativement peu entre elles.

D'un côté, il s'agit de structures exerçant des fonctions spécifiques liées à un service et une pathologie donnés. On trouve parmi elles :

- des praticiens des secteurs psychiatriques participant à des consultations spécialisées (consultations conjointes ou au sein d'une équipe spécialisée) et autonomes,
- le Service d'Addictologie du Professeur Vénisse, avec sa propre équipe de liaison, intervenant directement à la demande des services M.C.O. ou après avis d'un praticien de liaison « généraliste ».
- l'Unité de Psychogérontologie du Docteur Jaulin, pouvant aussi intervenir en liaison,
- l'Unité Universitaire de Pédopsychiatrie du Professeur Amar, assurant la liaison à l'Hôpital Mère-Enfant et les consultations d'enfants sur l'ensemble du CHR,
- les psychiatres de l'Urgence Médico-Psychologique, examinant les suicidants s'ils ne sont pas hospitalisés dans un autre service,

- l'Unité de Victimologie, intervenant très précocement dans les situations de catastrophe personnelle inductrices d'un traumatisme physique et/ou psychologique,
- quelques psychologues attachés à une unité de soins spécifique, sous la responsabilité des chefs de service qui les ont recrutés.

De l'autre côté, l'équipe « généraliste » de psychiatrie de liaison, organisée à partir du SHUPPM, sur l'initiative du Professeur Vénisse, pour répondre aux demandes non satisfaites par les structures précédentes. Plusieurs praticiens des secteurs psychiatriques sont associés à ce fonctionnement qui procède par appariement d'un service médico-chirurgical et d'un praticien désigné.

Jusqu'en 2003, tous les médecins du SHUPPM participent à la liaison, représentant un équivalent temps plein. Un praticien temps partiel s'y consacre plus particulièrement, sur les plans clinique, institutionnel et organisationnel. Trois psychologues, réalisant au total un équivalent temps plein, sont référées à des services donnés. Ces interventions (délai de réponse de un à trois jours) régulières, à jour fixe, sont complétées par celles des internes du SHUPPM, sollicités ponctuellement pour répondre aux demandes urgentes, à satisfaire le jour même. Du lundi au vendredi, est ainsi assurée, dans la journée, une permanence de la psychiatrie de liaison. En cas d'extrême urgence, il est fait appel à l'Urgence Médico-Psychologique.

La liaison dispose d'un numéro d'appel téléphonique unique, permettant de centraliser, d'évaluer et d'orienter les demandes. Cette médiation permet le maintien de l'implication de l'équipe médico-chirurgicale, en la soutenant dans ses compétences et en l'accompagnant dans ses difficultés relationnelles, sans que l'équipe de psychiatrie de liaison ne se substitue aux somaticiens. Trois soignants infirmiers se relaient, sous la direction d'un cadre soignant. Cette équipe se situe actuellement sur le site de l'Hôpital psychiatrique de Saint-Jacques, donc à distance des services médico-chirurgicaux. Elle entretient un lien privilégié avec l'Hôpital de Semaine du SHUPPM, unité intersectorielle d'hospitalisation brève, à des fins d'évaluation diagnostique, thérapeutique et d'orientation vers une prise en charge structurée, pour les patients requérant plus que quelques consultations dans leur service d'origine.

Les interventions de psychiatrie de liaison, sauf situations de chronicité avec hospitalisation prolongée, sont habituellement de courte durée et visent à orienter les prises en charge sur les autres structures psychologiques ou psychiatriques, privées ou publiques.

Le bilan de l'année 2000, concernant l'organisation de la psychiatrie de liaison, faisait le constat d'une nette avancée dans la structuration des appariements entre services M.C.O. et de Psychiatrie. Les activités de liaison se sont affinées et structurées autour de modalités d'interventions concrètes de plus en plus efficaces. La partie de la psychiatrie de liaison allouée au SHUPPM s'est constituée de manière institutionnelle dès le mois d'octobre 2000 en une unité pluridisciplinaire assurant un travail de coordination et d'évaluation tant qualitative que quantitative des demandes. La fiche de liaison spécifique avec duplicata est devenue fonctionnelle partout : élément informatif concernant la consultation et support d'évaluation. La psychiatrie de liaison s'est organisée autour de deux activités centrales :

- les interventions psychiatriques et psychologiques pour avis diagnostique et thérapeutique,

- un travail plus spécifique auprès des équipes soignantes par le biais de groupes de parole, réunions autour de cas cliniques régulières et formalisées, intégrées dans le fonctionnement des services.

Cette activité globale a pu être mise en place de façon effective après de multiples rencontres avec les chefs de service et cadres surveillants des services M.C.O., dans le cadre de réunions formelles définissant les demandes des services M.C.O. et les types de réponses apportées par la psychiatrie de liaison.

2.1.2.3. Place du Service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale (SHUPPM), dirigé par le Professeur J.M.Vanelle, dans la Psychiatrie de Liaison

Avec un investissement soutenu depuis de nombreuses années dans le domaine de la psychiatrie de liaison, le SHUPPM a développé dans les premiers temps des liens particulièrement étroits avec le Pôle cardiothoracique, le service d'Endocrinologie-nutrition et le Centre Régional de Lutte contre le Cancer. Les interventions sont alors de plusieurs types : consultations et avis psychiatriques concernant les patients hospitalisés dans ces services, travail avec les équipes soignantes, travaux de recherche menés en commun.

Les spécificités de la place du SHUPPM sont d'assurer :

- la liaison pour les services M.C.O. qui n'étaient pas appariés à un service de psychiatrie,
- l'orientation des demandes en lien avec une activité intersectorielle, vers le service de psychiatrie de référence,
- l'offre d'un espace de réflexion et d'élaboration pour les activités de psychiatrie de liaison entre services appariés,
- la mise à disposition d'une équipe ressource,
- la coordination du travail de psychiatrie de liaison au niveau des services M.C.O. du C.H.U..

Cette dernière mission se traduit par :

- une réunion trimestrielle au triple objectif de coordination, d'évaluation et de lien, pour l'ensemble de la psychiatrie,
- trois types de réunions pour l'ensemble du SHUPPM : une réunion hebdomadaire (praticien hospitalier responsable de la psychiatrie de liaison, cadre infirmier, infirmiers, psychologues), une réunion trimestrielle (médecins et internes), un contrôle deux fois par mois (formation des internes avec un médecin attaché pour la psychiatrie de liaison).

Responsable de la coordination de la psychiatrie de liaison, le cadre infirmier a pour missions spécifiques :

- la cohérence globale du dispositif,
- la participation à tous les temps institutionnels relatifs à la psychiatrie de liaison,
- la coordination de réunions concernant certains projets ou certaines interventions spécifiques.

Pour chaque service ou groupe M.C.O., le référent psychiatre titulaire plein temps doit organiser des rencontres avec le médecin responsable et les cadres du service M.C.O. pour :

- évaluer les besoins et les attentes,
- définir les modalités d'interventions (définition de l'urgence, circuit de la demande, procédures formalisées, temps spécifiques avec les équipes),
- mettre en place des rencontres périodiques (6 mois ou 1 an).

2.1.2.4. Bilan d'activité de la Psychiatrie de Liaison

Sur l'année 2002, le SHUPPM a consacré à l'activité de psychiatrie de liaison un temps total de 2 116,5 heures, dont 1 830,5 pour les actes directs et 286 pour les relations à la psychiatrie de liaison. L'étude de l'évolution sur 3 ans (2000-2001-2002) montre une augmentation régulière de l'activité globale de psychiatrie de liaison par le SHUPPM. Ce profil évolutif concerne aussi bien les psychiatres que les psychologues. Cependant, l'augmentation d'activité s'avère proportionnellement plus significative chez les psychologues, du fait de leurs moyens majorés ces dernières années.

Quelques chiffres illustrent cette évolution :

Activité mensuelle (heures)	2000	2001	2002
Minimum	50 (septembre)	60 (janvier)	150 (juin)
Maximum	130 (novembre)	230 (juillet)	230 (septembre)
Moyenne approximative	80	125	180

Activité annuelle (heures)	2000	2001	2002
Total	1 000	1 500	2 100

2.1.2.5. Projets en cours et perspectives

Découlant de réalités cliniques, historiques et géographiques, la distinction entre interventions spécialisées et interventions généralistes doit rester inscrite dans l'organisation à venir de la psychiatrie de liaison au CHR de Nantes.

Concernant les actions « spécialisées », certaines orientations peuvent être rappelées :

- le maintien de la collaboration régulière de psychiatres et/ou de psychologues dans quelques unités de consultations ou de soins spécifiques,
- le maintien du rôle et de la place de l'Unité Universitaire de Pédopsychiatrie dans l'organisation de la Pédopsychiatrie de liaison et de son intervention dans les services de gynéco-obstétrique,
- le maintien et le développement de l'Addictologie de liaison, référée au Service d'Addictologie (regroupant l'Unité d'Alcoologie et l'Unité des Addictions),
- le travail de lien avec les autres structures de liaison sur le site du C.H.U. : tabacologie de liaison, équipe mobile gériatrique...

Dans le projet de consolidation de la psychiatrie de liaison, deux étapes successives paraissent primordiales :

- la création d'une unité fonctionnelle de psychiatrie de liaison au sein du SHUPPM, afin d'affirmer l'existence de la psychiatrie de liaison, son autonomie clinique et l'optimisation d'un fonctionnement en réseau,
- l'intégration et l'implantation de l'unité de psychiatrie de liaison, en lien étroit avec l'hôpital de semaine du SHUPPM, au sein de l'Hôtel-Dieu.

Ces deux mesures visent à affirmer l'existence de la psychiatrie de liaison et son autonomie clinique, au plus près des services médico-chirurgicaux, de l'Urgence et de l'Hôpital Mère-Enfant. Un fonctionnement en réseau serait ainsi favorisé et

faciliterait l'articulation des différents intervenants, par des relations de proximité et de personnalisation. Par l'intégration de l'unité de psychiatrie de liaison et le recours aisé à l'hôpital de semaine, le bénéfice pour le patient s'en trouverait renforcé. Cette unité aurait, en plus de ses fonctions cliniques, à coordonner et rationaliser l'ensemble des activités de psychiatrie de liaison, à répondre aux demandes d'aide et de formation des équipes soignantes des services M.C.O. et à promouvoir des actions de recherche et d'enseignement.

On pourrait ajouter le rôle de la psychiatrie de liaison dans l'élargissement de ses articulations avec les structures extrahospitalières publiques et privées, et dans le développement de ses collaborations sur un plan national (Professeur Consoli, Hôpital Européen G. Pompidou, Paris) voire européen (Professeur Stiefel, CHUV Lausanne).

Professeur Besançon (1999) : « A long terme, il semble bien qu'il faille envisager la mise en place d'une équipe « psychiatrie de liaison » pluridisciplinaire, intersectorielle, sur le mode de ce qui se passe notamment à Lausanne ».

2.2. Organisation de la Psychiatrie de Liaison à Paris

2.2.1. Hôpital Général de Paris (Hôpital Européen Georges Pompidou)

2.2.1.1. Historique

L'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP, Paris 15^{ème} arrondissement) est l'aboutissement de l'une des plus grandes réorganisations jamais conduites à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) et dans les hôpitaux publics français. Dans ce nouvel espace moderne et adapté à une médecine hospitalière du 21^{ème} siècle, sont rassemblées les compétences professionnelles des personnes ayant travaillé auparavant dans les Hôpitaux Boucicaut (Paris 15^{ème}), Broussais (Paris 14^{ème}), Laennec (Paris 7^{ème}) et dans l'équipe du service d'Orthopédie Traumatologie de Rothschild, et celles d'autres hôpitaux de l'AP-HP.

L'une des premières dates notables dans l'histoire de l'HEGP est novembre 1983, avec le choix du projet architectural. En 1990, Louis Omnes est nommé chef du projet par le Directeur Général de l'AP-HP. Le 10 juillet 1992, la mise en œuvre du projet est autorisée officiellement par les trois Ministres de tutelle (Budget, Affaires Sociales et Santé, Intérieur). Le nom d'Hôpital Européen Georges Pompidou est adopté en janvier 1993. La première pierre de l'établissement est posée le 15 novembre 1993, en présence de M. E. Balladur, Premier Ministre, de Mme S. Veil, Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville et de M. J. Chirac, Maire de Paris et Président du Conseil d'Administration de l'AP-HP. Les travaux d'architecture commencent au mois de mai 1995.

Le cadre de fonctionnement du projet médical est présenté en 1997 et approuvé par le Conseil d'Administration le 21 mai 1997. L'équipe de direction de l'HEGP emménage dans ses nouveaux bureaux en juin 1998. La réception de l'ensemble de l'ouvrage a lieu au cours du dernier trimestre 1999. Pendant l'année 2000, les services généraux et logistiques et les activités médico-techniques s'installent progressivement. Après une phase de tests, les premiers malades sont accueillis avec les premiers transferts des services cliniques.

2.2.1.2. Cadre

L'organisation architecturale de l'HEGP offre un cadre de vie au travail, adapté aux attentes des personnels, avec des locaux agréables éclairés par la lumière naturelle, dans une architecture moderne. La surface totale du bâtiment est de 120 000 m², sur un terrain d'assise de 35 000 m². Une rue intérieure, espace de circulation piétonnier, est un lieu d'animation : cafétéria, boutique de journaux... 90% des chambres sont individuelles et une centaine de chambres disposent d'un lit d'accompagnant.

Afin d'assurer une prise en charge globale de qualité au sein de l'hôpital, l'organisation est centrée autour du malade, avec une intégration des réseaux internes et externes de santé. A l'hôpital, cela se traduit par la déconcentration de la gestion administrative du malade (points d'accueil décentralisés des étages), l'amélioration des circuits d'information (réseau informatisé) et la réunion des différentes compétences au plus près du malade pour mieux répondre à ses attentes. L'approche médicale repose sur un dossier électronique unique de chaque patient.

Quant aux réseaux externes, l'hôpital doit prendre place dans des réseaux de soins coordonnés. L'HEGP passe des contrats ou des conventions avec d'autres structures hospitalières devenant partenaires de l'hôpital pour des domaines complémentaires. Il noue des contacts avec les associations de soins et de soutien à domicile, pour une prise en charge après l'hospitalisation. Le département de Santé Publique – Réseaux est chargé de développer et suivre cette politique de réseaux.

L'HEGP s'intègre au sein de l'AP-HP, établissement public de santé relevant de la ville de Paris et Centre Hospitalier Régional et Universitaire de la Région Ile-de-France. L'AP-HP regroupe 39 hôpitaux ou groupes d'hôpitaux et l'hospitalisation à domicile (17 à Paris, 18 en petite et grande couronne et 4 en province).

2.2.1.3. Missions

Centre Hospitalo-Universitaire de l'AP-HP, l'HEGP se veut :

- un hôpital de proximité hautement performant, répondant aux besoins courants de santé de la population adulte du sud-ouest parisien de la capitale (environ 500 000 habitants),
- un hôpital spécialisé avec deux pôles d'excellence, la cancérologie et le cardio-vasculaire rénal, dont la zone d'attraction est nécessairement plus large.

Les activités médicales sont organisées en Pôles : Pôle Urgences Réseaux, Pôle Cancérologie Spécialités, Pôle Cardio-vasculaire, Pôle Anesthésie Réanimation, Pôle Biologie Médicament-Sang, Pôle Imagerie et Structures transversales.

Hôpital universitaire, l'HEGP est associé aux Facultés de médecine de Necker (Paris V) et Broussais – Hôtel-Dieu (Paris VI). Centre de recherche médicale (Pierre Lépine), il associe les compétences d'unités de recherche de l'INSERM, du CNRS et de l'Université, en relation étroite avec ses activités médicales.

2.2.1.4. Moyens (Chiffres 2000)

L'HEGP dispose de 827 lits ; il compte 2 400 emplois non médicaux et 353 emplois médicaux équivalents temps plein. En 2000, les lits sont au nombre de 758, et le budget d'exploitation atteint 92,05 millions d'euros. Les équipements lourds comportent : I.R.M., scanographe, gamma-caméra à scintigraphie, appareil angionumérisé, poste d'hémodialyse.

L'AP-HP compte un total de 24 977 lits et 1 246 places de jour, dans 750 services médicaux et médico-techniques. Il y correspond 5 services généraux. La région Ile-de-France est couverte par 4 SAMU. A l'AP-HP, 90 658 personnes exercent plus de 150 métiers au service de la santé, répartis en 18 796 emplois pour le personnel médical (6 261 équivalents temps plein) et en 71 862 agents non médicaux (69 384 équivalents temps plein). Pour la logistique, 86 000 repas sont servis par jour, 20 305 tonnes de linge sont blanchis par an. Le budget de l'AP-HP fait état de 4 649,39 millions d'euros de dépenses d'exploitation (65,2% en dépenses de personnel et 14,3% en dépenses médicales) et de 4 691,4 millions d'euros de recettes.

2.2.1.5. Activité

En mai 2002, la direction faisait le constat qu'après les difficultés et les dysfonctionnements rencontrés depuis juillet 2000 à l'ouverture, l'HEGP fonctionnait à 80% de son activité théorique, dans des conditions acceptables bien que non optimales. A cette époque, elle signalait la période fin 2003 – début 2004 pour l'aboutissement de la procédure d'accréditation.

2.2.2. La Psychiatrie de Liaison à l'Hôpital Européen Georges Pompidou

2.2.2.1. Organisation de la Psychiatrie de Liaison à l'AP-HP

2.2.2.1.1. Introduction

Les services de psychiatrie de l'AP-HP sont caractérisés par leur vocation hospitalo-universitaire, associant à leur mission de soins une double mission d'enseignement et de recherche.

Missions transversales prioritaires de la discipline psychiatrique, l'activité d'urgences psychiatriques et l'activité de psychiatrie de liaison répondent à des objectifs de nature complémentaire et nécessitent une parfaite articulation ainsi qu'une coordination unique. Lorsque leur volume d'activité le justifie, elles doivent pouvoir être organisées dans le cadre d'unités fonctionnelles différenciées, avec des moyens spécifiques et des champs d'intervention délimités.

2.2.2.1.2. Objectifs de la Psychiatrie de Liaison

Pluriels et complémentaires, ils sont définis au sein de l'AP-HP de la façon suivante.

Ses missions cliniques incluent :

- la contribution au diagnostic et au traitement des troubles psychiques en médecine, chirurgie ou obstétrique,
- la facilitation de l'organisation du suivi des patients justifiant de soins psychiatriques spécifiques et la contribution à la continuité des soins,
- l'accompagnement psychologique des patients accueillis en médecine, chirurgie ou obstétrique, afin de les aider à mieux faire face à leur problème de santé physique,
- le dépistage des situations à risque morbide pouvant donner lieu à des mesures préventives,
- le soutien psychologique de l'entourage.

Sur le plan pédagogique, la psychiatrie de liaison s'adresse aux équipes soignantes, aux professionnels de santé en formation, aux usagers de l'hôpital et au grand public.

Elle détient une mission scientifique à type de participation aux études épidémiologiques et à la recherche clinique, notamment dans le cadre de projets multidisciplinaires.

2.2.2.1.3. Etat des lieux actuel à l'AP-HP

Une grande disparité existe d'un établissement à l'autre : moyens, organisation, visibilité des structures, missions de la psychiatrie de liaison. Schématiquement, l'activité de psychiatrie de liaison peut être assurée, selon trois formes d'organisation, souvent associées et réalisant une formule propre à chaque établissement, par :

- la structure de psychiatrie de l'établissement,
- des psychiatres et des psychologues attachés directement aux services M.C.O.,
- des psychiatres de secteur rattachés à des établissements autres que l'AP-HP.

L'organisation des moyens psychiatriques et psychologiques est le plus souvent indépendante. Les moyens sont difficilement lisibles. Les moyens alloués par un service de psychiatrie de l'AP-HP à la mission de psychiatrie de liaison ne sont pas identifiés sous la forme d'une unité fonctionnelle structurée (un responsable médical, des locaux, un secrétariat spécifique, un affichage clair de l'activité). Il n'existe pas de support administratif, à type d'unité analytique, permettant un suivi comptable de l'activité de liaison.

Globalement, l'état des lieux actuel fait le constat d'une dispersion des moyens dédiés à la psychiatrie de liaison, entre plusieurs services de médecine, chirurgie ou obstétrique. Les inconvénients majeurs en sont l'absence de coordination, la discontinuité, le risque de redondance, la non-stabilité des moyens ciblés, la non-mobilité, l'entrave aux possibilités d'échange et de théorisation en commun.

Il n'existe pas pour l'instant de véritable politique générale concernant la psychiatrie de liaison, et l'AP-HP ne dispose pas d'études médico-économiques sur l'intérêt de la psychiatrie de liaison.

2.2.2.1.4. Recommandations pour une organisation cohérente

En mars 2002, le groupe de travail CME – Collège des Psychiatres de l'AP-HP recommande, pour l'activité de psychiatrie de liaison au sein d'un établissement :

- une unité de soins identifiée, dotée de moyens humains propres, de locaux adaptés et réparables et d'un secrétariat spécifique,
- une structure unique, pour une coordination et une rationalité des soins,
- des ressources humaines pluriprofessionnelles,
- une équipe mobile et transversale, avec l'identification de « référents » et l'établissement de contrats d'objectifs avec chaque chef de service M.C.O.,
- une articulation avec des réseaux, en particulier le secteur psychiatrique,
- un système d'information performant (unités analytiques, PMSI Psychiatrie),
- la définition claire du statut et du rattachement administratif de l'unité, jusqu'à l'individualisation d'une unité fonctionnelle de Psychiatrie de Liaison, placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier ou d'un PU-PH,
- la dotation de l'unité fonctionnelle de psychiatrie de liaison par mutualisation des moyens et des contrats d'objectifs, lorsque ceux-ci sont répartis entre une structure de psychiatrie et plusieurs services M.C.O.,
- le recrutement et la réinvestissement des psychiatres attachés, ainsi que leurs missions, par le chef du service de psychiatrie, en concertation avec les responsables des services M.C.O.,

- la création d'un « Comité de Psychiatrie de Liaison » ou d'un « Comité de Psychiatrie de Liaison et d'Urgences Psychiatriques »,
- la prise en compte de la psychiatrie de liaison dans les procédures d'accréditation de l'établissement,
- la séniorisation des moyens de l'unité de psychiatrie de liaison, la création de postes fléchés de praticiens hospitaliers en psychiatrie, ciblés sur l'activité de psychiatrie de liaison.

2.2.2.2. Bilan d'activité 1998-2002 du Service de Psychologie Clinique et Psychiatrie de Liaison, dirigé par le Professeur S.M. Consoli

2.2.2.2.1. Rappels des objectifs du service, de ses moyens et de ses réalisations

Le service a commencé progressivement son activité à partir du 12 juillet 2000. Son équipe résulte du regroupement sur le site de l'HEGP de personnels provenant principalement de trois hôpitaux (Unité Médico-Psychologique de l'Hôpital Broussais, Hôpital Laennec et Hôpital Boucicaut) et même d'autres établissements.

Les moyens théoriques du service sont : 1PU-PH, 1 PH temps plein, 2 PH temps partiel, 2 CCA, 14 vacations de psychiatres et 2 DES de Psychiatrie, 12 équivalents temps plein de psychologues, 3 secrétaires médicales, un quart temps de cadre infirmier et 8 emplois de personnel infirmier.

Le service a trois missions complémentaires :

1. Accueil, soins et orientation des urgences psychiatriques, au sein du Service d'Accueil des Urgences (SAU)

Cette mission s'exerce dans le cadre d'une convention de partenariat entre le Centre Hospitalier Sainte Anne (établissement de soins spécialisés) et l'Assistance Publique, impliquant les structures des trois secteurs de psychiatrie adulte du 15^{ème} arrondissement de Paris et la structure hospitalo-universitaire de l'HEGP. Cette organisation, modèle dans le genre à l'AP-HP, assure une permanence aux Urgences Psychiatriques, fonctionnelles à partir de mars 2001. En septembre 2002, les patients psychiatriques réalisent 8,5 passages différents par jour aux Urgences. Le PH temps plein de la structure hospitalo-universitaire de l'HEGP joue un rôle de coordinateur de l'ensemble de cette activité et a une mission de liaison avec les intervenants aux Urgences.

Le bilan à un an de cette mission est considéré comme globalement très satisfaisant.

2. Psychologie et Psychiatrie de liaison

Ses objectifs sont cliniques, pédagogiques et scientifiques. Elle participe à l'éthique du soin et s'inscrit dans une démarche coopérative orientée vers la recherche d'alliances thérapeutiques.

Elle consiste en une activité de consultations « au lit du malade », pour les patients hospitalisés ou en hôpital de jour, de consultations « externes » d'évaluation ou de suivi, et de multiples actes à valeur pédagogique et thérapeutique, comme des groupes de parole de soignants ou des participations à des réunions cliniques régulières de certains services. A chaque service de l'HEGP correspondent un psychiatre senior référent et un psychologue référent. Sous la tutelle des seniors, les internes en psychiatrie participent aux interventions de psychiatrie de liaison.

Le dispositif s'articule avec d'autres structures transversales : équipe de traitement de la douleur, addictologie, unité mobile d'accompagnement et de soins palliatifs.

Malgré des effectifs en personnel réduits par rapport aux moyens théoriques globaux, le bilan d'activité en 2001 fait état, par mois, de 750 interventions « au lit du malade » et de 650 consultations externes. Le secrétariat médical gère en interne, l'accueil, la prise de rendez-vous, les informations téléphoniques des patients.

En volumes d'activité en psychiatrie de liaison, le Service de Psychologie Clinique et Psychiatrie de Liaison se place au premier rang des services de psychiatrie de l'AP-HP. Ses ressources sont mises à la disposition de la totalité des services cliniques de l'HEGP. Son fonctionnement repose sur le côtoiement quotidien entre psychologues et psychiatres, permettant une collaboration multidisciplinaire.

3. Hospitalisation des situations de crise psychiatrique

Dans le projet, cette Unité de Crise s'adresse à des patients présentant une souffrance psychique aiguë et/ou réactionnelle à un contexte de vie éprouvant. Caractérisée par une brièveté du séjour hospitalier, cette structure s'oriente principalement vers la prise en charge et la prévention des conduites suicidaires. A l'heure actuelle, l'unité d'hospitalisation de crise n'est toujours pas ouverte, faute de moyens en ressources humaines (infirmiers, un poste supplémentaire de DES en psychiatrie), et ce malgré l'obtention d'un accord de conformité des lieux et des dispositifs de soins.

2.2.2.2. Intégration des réalisations du service dans le projet d'établissement

Les missions cliniques du service s'inscrivent dans les objectifs généraux de l'HEGP : la prise en charge globale des malades, la lutte contre la parcellisation des savoirs et des pratiques professionnelles, un travail en réseau interne et externe, dans une optique de filières de soins.

Il participe :

- au projet médical du Pôle Urgences – Réseaux de l'HEGP, axé sur une médecine de proximité, en partenariat avec le secteur psychiatrique,
- à l'évolution des pratiques diagnostiques et de soin, tendant à faire de l'HEGP un établissement d' « excellence » dans plusieurs spécialités médicales et plusieurs orientations innovantes (transplantation cardiaque, pulmonaire ou rénale, thérapies immunologiques de l'hépatite C ou de certains cancers, dispositif SOS main, gastroplasties, consultations d'oncogénétique ou de génétique cardiovasculaire, insuffisance cardiaque, pose de défibrillateurs implantables).

2.2.2.3. Modifications d'organisation du service intervenues pendant le mandat du chef de service ou de département

Le service a été rattaché à l'Unité Médico-Psychologique de l'Hôpital Broussais, où une activité de psychologie et de psychiatrie de liaison a été maintenue.

La structure psychiatrique de l'Hôtel-Dieu a été rattachée au service hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'HEGP, avec une direction unique par le même chef de service. Cette structure comporte une unité d'hospitalisation de 17 lits, une activité d'urgences psychiatriques de proximité, doublée d'une activité d'expertise psychiatrique auprès de la structure d'Urgences Médico-Judiciaires de

l'établissement, une activité de psychiatrie de liaison sur l'ensemble de l'établissement et une activité ambulatoire avec plusieurs axes spécifiques.

2.2.2.2.4. Gestion des ressources du service

- Personnel médical

Les responsabilités sont différenciées pour chaque membre de l'équipe, en particulier pour les trois praticiens hospitaliers, coordinateurs médicaux des activités couvrant chacun des trois Pôles cliniques de l'HEGP. Les réunions consistent en une coordination mensuelle et un conseil de service.

- Personnel non médical

Sur le même modèle que l'activité médicale, la fonction de coordination a été attribuée à trois des psychologues cliniciens. Des recrutements de psychologues restent à compléter. Les psychologues de l'HEGP se sont constitués en Collège.

La gestion du secrétariat repose sur une continuité en terme de présences et sur une complémentarité des missions.

- Ressources matérielles

Le hall d'entrée du service est partagé avec l'accueil et la prise de rendez-vous pour les consultants d'anesthésie.

2.2.2.2.5. Relations avec l'environnement externe et interne

Concernant l'accueil des patients et du public, la plupart des consultants sont accueillis dans les locaux regroupant la partie administrative et les boxes de consultation du service. Les consultants sont accueillis du lundi au vendredi, avec pour certaines activités (groupes) l'utilisation de créneaux vespéraux. Les secrétaires chargées de l'accueil téléphonique sont formées à l'orientation des patients.

Le service cherche à poursuivre le développement de ses relations avec la totalité des services cliniques de l'établissement, via une collaboration clinique, doublée progressivement d'une collaboration scientifique. Il suit la même dynamique avec certaines associations de bénévoles, avec l'HEGP et avec le quartier par des conférences et des débats éthiques.

2.2.2.2.6. Activités pédagogiques, formation, enseignement, recherche

Le service encadre des externes en médecine (clinique, cours), des stagiaires psychologues, des internes DES (encadrement par les chefs de clinique, tutorat par un senior de formation psychanalytique). D'autres activités sont assurées :

- séances de bibliographie (tous les 15 jours), réunion de synthèse et de méthodologie de recherche (tous les deux mois),
- enseignement universitaire des 2^{ème} et 3^{ème} cycles,
- groupes de parole, cours et séances thématiques, dans divers services cliniques de l'hôpital,
- actions diverses de formation (Diplômes Universitaires),
- accueil régulier d'étudiants en DEA, de thésards de science,
- travaux de mémoire ou de thèse dirigés par le chef de service,
- publications et communications scientifiques,

Certaines thématiques de recherche constituent des centres d'intérêt particulier pour le service : comorbidités, stress, alexithymie, psychométrie, maladies chroniques.

2.2.2.2.7. Bilan annuel d'activité du service (Octobre 2001)

Sur une durée d'un an (2000-2001), les actes se chiffrent à 722 consultations internes et 656 consultations externes, pour l'ensemble des intervenants du service :

- 311 consultations internes et 277 consultations externes, pour les psychiatres,
- 411 consultations internes et 379 consultations externes, pour les psychologues.

Les services les plus demandeurs de consultation interne sont :

- pour le Pôle Médecine – Réseaux (304 interventions) : Médecine Interne (25%), Orthopédie (23%), Immunologie (22%),
- pour le Pôle Cancérologie Spécialités (238 interventions) : Oncologie Médicale (24%), Hépato-gastro-entérologie (20%), Pneumologie (13%),
- pour le Pôle Cardio-vasculaire (180 interventions) : Transplantations (28%), Chirurgie Cardio-Vasculaire (25%), Cardiologie (21%).

Dans certains services, sont largement majoritaires les interventions :

- du psychiatre (par rapport au psychologue) : HTA (Unité d'Hypertension Artérielle), Chirurgie Thoracique, Immunologie, Pneumologie, Diabétologie,
- du psychologue (par rapport au psychiatre) : Hépato-gastro-entérologie, Gynécologie, Réanimation Médicale, Chirurgie Cardio-Vasculaire, ORL, Chirurgie Digestive.

2.2.2.2.8. Notoriété du service

Le service est devenu une référence en matière de regroupement de compétences et de modalités d'organisation en psychiatrie de liaison, non seulement au niveau de l'AP-HP, mais aussi au niveau national. Il a accueilli ou organisé plusieurs journées scientifiques, symposia ou congrès internationaux.

Le chef de service, Professeur Consoli, est secrétaire général de la Société Française de Psychologie Médicale et de Psychiatrie de Liaison. Il a coordonné un rapport sur « Psychiatrie et Médecine » dans le cadre du nouveau Livre Blanc de la Psychiatrie, soutenu par la Fédération Française de Psychiatrie.

Globalement et considérant la première étape de l'histoire du Service de Psychologie Clinique et Psychiatrie de Liaison, le Professeur Consoli fait le constat d'une adéquation entre l'activité effective et les engagements initiaux du service. Il souligne la dynamique prometteuse enclenchée pour améliorer graduellement le fonctionnement du service.

2.3. Organisation de la Psychiatrie de Liaison à Lausanne

2.3.1. Hôpital Général de Lausanne (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, C.H.U.V.)

2.3.1.1. Historique

Les origines du CHUV remontent au début du 13^{ème} siècle, avec la fondation en 1236 de la Maison-Dieu et de l'Hospice de Villeneuve par Aymon de Savoie. Celui-ci les dota de biens et de privilèges, dont les vignes qui existent encore aujourd'hui. Le but charitable de cette institution s'est poursuivi pendant des siècles.

Le 19^{ème} siècle est marqué par la mise en place d'un Hôpital cantonal vaudois, puis l'inauguration du nouvel Hôpital cantonal du Bugnon en 1883 (capacité de 470

malades, soins prodigués par les diaconesses de l'Institution de Saint-Loup). En 1890, l'Hôpital acquiert le rang d'université avec une faculté de médecine complète. Au cours de la première moitié du 20^{ème} siècle, l'Hôpital cantonal est régulièrement agrandi et modernisé. Dans les années 1950, émerge le concept d'une nouvelle Cité hospitalière, suivi de la construction d'un nouveau bâtiment hospitalier, inauguré en 1982. La Cité hospitalière est rebaptisée Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) en 1975.

La seconde moitié du 20^{ème} siècle connaît une forte croissance de l'activité, avec un triplement du nombre de patients hospitalisés. Les cas sont de plus en plus lourds, principalement du fait du vieillissement de la population et des progrès de la médecine. Les soins sont alors concentrés dans le temps et l'activité hôtelière de l'hôpital perd de son importance au profit de celle de son plateau technique. Le personnel suit l'évolution de l'activité et des techniques de la prise en charge des patients.

Année	1960	2000
Nombre de lits	1 130	870
Nombre de patients hospitalisés	14 300	41 080
Durée moyenne de séjour (jours)	25	7
Personnel médical	140	550
Personnel infirmier	540	1540
Personnel total	1 230	4 460

Le défi du 21^{ème} siècle est d'assurer des soins de qualité tout en limitant les coûts, afin de répondre au mieux aux besoins de la population.

2.3.1.2. Cadre

La ville de Lausanne (altitude de 375 m) compte environ 125 000 habitants. Associée au canton de Vaud, elle regroupe 621 784 habitants. Le canton occupe une superficie de 282 km².

Comme Lausanne, les quatre autres grandes villes suisses, Bâle, Berne, Genève et Zurich sont dotées d'un Hôpital universitaire.

Le CHUV dispose d'une superficie de 215 716 m².

2.3.1.3. Missions

Hôpital en soins généraux universitaire, le CHUV, conformément à la loi hospitalière cantonale, a pour missions :

- d'assurer les soins aigus généraux pour la zone sanitaire I, ainsi que les soins palliatifs,
- d'assurer des soins hautement spécialisés pour l'ensemble du canton et les cantons voisins, sous réserve des conventions intercantionales,
- d'assurer une fonction d'enseignement et de recherche en collaboration avec la Faculté de médecine,
- de mettre les infrastructures et les moyens dont il dispose au service de la Faculté de médecine, afin de lui permettre d'assumer dans les meilleures conditions possibles sa fonction d'enseignement et de recherche.

Centre de coopération interdisciplinaire, le CHUV vise à :

- Une coopération entre médecine somatique et psychiatrie. La psychiatrie joue aujourd'hui un rôle important dans les nouveaux développements de la médecine : accompagnements de traitements, lien entre le stress et la maladie, prise en charge globale, psychogériatrie.
- Une coopération entre institutions de soins individuels et de santé communautaire. La proximité de la Policlinique Médicale Universitaire (PMU) avec le CHUV témoigne du rapprochement entre les établissements à visée de soins individuels et ceux à visée de santé communautaire. Ce rapprochement s'est concrétisé par l'affiliation de la PMU aux Hospices. Cette coopération permet de former des généralistes, de disposer d'un support technique, de favoriser les échanges avec les spécialistes et de développer des liens entre institutions universitaires et pratique médicale.
- Une coopération entre formation des professionnels de la santé et établissements de soins. Le département Ecoles des Hospices répond à cette mission de rapprochement, en renforçant les synergies, en développant le partenariat avec la pratique professionnelle, en favorisant l'accès à l'Université, en développant la recherche en soins.
- Une coopération entre divers types de formation. L'Institut d'économie et de management de la santé propose un diplôme post-grade dans ce domaine en plein développement. Un cycle postgrade d'ingénierie biomédicale a été introduit.

2.3.1.4. Moyens

En 2001, les ressources humaines comptabilisent un total de 5 195 personnes (4 455 équivalents temps plein, dont 562 pour le personnel médical et 143 agents en formation). Cette population est à majorité féminine (69%) et le CHUV fait appel à de nombreux professionnels étrangers (39%). Le CHUV dispose de 24 salles d'opération. En 2001, 509 974 repas ont été servis aux patients.

Le budget 1999 atteint des coûts totaux de 553 millions de francs suisses (354 millions d'euros), dont 327,7 pour les coûts d'hospitalisation. Les salaires représentent 361 millions de francs suisses.

2.3.1.5. Activité

Le bilan d'activité de l'année 2001 met en évidence 32 614 patients traités (27 375 hospitalisés au moins 24 heures), 273 851 journées d'hospitalisation, une durée moyenne de séjour de 8,4 jours, 873 lits (taux d'occupation de 90,5%), 2 039 naissances et 860 décès.

Les patients hospitalisés proviennent en majorité du canton de Vaud (87%).

Le bilan des prestations médicales compte 564 141 analyses de laboratoire, 11 490 actes chirurgicaux, 24 transplantations rénales, 18 hépatiques, 6 cardiaques, 3 pulmonaires et 2 614 interventions du SMUR.

2.3.2. La Psychiatrie de Liaison au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne

2.3.2.1. Contexte récent de la Psychiatrie de Liaison à Lausanne

La psychiatrie de liaison en Suisse a rapidement acquis une place au sein de l'hôpital général, surtout en Centre Hospitalier Universitaire, puis s'est étoffée. Parallèlement, la médecine psycho-sociale s'est développée. Celle-ci découle d'une restructuration de l'ensemble du département de psychiatrie, ainsi que de celui de médecine interne et de chirurgie. Devenue une branche de base indépendante, la médecine psycho-sociale ne fait partie ni de la psychiatrie, ni de la médecine sociale et préventive.

L'évolution de la psychiatrie se traduit par une collaboration de plus en plus étroite entre l'ambulatoire et l'hospitalier, un rapprochement entre la médecine somatique et la médecine psychiatrique, et une collaboration nouvelle ou renforcée entre la recherche fondamentale et la recherche clinique.

Dans ce sens, les Hospices à Lausanne ont concrétisé en 1997 certains projets :

- le Service de Psychiatrie de Liaison, dirigé par le Professeur P. Guex,
- l'Unité multidisciplinaire des Adolescents, qui s'appuie sur une collaboration entre le CHUV, la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, la Policlinique Médicale Universitaire (PMU) et l'Institut de médecine sociale et préventive,
- le Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, avec le développement d'une unité d'hospitalisation au CHUV,
- la Division d'Abus de substances, regroupant deux unités, l'Unité d'Alcoologie et l'Unité de Toxicodépendance, en collaboration avec le DUPA (Département Universitaire de Psychiatrie Adulte), le CHUV et la PMU.

Dans cette évolution générale, des innovations sont introduites sur le site de Cery (Hôpital psychiatrique situé à Prilly) :

- le Centre de recherche en neurosciences psychiatriques,
 - l'Institut universitaire de psychothérapie, nouvelle unité du DUPA.
- Lausanne bénéficie d'une longue tradition de recherche et de pratique de la psychothérapie psychanalytique et systémique, reconnue internationalement. Son activité est axée sur la formation et la recherche. Elle vise à développer l'expertise et le rayonnement de la psychiatrie universitaire vaudoise dans le domaine de la psychothérapie. L'Institut est constitué de trois centres d'études : le Centre d'étude de la famille (approches familiales et systémiques, communication non verbale et problèmes périnataux), le Centre d'étude de psychothérapies psychanalytiques et le Centre de psychothérapie comportementale et cognitive.

2.3.2.2. Organisation du Service de Psychiatrie de Liaison, dirigé par le Professeur P. Guex

2.3.2.2.1. Organisation

La collaboration de la médecine somatique et de la psychiatrie se renforce aux Hospices cantonaux, sous une forme unique en Suisse. Le 1^{er} octobre 1998, la DAMPS (Division Autonome de Médecine PsychoSociale) s'est transformée en Service de Psychiatrie de Liaison, dont la mission est de faire le lien entre pathologies physiques et psychiques.

Rattaché au DUPA, ce service se compose de trois entités :

- l'unité de liaison, active dans les différents services cliniques et aux urgences du CHUV, pour les patients âgés de 18 à 65 ans,
- l'unité de liaison de la PMU,
- le Centre d'interventions thérapeutiques brèves (CITB).

Il dispose ainsi d'une unité de consultations spécialisées au CHUV, ainsi que d'une unité ambulatoire au CHUV et à la PMU. Il offre des consultations dans des domaines tels que le sida, les soins palliatifs ou les greffes d'organes.

Le dispositif de la psychiatrie adulte mis en place autour de la cité hospitalière (CHUV, PMU, CITB) adapte les structures et les moyens à la réalité psychosomatique et assure la coordination – la liaison – avec la médecine somatique.

Il s'agit d'un exemple unique en Suisse, unique par la taille de l'équipe (35 postes à plein temps pour une cinquantaine de collaborateurs) et par le fait qu'il s'agisse d'un service à part entière, dirigé par un chef de service. Au lieu d'être limés, au vu de la conjoncture actuelle, les moyens du service ont été renforcés. Le service est passé de l'état d'une structure missionnaire à celui d'une structure dotée d'une équipe, reposant sur des accords de collaboration scientifique et budgétaire avec la médecine somatique. A partir d'une dotation de base d'une quinzaine de personnes, le service dispose maintenant d'une cinquantaine de personnes. Cette collaboration est soutenue par la Faculté de médecine de Lausanne. La présence permanente d'un infirmier de liaison aux urgences permet d'accueillir de manière adéquate les patients souffrant de dépression, se présentant en situation de crise ou venant de vivre un traumatisme psychique.

2.3.2.2.2. Fonctionnement

Les demandes des services concernés sont transmises directement à l'assistant responsable (Bip) ou par l'intermédiaire du secrétariat. En dehors des horaires, les urgences en psychiatrie de liaison sont assurées par le médecin psychiatre de garde (Bip). Pour chaque service, sont référents un assistant (ou un psychologue pour certains services spécialisés : Unité Rachis, Oncologie, Médecine de la reproduction / Maternité) et un psychiatre senior (médecin associé/adjoint ou chef de clinique). Les membres du service de psychiatrie de liaison interviennent à différents niveaux : auprès du patient, auprès des équipes médicales et soignantes et auprès de la Direction du CHUV. Cette dernière peut les solliciter pour la gestion des soins sur le plan relationnel ou via des juristes.

Les frontières du service avec les autres structures transversales de l'hôpital sont les suivantes :

- Indépendante et composée de 3 postes (un médecin « associé », un chef de clinique et un « assistant »), l'unité de psychogériatrie a pour missions l'évaluation et le suivi des sujets âgés de plus de 65 ans sur l'ensemble du site. Le service de psychiatrie de liaison a conscience des moyens limités mis en œuvre pour la psychogériatrie et de l'indépendance des deux équipes. Leur collaboration se limite à l'intervention de l'équipe de liaison la nuit et le week-end.
- L'addictologie de liaison est assurée par la psychiatrie de liaison, parfois accompagnée d'infirmiers du centre d'Addictologie.

2.3.2.2.3. Moyens humains

Globalement (psychiatrie de liaison + urgences psychiatriques), le Service disposait, fin 2002, de 35,3 postes à plein temps et employait 44 personnes :

- 17 Médecins psychiatres (14,4 ETP) : 2 Professeurs, 3 Médecins associés, 4 Chefs de clinique adjoints, 8 Médecins assistants, avec un assistant de garde 24h/24,
- 1 Cadre infirmier et 8 Infirmiers (8,5 ETP) : 5 Infirmiers des urgences, 1 Infirmier de psychiatrie de liaison, 2 Infirmières de recherche,
- 5 Psychologues (2,5 ETP),
- 2 Assistantes sociales (1,4 ETP),
- 2 Linguistes (chercheurs en sciences humaines ayant pour mission de repérer les problèmes linguistiques dans le discours médical) (1,5 ETP),
- 7 Secrétaires (6 ETP),
- 2 DESK (secrétaires alternant entre les fonctions de secrétariat, de standard et d'accueil) (1 ETP).

Parmi ces moyens humains, 19 personnes, correspondant à 12,7 ETP, sont attribuées spécifiquement à la psychiatrie de liaison : 12 Médecins psychiatres (8,5 ETP) (1 Professeur, 4 Médecins associés, 4 Chefs de clinique, 3 Assistants), 4 Psychologues (2,2 ETP), 1 Infirmier (1 ETP), 1 Assistant social (0,5 ETP) et 1 Secrétaire (0,5 ETP).

Ces ressources ont été récemment renforcées, l'équipe comptant 25 personnes en 2004. Deux nouveaux postes psychologues ont été créés : poste à 70%, spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire, dans le service de médecine interne, et poste à 100% en oncologie.

Tous ces personnels sont rattachés au service de psychiatrie de liaison. Chacun de ces postes est financé en partie par les services médico-chirurgicaux. Le reste du financement correspond à une enveloppe provenant du CHUV pour une part, et de l'hôpital psychiatrique (Cery) pour l'autre part.

2.3.2.3. Bilan d'activité du Service de Psychiatrie de Liaison

2.3.2.3.1. Rapport annuel d'activité 1998

Le Service assure une double activité, de consultation (dans les services, par les assistants, sous supervision) et de liaison (auprès des équipes et dans les consultations spécialisées du CHUV, par les médecins cadres). Le Centre d'Interventions Thérapeutiques Brèves et urgences psychiatriques (CITB) a été intégré au service, par un rapprochement par étapes, via des colloques communs et une réflexion sur l'organisation des urgences médico-chirurgico-psychiatriques. Ce rattachement suit une logique de site et de soins. Le poste d'infirmier de psychiatrie de liaison a été créé en octobre 1998.

- Activités du CITB (1998)

Le CITB assure les interventions psychiatriques et psychothérapeutiques de crise, par des prises en charge intensives ambulatoires et la possibilité d'hébergement pour une ou deux nuits. Les urgences psychiatriques ambulatoires sont ainsi prises en charge par le CITB. Les urgences psychiatriques admises au CHUV pour troubles physiques sont gérées par le service de psychiatrie de liaison.

En 1998, les demandes de prise en charge d'urgence et de crise sont en augmentation, parallèlement à l'accentuation de la précarisation des conditions de vie

dans le canton. Les interventions de crise, au nombre de 2 595, correspondent à 276 dossiers : 137 troubles de l'humeur, 92 troubles névrotiques et réactionnels, 22 schizophrénies, 25 troubles addictifs. Les urgences psychiatriques comptent 1 280 interventions, avec une augmentation de 20% par rapport à 1997.

Le CITB participe à l'enseignement pré- et postgradué, à des rencontres scientifiques, des colloques et séminaires et présente une activité de recherche.

- Activités du service de psychiatrie de liaison (1998)

Par rapport aux objectifs du projet de service, l'activité du service s'avère en 1998, encore morcelée, entre les domaines de la clinique, de l'enseignement et de la recherche.

Concernant le domaine clinique, le service de psychiatrie de liaison est intervenu en 1998 pour 1 755 patients, réalisant 8 445 consultations (3 112 en hospitalisation au CHUV, 1 285 en ambulatoire au CHUV, 882 à la Policlinique Médicale, 3 051 en prise en charge ambulatoire) et représentant 24 396 quarts d'heure de consultation. Les demandes de consultations internes (3 112) proviennent, par ordre de fréquence, des services suivants : Urgences (1 035), Chirurgie générale (251), Orthopédie-Traumatologie (233), Médecine interne B (221), Médecine interne A (183), Rhumatologie-Rééducation (181). Pour les consultations externes (1 285), les structures les plus demandeuses sont la Consultation Rachis (717), la Consultation Neurologie (175) et la Consultation Obésité (109).

Le domaine de l'enseignement inclut des activités d'enseignement pré-gradué (500 heures : médecine psycho-sociale, soins palliatifs, éthique clinique, sénologie, sexologie...), post-gradué (100 heures : psychiatrie, psychosomatique, groupes Balint, formation à la relation médecin-malade...), continu et d'encadrement de thèses.

Le domaine de la recherche est investi sous la forme de projets FNRS (Fonds National pour la Recherche Suisse), de programmes européens, de programmes soutenus par d'autres fonds extérieurs, faisant l'objet de publications. Le service bénéficie d'un rayonnement sur les plans régional (conférences, séminaires), national (comités) et international (sociétés, comme EWCL : European Workgroup Consultation/Liaison Psychiatry).

Le service organise des communications, des conférences, des séminaires, des congrès. Il présente en outre des activités administratives, facultaires. Il reçoit certains mandats, comme des expertises (évaluation de l'implantation d'un service interhospitalier de psychiatrie de liaison).

2.3.2.3.2. Rapport annuel d'activité 2002

Conformément au projet construit ces dernières années, le CITB a quasiment atteint son intégration finale au sein de l'entité Urgences / Psychiatrie de liaison. L'ensemble forme un centre unique, disposant d'un secrétariat commun. Plus particulièrement, le « bloc » Urgences / Psychiatrie de liaison dispose en commun d'un colloque quotidien (réflexions et informations sur les patients vus pendant la garde de la veille), d'un lieu unique, d'une culture et aussi d'une certaine souplesse et flexibilité dans leur fonctionnement mutuel, permettant une relation d'entraide en cas de besoin.

L'activité du service de psychiatrie de liaison reste globalement stable depuis 1997-1998, sans modification notable des chiffres jusqu'en 2002.

2.3.2.3.3. Quelques particularités de l'enseignement de l'étudiant et de la formation du médecin en psychologie médicale à Lausanne

En 1982, l'enseignement de la psychologie médicale en Suisse est devenu obligatoire et a été renommé « Médecine Psycho-sociale ». Celle-ci repose sur le modèle bio-psycho-social. L'étudiant en médecine et le jeune médecin doivent acquérir non seulement des notions de base, mais aussi l'expérience nécessaire dans l'aménagement de la relation médecin-malade, de l'entretien médical et la compréhension des aspects psychodynamiques et sociaux dans la pathogénèse et la métabolisation de la maladie (M. Burner) (9). Sa formation et sa pratique doivent lui apporter des notions psychologiques et sociologiques de l'homme sain en plus des connaissances dans le domaine de la psychologie médicale, de la psychologie du développement, de la psychologie de la personnalité et des éléments de psychophysiologie.

Dans ce cadre, le service de psychiatrie de liaison organise deux fois par an un séminaire, destiné aux nouveaux médecins assistants (« internes » en France) engagés au CHUV. La formation pré-graduée repose sur des cours théoriques, sur l'utilisation de cas cliniques et de supports vidéo. La formation post-graduée fait appel aux supervisions, aux séminaires de communication, à l'établissement de « guidelines ». Seuls les assistants de la PMU bénéficient de groupes Balint.

2.3.2.4. Synthèse de la rencontre de l'équipe du Service de Psychiatrie de Liaison (Mars 2004)

Pr F. Stiefel

En Suisse, la plus grande partie de la psychiatrie est assurée par la médecine générale et la psychiatrie de liaison, et non par la psychiatrie générale.

Le Professeur Guex, chef du service de psychiatrie de liaison, est aussi le chef du Département de Psychiatrie, qui comprend la psychiatrie adulte, la psychiatrie de l'adolescent et la psychogériatrie.

Le Professeur Stiefel est le chef adjoint du service de psychiatrie de liaison. En clinique, ce dernier intervient plus spécifiquement au niveau du service de Soins Palliatifs du CHUV, avec une supervision hebdomadaire à bihebdomadaire. De formation initiale somatique, il est par ailleurs, président de la Société Suisse de Médecine et Soins Palliatifs (SSMSP).

La démarche principale du service reste de poursuivre la réflexion sur les moyens à apporter aux services M.C.O. pour que ceux-ci soient en mesure d'assurer la dimension psychologique de leur travail.

Y. Aubry

Assistant social du service de psychiatrie de liaison (0,5 ETP).

Les demandes sont « filtrées » par les deux voies classiques :

- les assistants sociaux des services médico-chirurgicaux, pour les situations complexes,
- les membres de l'équipe de psychiatrie de liaison.

Ses missions consistent en un soutien, un accompagnement, ainsi qu'une prise en charge de certaines démarches. Il contribue à la globalité des regards sur le patient et au lien entre l'équipe de psychiatrie de liaison et les services psychiatriques généraux.

Dr P.Cochand

Médecin psychiatre associé, référent du service des Maladies Infectieuses.

De 1987 à 1996, cette collaboration, autour de la prise en charge des patients atteints de SIDA, se traduisait par un colloque hebdomadaire d'équipe pluridisciplinaire et par des consultations conjointes. A partir de l'avènement des trithérapies en 1996, les demandes d'ordre psychologiques ou psychiatriques ont considérablement chuté, les équipes se centrant davantage sur les effets secondaires des trithérapies. Depuis 1998, la collaboration a repris, principalement sous forme de consultations, avec pour principaux motifs d'appel : les états d'angoisse aiguë, les risques de passage à l'acte suicidaire et les refus de traitement.

Les consultations conjointes nécessitent une permanence des intervenants dans la durée. Le médecin somaticien initie l'entretien et en réalise une restitution finale. Le psychiatre se positionne comme consultant, tiers, pouvant opérer un travail de traduction simultanée entre le médecin et le patient. Cette approche revêt une triple utilité : pour le patient lui-même (traduction), pour le médecin (palpation de la distance qu'il entretient avec le patient) et pour la relation (souplesse, ponts entre le psychique et le somatique). En cas de situation plus psychiatrique, le psychiatre intervient sur un mode plus actif.

Dans le domaine de l'infectiologie, en particulier le VIH, le discours médical est très changeant, avec des mouvements incessants liés aux résultats des recherches sur les thérapies. Tous les six mois, apparaissent de nouveaux problèmes relevant de la psychologie médicale, de la médecine psychosociale, de la santé publique.

I.Rousselle

Psychologue, responsable de la supervision de l'équipe des psychologues.

- Les psychologues et le service de Psychiatrie de Liaison

Le service compte 7 psychologues, la plupart à temps partiel (de 30 à 100%) : 3 cadres psychologues et 4 psychologues assistantes. Les postes à 100%, en particulier les cadres, permettent d'assurer une permanence et une continuité. Les postes d'assistants à temps partiel conviennent cependant pour des missions ciblées. Les orientations psychothérapeutiques des psychologues du service sont diverses : cognitivo-comportementale, systémique, analytique. Les psychologues n'interviennent pas dans l'urgence, mais sur la prise en charge (suivis ou groupes). Leurs objectifs sont ciblés, spécifiques, s'adressant à une pathologie et pour des services spécifiques. Les psychologues peuvent assurer un suivi ambulatoire, parfois au long cours. L'aspect multidisciplinaire est respecté au sein de l'équipe de liaison.

- La psychologue et le service d'Oncologie

La liaison a débuté sous la forme de colloques, avec l'équipe soignante, tous les 15 jours. L'infirmier de liaison a pris son relais pour ce groupe, son statut le rendant mieux accepté de ses pairs. Le service de psychiatrie de liaison participe, avec des séminaires, à la formation FMH des oncologues. L'activité de la psychologue a évolué : très clinique, puis plus institutionnelle, puis prises en charge psychologiques. Enfin, elle a opéré un certain retrait, s'impliquant dans d'autres champs d'action, comme dans la Ligue contre le Cancer.

- La psychologue et les troubles du comportement alimentaire

Nouveau poste à 70%, créé spécifiquement dans ce domaine. Avec une approche cognitivo-comportementale, la psychologue intervient dans des groupes (obésité, pré-gastroplastie, anorexie), en individuel dans l'évaluation pré-gastroplastie et son suivi, ainsi que dans l'évaluation de l'anorexie.

- La psychologue diagnosticienne

Poste à 30%, cette psychologue intervient dans l'expertise juridique et contribue au diagnostic. Elle utilise des tests dans une perspective psychodynamique (TAT, Rorschach...).

S.Krenz

Psychologue assistante à 40%, d'orientation analytique, rattachée à l'Unité Rachis (service de Rhumatologie), dans le cadre de l'Ecole du Dos.

S'adressant aux lombalgies chroniques (par hernie discale ou médicalement inexpliquées), ce programme ambulatoire de réadaptation intensive d'une durée de trois semaines inclut un volet psychologique :

- consultation préliminaire avec le médecin somaticien : information sur le volet psychologique,
- évaluation psychologique préliminaire : non formalisée, recherche de contre-indications ou de motifs d'exclusion (patients en invalidité, non mobilisables),
- si inclusion dans le programme (groupe de 5 à 6 patients) : participation obligatoire à un groupe de parole à un rythme bihebdomadaire,
- réunion interdisciplinaire hebdomadaire : revue du cas de chaque patient, orientation pour le suivi,
- pour des cas particuliers : possibilité de quelques entretiens psychologiques,
- fin du programme : remise d'un rapport au rhumatologue par la psychologue.

Un programme intensif de ce type serait corrélé à une plus grande fréquence de reprise d'activité professionnelle, comparativement à une séance hebdomadaire sur plusieurs mois.

J.Darwiche

Psychologue, intervenant à la Maternité et à l'Unité de Stérilité

- Maternité

Les situations rencontrées sont des cas de décompensation du post-partum, des situations gynécologiques et oncologiques, des interruptions volontaires de grossesse.

Après une phase de conflit, la collaboration entre pédopsychiatrie et psychiatrie de liaison s'avère maintenant intéressante avec une animation conjointe de deux colloques (équipes soignantes et unité prénatale). L'infirmier de liaison anime un colloque en gynécologie, et la psychologue un autre au planning familial. L'hôpital n'est doté ni de lits de psychiatrie ni de structure d'hospitalisation mère-bébé, en cas de dysfonctionnement relationnel.

- Unité de Stérilité

La création du poste clinique de psychologue fait suite à un travail de recherche mené en commun. Elle anime un colloque hebdomadaire destiné à l'équipe pluridisciplinaire. Son autre activité est l'évaluation psychologique systématique de tous les couples demandant un traitement de l'infertilité. Cet entretien est l'occasion d'évoquer l'histoire du couple et d'évaluer la situation ainsi que les ressources du couple. Elle constitue un volet de l'évaluation d'une équipe pluridisciplinaire, dotée d'un éthicien. La décision pour un traitement de l'infertilité découle d'une discussion collégiale, bien que la décision ultime revienne au professeur de gynécologie. C'est le gynécologue (parfois accompagné du psychologue dans certaines situations) qui transmet la décision au couple.

Globalement, ces groupes de population ne présentent pas plus de troubles psychopathologiques que la population générale. Cependant, l'équipe est amenée à

refuser le traitement dans certaines situations de pronostic défavorable, bien que la décision soit prise au cas par cas. Le Comité d’Ethique de l’établissement est parfois sollicité dans certaines situations : maladies transmissibles (mucoviscidose, VIH), maladies au pronostic incertain (cancer, VIH), hommes âgés...

Dr S.Ramel

Médecin psychiatre à 10%, intervenant dans des consultations médico-psychologiques conjointes (un médecin ORL et un psychiatre) pour patients présentant des acouphènes (d’origine traumatique ou chroniques sur hypoacousie). Les situations cliniques rencontrées sont très variées, avec un éventail large entre une absence de problématique psychiatrique majeure et l’existence d’une pathologie psychiatrique clairement identifiée. Trois ou quatre consultations (durée de 45 minutes pour chacune) sont en moyenne nécessaires. Des psychotropes peuvent être proposés : anxiolytiques, antidépresseurs. Les acouphènes signent fréquemment un déséquilibre, un trouble psychique a minima. Une intrication est fréquemment retrouvée entre acouphènes et troubles psychologiques, ceux-ci pouvant être primaires ou secondaires. Le patient peut être orienté vers un neuropsychologue en cas de syndrome post-traumatique minime à modéré.

Y.Dorogi

Infirmier de psychiatrie de liaison à 100%, poste créé en 1998.

Les modalités de fonctionnement sont décrites ci-dessous.

- Origine de la demande :
- le psychiatre : l’infirmier de liaison intervient alors auprès du patient et/ou auprès des infirmiers du service médico-chirurgical.
- l’équipe infirmière : l’infirmier intervient directement auprès de l’équipe infirmière. Il n’intervient jamais auprès du patient, sans l’avis du psychiatre.

L’action de l’infirmier de liaison s’oriente de plus en plus vers la prise en charge de problèmes relationnels, au sens large (patient – équipe, médecin – infirmier).

La formulation de la demande repose sur plusieurs supports : un « bon gris », rempli par le demandeur M.C.O., ou un autre formulaire. La voie la plus utilisée reste la demande téléphonique, formulée directement à l’intervenant de liaison, référent de l’unité somatique, ou formulée indirectement via le secrétariat de la psychiatrie de liaison.

- Evaluation de la demande

L’infirmier de liaison, en affinant la demande de consultation psychiatrique, contribue à « économiser » les ressources psychiatriques.

- Interventions :
- en duo avec les infirmiers somatiques, au lit du patient,
- auprès du patient (un espace dit « maternant », dans une approche reposant sur le modèle psychodynamique dans une compréhension systémique) : l’amener à exprimer les aspects perceptifs et émotionnels de son vécu face à ce qui lui arrive,
- auprès des infirmiers (création d’un espace intermédiaire) : transmettre des informations, ventiler les émotions, restaurer la dimension subjective, identifier les mécanismes relationnels et les intégrer dans une démarche globale de soins, diminuer l’épuisement émotionnel, le désinvestissement relationnel et la dépréciation professionnelle.

L’infirmier de liaison, par sa place, permet de renforcer la réponse du psychiatre faite à l’équipe. D’autre part, il cherche à prévenir le « burn-out » de l’équipe, dont les

membres cumulent de nombreux facteurs de stress. L'infirmier de liaison intervient soit sous forme de supervision ou groupe de parole (rythme programmé), soit sous une forme ponctuelle (situations de crise). En cas de supervision de groupes pluriprofessionnels, l'infirmier de liaison est accompagné dans cette mission d'un psychiatre.

- Transmission de la réponse aux équipes soignantes

Elle peut s'effectuer selon plusieurs voies :

- le « bon gris », rarement rempli, avec un double dans le dossier patient dans le service M.C.O. et un autre double dans le dossier patient interne au service de psychiatrie de liaison,
- un autre formulaire spécifique,
- un compte-rendu écrit dans le dossier infirmier du CHUV.
 - Transmission au sein de l'équipe de liaison :
- constitution d'un dossier patient interne au service de psychiatrie de liaison,
- colloque hebdomadaire : présentation de cas difficiles,
- transmission d'informations de façon plus informelle et ponctuelle entre les membres de l'équipe.

Le délai de réponse à une demande de liaison, très variable, dépend de la réalité de la charge de travail. L'évolution des demandes a connu en cinq ans des fluctuations.

Le service de psychiatrie de liaison compte 2 infirmiers – cadres : un cadre clinique et un cadre de gestion.

Le bilan d'activité de l'infirmier de liaison sur cinq ans fait état d'une très nette inflation de l'activité, ayant débouché sur la création d'un mi-temps supplémentaire depuis le milieu d'année 2003. Il supervise environ dix équipes soignantes, poursuit le traitement des demandes ponctuelles, participe aux réflexions et suivis d'anorexiques et de certains douloureux chroniques. La place de l'infirmier apporte un complément efficace et stable de la psychiatrie de liaison, une pluridisciplinarité de l'équipe de liaison, ainsi qu'un argument économique.

2.3.2.5. Présentation de quelques recherches effectuées ou en cours dans le Service de Psychiatrie de Liaison

Pour financer ses projets de recherche, le service fait appel au Fond National pour la Recherche (FNR), aux fonds de la Ligue Suisse Contre le Cancer et à des fondations privées. L'ensemble des études réalisées dans le service découle de questionnements cliniques rencontrés dans la pratique quotidienne.

Pr F.Stiefel et Y.Dorogi

Présentation du projet INTERMED

Une étude randomisée sur 2 ans, actuellement en cours à Lausanne, porte sur une population totale de 600 patients : 200 patients ambulatoires en Diabétologie (40 patients retrouvés complexes) et 400 patients hospitalisés en Rhumatologie (100 patients complexes). Cette étude cherche à démontrer l'efficacité de la prise en charge à partir d'un dépistage basé sur les scores d'INTERMED. La moitié des patients complexes bénéficient d'une prise en charge habituelle, l'autre moitié d'une intervention psychiatrique.

Dr L.Michaud (assistant)

Présentation de 3 projets « Qualité » :

- Bilan psychologique pré-greffe et identification du patient à risque d'évolution post-opératoire défavorable,
- Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC ou « guidelines ») pour la dépression majeure en milieu somatique,
- Recommandations pour la Pratique Clinique pour l'état confusionnel aigu (« delirium ») à l'hôpital général.

P.Singy (linguiste)

Dans le domaine du langage verbal, le service a mis en place quatre études :

- Etude de la communication au sujet du transfert d'un patient du milieu psychiatrique vers le milieu somatique,
- Etude des entretiens avec des migrants non francophones,
- Etude de l'approche psychosociale des migrants francophones d'Afrique,
- Etude du sens des messages préventifs dans le SIDA.

J.Darwiche (psychologue)

Etude, coordonnée par le Centre d'Etude de la Famille, portant sur les couples ayant obtenu un enfant par aide médicale à la procréation (AMP). Son but est d'explorer la transition complexe entre le monde de l'infertilité et le monde de la parentalité.

Dr D.Stagno (chef de clinique)

L'étude « Traitement de la dépression en population oncologique » vise à comparer traitement standard et intervention psychothérapique brève de type psychodynamique (16 séances). Les hypothèses sont les suivantes :

- L'intervention psychologique est plus efficace que le traitement standard.
- L'intervention psychologique peut permettre un bénéfice spécifique : l'acquisition d'un certain degré de maturité, apprécié par le DSQ-60 (Different Scale Questionnaire).

N.Favre (psychologue)

Etude de type projet pilote sur un an, évaluant l'impact des séminaires de communication sur les capacités relationnelles des soignants. Analytique, l'approche porte sur les mécanismes mis en jeu dans la relation soignant-malade : exploration des mécanismes de défense, évaluation de la souplesse de l'organisation défensive du soignant.

Le protocole envisage l'utilisation de vidéos de situations simulant des entretiens soignant-patient, avant le séminaire et à 6 mois de la formation. Les entretiens seront analysés avec l'aide de deux instruments : le Defense Mechanism Rating Scale (DMRS), classant les mécanismes de défense, et le Psychotherapy Process Q-Set (PQS), décrivant les interactions patient-psychothérapeute.

3. Instruments d'évaluation utilisés en psychiatrie de liaison

3.1. Instruments d'évaluation autres qu'INTERMED

3.1.1. La place des instruments d'évaluation en psychiatrie de liaison

L'exercice de la psychiatrie de liaison nécessite un cadre lui permettant de définir les moyens dont elle dispose (connaissance des besoins) et d'évaluer les prestations qu'elle effectue (recueil standardisé et exploitable des données). Ce constat souligne la nécessité de disposer d'outils méthodologiques fiables, si possible universels, à la fois pour comparer les différentes expériences et pour couvrir l'ensemble de la pathologie mentale et des situations où l'intervention du psychiatre est utile pour le patient ou l'équipe médicale. Mayou et Hawton déplorait en 1986 une situation épidémiologique peu favorable à la psychiatrie de liaison : « Les données recueillies jusqu'à présent sont de mauvaise qualité, ne décrivent pas de façon adéquate les populations médicales étudiées et ne reposent pas sur une nomenclature adaptée ni sur des mesures standardisées » (28).

Les comparaisons sont rendues difficiles du fait de plusieurs variables. Les études de prévalence des troubles psychiatriques se trouvent confrontées au type de structure hospitalière (degré de spécialisation, caractère universitaire ou non, poids des différents types de service, dynamique des services), à la durée moyenne de séjour, à l'âge moyen des patients, à la composition de l'origine des patients, à la qualité des relations médecin-malade, à l'acceptation par les malades de la consultation « psy ». L'équipe de liaison, les médecins faisant appel, les liens tissés au fil du temps entre le service et les autres services, agissent comme variables dans les études portant sur l'activité de liaison. L'une des difficultés majeures dans les études de prévalence reste la difficulté de la définition du cas, les instruments appliqués à la population générale s'avérant non adaptés à la population hospitalisée. Ces instruments ne permettent pas de différencier les maladies psychiatriques proprement dites des réactions de « détresse » face à la maladie que l'on peut qualifier d' « adaptées », mais qui peuvent néanmoins nécessiter une intervention du psychiatre de liaison.

De nombreux auteurs suggèrent de disposer d'instruments utilisables à la fois pour la recherche épidémiologique et pour la détection par le somaticien de patients pour lesquels demander une intervention « psy ». Le recours à des instruments d'évaluation standardisés s'avère utile, en contribuant au diagnostic, en cas d'absence de clarté clinique ou de situation à la limite de l'infraclinique, et en mesurant de façon répétée la sévérité d'un trouble psychopathologique dans une démarche d'évaluation de l'efficacité d'un traitement.

Ces difficultés méthodologiques sont particulièrement nettes pour la dépression. Les travaux épidémiologiques anciens se rapportant aux troubles thymiques sont fondés sur des entretiens non standardisés. Les instruments classiques utilisés ensuite se sont révélés inadaptés à la population hospitalisée (William 1980, Hardy 1988) (28). Les outils psychométriques rencontrent deux écueils : le risque de sous-estimation par mauvaise détection des dépressions pauci-symptomatiques des patients dans le déni de leurs difficultés psychologiques et le risque de surestimation par la présence de signes somatiques (asthénie, anorexie, amaigrissement, troubles du sommeil) communs à la dépression et à de nombreuses maladies physiques.

Ces instruments (auto- ou hétéro-questionnaires) sont notablement sous-utilisés actuellement, bien que leur maniement soit simple. Les avis sont partagés sur les

avantages et les inconvénients de leur emploi en première ligne par des non-spécialistes, certains les considérant comme un recours fiable et économique, alors que d'autres craignent qu'ils ne donnent lieu à une double dérive : réification de la santé psychique d'une part, autonomisation abusive du monde médical à l'égard du partenariat psychiatrique d'autre part.

Dans ce contexte de mise en évidence du sous-diagnostic des troubles psychopathologiques, les quarante dernières années ont vu se multiplier les études portant sur les relations entre troubles psychologiques et troubles somatiques, en soins généraux. Leurs principaux objectifs ont été de développer des stratégies de détection des troubles psychopathologiques (outils de dépistage) et d'identifier des troubles psychologiques spécifiques en soins généraux (outils diagnostiques). Parallèlement, des progrès considérables ont été réalisés dans le domaine des classifications et de la méthodologie, et ont pu de la sorte laisser espérer l'ouverture de nouvelles perspectives dans le domaine de la recherche en soins généraux. Cependant, beaucoup de ces instruments ont échoué dans leur tentative à remplir les critères requis de validation, du fait des problèmes inhérents à la définition et à la classification des troubles mentaux en soins généraux.

3.1.2. Les aspects spécifiques des outils d'évaluation en soins généraux

De nombreuses études (Jenkins et al., 1985) et revues de la littérature ont démontré qu'un certain nombre de problèmes spécifiques rendent difficile le développement d'outils d'évaluation adaptés aux soins généraux (60). Fréquemment, les troubles psychologiques rencontrés en soins généraux ne répondent pas aux catégories diagnostiques des systèmes de classification de psychiatrie générale, comme l'ICD ou le DSM. Les médecins sont souvent confrontés à des tableaux mêlant troubles psychologiques et troubles physiques, difficiles à classer dans les catégories diagnostiques existantes. Certains patients ont des difficultés à exprimer leurs problèmes dans des termes psychologiques, les conduisant à « somatiser » leurs plaintes ou à les traduire en des problèmes sociaux.

Dans le but de structurer la complexité des troubles mentaux rencontrés en soins généraux, Goldberg et Bridges ont proposé en 1987, une classification schématique en quatre types : les affections somatiques avec troubles psychopathologiques secondaires, les affections somatiques avec troubles psychopathologiques sans lien étiologique, les troubles psychopathologiques s'exprimant sur le plan somatique et les troubles psychopathologiques à part entière (60).

Les outils d'évaluation en soins généraux doivent remplir un certain nombre de critères spécifiques : une rapidité de passation, une facilité d'administration nécessitant un entraînement limité, une applicabilité à tout type de population et de cadre, une évaluation globale pour la détection d'un spectre large de troubles mentaux, une spécificité suffisante non seulement pour les différents troubles mais aussi pour des évolutions comme la chronicité, une évaluation non limitée à l'intensité de la symptomatologie mais incluant un axe psychosocial. Ces critères s'avèrent difficiles à réunir dans le champ des soins généraux.

3.1.3. Les approches théoriques des troubles psychiatriques à la base des instruments d'évaluation en soins généraux

Dans les années 1950 et 1960, ces instruments étaient limités du fait de l'absence de définitions précises au sein des systèmes de classification des troubles mentaux

disponibles à l'époque. De plus, ils ne pouvaient être considérés comme des instruments diagnostiques au sens strict du terme. La plupart utilisaient des concepts larges destinés à qualifier des cas plutôt qu'à définir des diagnostics spécifiques. Ils empruntaient souvent des items provenant d'instruments comme le MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) et avaient recours à des tests psychologiques et à leurs principes théoriques. On peut citer dans cette catégorie le CMI (Cornell Medical Index), le 22IS (Twenty-Two Item Scale) et le GHQ (General Health Questionnaire).

Cependant, l'espoir de détecter toutes les formes de « maladies mentales » dans un sens général (chronicité comme crise, troubles mentaux d'origine toxique comme troubles mentaux organiques) n'a pu être concrétisé avec de tels outils. D'autres instruments se sont ainsi développés dans la même période, selon un concept d'évaluation plus délimité. Le HSCL (Hopkins Symptom Checklist) et le HOS (Health Opinion Scale) correspondent à une approche catégorielle. Le BDI (Beck Depression Inventory) et le CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale) se réfèrent, eux, à une approche dimensionnelle.

Dans les années 1970 s'est développée la méthode de dépistage en deux phases : passation d'un auto-questionnaire d'identification de « cas probables », suivi d'une hétéro-évaluation par des professionnels entraînés pour la confirmation du cas, voire de diagnostic spécifique.

Parallèlement, l'importance de définitions opérationnelles concernant les catégories diagnostiques ayant été reconnue, des critères, comme les RDC (Research Diagnostic Criteria, de Spitzer et al., 1978), ont été établis. L'ICD-10 et le DSM-III-R, puis le DSM-IV, découlent de ces principes. Le DSM-IV constitue un instrument clinique favorisant la rigueur et s'avère un outil de communication indispensable, en particulier entre les psychiatres et les médecins non-psychiatres. De nature catégorielle (hiérarchique pour certains groupes de troubles), ces outils facilitent l'évaluation des troubles psychopathologiques et améliorent la fiabilité de la détection. Ils permettent d'élaborer des stratégies.

Marx (44) rappelle les résultats des travaux de l'ANAES :

- Le « gold standard » de l'identification des troubles de l'adaptation est le DSM-IV, associé à un entretien semi-structuré ou structuré.
- Le « gold standard » de l'identification des troubles anxieux et/ou dépressifs recourt à un système international de classification diagnostique (DSM-IV, CIM-10, RDC de dépression majeure), associé à un entretien à visée diagnostique structuré (entretien clinique recherchant les 9 symptômes susceptibles de s'inscrire dans le contexte d'un épisode dépressif majeur DSM-IV).

Cette attitude est recommandée comme étant la plus efficace par les « Clinical Practice Guidelines ».

Les échelles d'auto-évaluation repèrent les symptômes anxieux et/ou dépressifs, par opposition au « gold standard » qui identifie les syndromes anxieux et/ou dépressifs. Ces échelles aident ainsi à déterminer quels patients devraient bénéficier d'un entretien plus approfondi à visée diagnostique. Le premier outil à être largement utilisé est le PSE (Present State Examination de l'OMS), suivi par le DIS (NIMH-Diagnostic Interview Schedule) et le CIDI (Composite International Diagnostic Interview).

Même si la méthodologie a progressé, les échelles diagnostiques standardisées restent destinées à une population suivie et traitée par les psychiatres. Cette population ne constitue qu'une portion restreinte et particulière de la population totale concernée par la morbidité psychiatrique. Cependant, ces outils ouvrent la voie vers la validation de questionnaires moins spécifiques.

3.1.4. Revue des instruments psychométriques utilisables dans le champ de la psychiatrie de liaison

Wittchen et al. (60) réalisent en 1990 une revue de ces instruments et les classent en deux groupes :

- Echelles d'évaluation, sous la forme de questionnaires d'auto-évaluation ou d'échelles d'hétéro-évaluation,
- Entretiens diagnostiques semi-structurés ou standardisés.

3.1.4.1. Instruments d'auto-évaluation

Ces outils diffèrent considérablement selon le champ des troubles couverts, la période d'évaluation et l'approche conceptuelle de la psychopathologie. Beaucoup d'entre eux n'ont pas été construits spécifiquement pour la recherche en soins généraux, mais plutôt à des fins épidémiologiques ou diagnostiques. Dans ces auto-questionnaires, les patients répondent aux questions en retenant une des réponses parmi la série proposée. Leurs avantages sont : une passation et une évaluation possibles par un personnel non professionnel avec une expérience clinique et un entraînement limités, une rentabilité en temps, un coût limité, une passation rapide à une large population, une utilisation comme dispositif de détection des sujets nécessitant un recours à la psychiatrie, l'apport d'informations supplémentaires sur l'état du patient, la disposition de données fiables. Leurs limites sont constituées par les biais de réponse (valeurs sociales), les mécanismes de défense (déli), les états de perturbation aiguë ; ils ne permettent généralement pas de spécifier l'origine des troubles, les traits de personnalité prémorbide et de différencier états aigus et états chroniques.

3.1.4.1.1. Echelles d'auto-évaluation générale de la psychopathologie (les plus utilisées : GHQ, SCL-90-R, HAD):

- Le Cornell Medical Index (CMI) est un outil de 195 items, créé en 1949 par Brodman et al., et réalisant une appréciation globale selon une approche holistique. Faisant partie des premiers outils utilisés de façon répandue dans l'évaluation de la sévérité des troubles émotionnels, il a servi fréquemment, à partir des années 1970 dans des études américaines en soins généraux, à apprécier le degré des perturbations émotionnelles par comparaison à des groupes diagnostiques. Des études ultérieures (1982) portant sur ses propriétés psychométriques se sont avérées décevantes (faible sensibilité).
- Le Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), comprenant 566 items, a été créé en 1940 par Hathaway et McKinley. Il s'agit d'un des tests les plus connus et les plus utilisés en psychologie clinique et en psychiatrie depuis les années 1940. Non développé spécifiquement pour la recherche en soins généraux et ne remplissant pas les critères requis d'instrument de dépistage (longueur, diagnostic non spécifique, niveau intellectuel minimum), il reste cependant une source de valeur pour tous les instruments d'évaluation dans ce domaine.
- La Health Opinion Scale (HOS), échelle de 20 items, créée en 1957 par MacMillan et d'appréciation délimitée selon une approche catégorielle, estime la prévalence des névroses dans des études épidémiologiques. Après avoir été

utilisé par certains investigateurs en soins généraux, il est tombé en désuétude du fait de ses références à des concepts dépassés et de ses défauts méthodologiques.

- La Twenty-Two Item Scale (22IS) est un outil de 22 items, conçu en 1962 par Langner. D'appréciation globale selon une approche unitaire, il cherche à mesurer le handicap fonctionnel causé par les symptômes psychiatriques. Utilisé dans les années 1960 à des fins épidémiologiques, il l'a été rarement dans les recherches en soins généraux.
- La Hopkins Symptom Checklist (HSCL), créée en 1976 par Derogatis et al., comprend 58 items et s'appuie sur une approche délimitée et catégorielle. Elle vise à détecter les symptômes psychiatriques (somatisation, comportement obsessionnel compulsif, sensibilité interpersonnelle, anxiété et dépression). Ses versions les plus communes sont celles à 90 items (SCL-90) et à 53 items (BSI).
- La Symptom-Checklist (SCL-90-R), établie en 1973 par Derogatis et Clearly, se compose de 90 items, phrases courtes composées de mots simples, décrivant des plaintes ou des symptômes divers. Au cours de la passation d'une durée d'environ ¼ d'heure (plus longue chez les sujets déprimés ou âgés), le sujet doit choisir, pour chacun des items, une des cinq réponses possibles (degrés 0 à 4). Elle repose sur une approche catégorielle. Appartenant aux instruments les plus connus et répandus, elle se décline sous différentes longueurs et vise à quantifier la psychopathologie sur la période actuelle (la semaine écoulée). Derogatis en a extrait une structure factorielle composée de neuf dimensions symptomatiques primaires (somatisation, symptômes obsessionnels, sensibilité interpersonnelle ou vulnérabilité, dépression, anxiété, hostilité, phobies, traits paranoïaques, traits psychotiques et symptômes divers) et trois indices globaux de gravité (GSI ou Gravité globale, PST ou Diversité des symptômes, PSDI ou Degré de malaise). Très étudiée aux USA, la SCL-90-R est disponible en différentes langues et s'avère assez largement validée et très utilisée. Elle présente une bonne sensibilité pour les perturbations psychologiques secondaires aux troubles somatoformes, anxieux et dépressifs, et pour les syndromes spécifiques comme les troubles du sommeil et les affections somatiques. En médecine, elle a été employée surtout en oncologie pour l'évaluation des réactions émotionnelles. Instrument de dépistage de valeur prédictive plus faible que le GHQ et de durée assez longue de passation, elle est cependant fréquemment utilisée dans l'évaluation de l'évolutivité de la symptomatologie dans le temps.
- Le Brief Symptom Inventory (BSI), créé en 1983 par Derogatis et Melisaratos, comprend 53 items et évalue, dans une approche catégorielle, neuf dimensions de symptômes primaires et aboutit à trois indices globaux de perturbations.
- Le General Health Questionnaire (GHQ ou Questionnaire de santé), élaboré en 1972 par Goldberg et al., est un outil de 60 items, d'appréciation globale reposant sur une approche hiérarchique. Auto-questionnaire le plus utilisé dans le monde à la fois en population générale et en services de soins généraux, le GHQ est disponible en plusieurs langues. Il est spécifiquement destiné à détecter les formes de troubles psychiatriques rencontrés chez les patients en service de médecine. Se focalisant sur les composantes psychologiques de la maladie, il couvre les questions relatives à la santé générale, au système nerveux central, aux systèmes cardiovasculaire, neuromusculaire et gastro-intestinal, au sommeil et à la vigilance, au comportement intrapersonnel, au comportement interpersonnel, aux émotions subjectives (tension, colère, dépression, anxiété). Il met à disposition un manuel de l'utilisateur. Sa fiabilité dans la mesure de

l'évolution de la sévérité de la psychopathologie a été validée. Ses versions les plus communes sont celles à 60-, 30- et 28- items. Version la plus largement validée, le GHQ-30 différencie trois groupes de populations : sujets normaux, patients ambulatoires nécessitant une prise en charge psychiatrique et patients hospitalisés présentant une symptomatologie psychiatrique sévère. Cet auto-questionnaire évalue les modifications psychologiques récentes, et la nature même des réponses implique que le GHQ puisse ne pas s'appliquer dans les troubles chroniques et durables. Goldberg recommande donc d'ajouter deux questions portant sur les antécédents psychiatriques et sur la prise ancienne ou actuelle de psychotropes. Selon l'auteur, le score du GHQ peut être interprété de trois manières : sévérité d'un trouble psychologique, estimation de la prévalence d'un trouble psychiatrique et indicateur de morbidité. Cet outil est donc utilisable dans une perspective catégorielle (définition de « cas » pathologiques ou non, à partir de notes-seuil) ou dimensionnelle (quantification du degré de souffrance psychologique subjective). Il est largement utilisé dans des populations les plus variées. En épidémiologie, il permet de détecter des cas morbides en adoptant notamment des stratégies en deux phases. En médecine interne, il facilite la détection par des non-psychiatres et compare les troubles au sein d'une même population à des temps différents. Dans l'enseignement, il permet d'apprendre aux étudiants à reconnaître les principaux symptômes psychopathologiques.

- Le Self-Reporting Questionnaire (SRQ), outil de 24 items, créé en 1980 par Harding et al., d'appréciation globale reposant sur une approche hiérarchique, a été élaboré pour dépister les troubles mentaux dans des pays en voie de développement.
- L'Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) a été élaborée en 1983 par Zigmond et Snaith, pour l'évaluation de la symptomatologie anxieuse et dépressive. Conçue pour faciliter la reconnaissance (élimination des symptômes somatiques) des troubles psychopathologiques en médecine interne, elle peut permettre de suivre l'évolution de ces troubles sous traitement, mais elle peut également servir d'instrument de dépistage, posant alors le problème d'une note-seuil. La version française a fait l'objet de travaux de validation. Sa passation est très aisée et la période étudiée concerne la semaine écoulée. Afin de faciliter son acceptation par les patients en médecine interne, il est recommandé de leur signaler qu'en aucun cas les réponses n'impliquent obligatoirement un examen psychiatrique. Les réponses sont cotées de 0 à 3 sur une échelle évaluant de manière semi-quantitative l'intensité du symptôme. L'intervalle des notes possibles s'étend pour chaque échelle de 0 à 21, les scores les plus élevés correspondant à la présence d'une symptomatologie plus sévère. Son intérêt réside essentiellement dans une approche dimensionnelle de la symptomatologie du sujet au moment même où il remplit le questionnaire. L'HAD évalue un indice de sévérité symptomatique et mesure des variables d'état. Elle n'évalue pas les manifestations plus anciennes, voire la durée des troubles.
- Les Clinical Self-Rating Scales (CSRS) représentent un outil créé en 1976 par von Zerssen, évaluant l'état psychologique des patients sur la période actuelle. Il n'est pas spécifiquement destiné aux services de soins généraux. Une bonne spécificité et une bonne sensibilité pour le dépistage de la dépression ont pu être démontrées. Largement utilisé dans les pays germanophones, en unités médicales d'hospitalisation et en soins ambulatoires, comme dans des études épidémiologiques, cet outil s'avère très sensible au changement, en particulier dans l'évaluation de l'effet des thérapeutiques.

3.1.4.1.2. Echelles d'auto-évaluation de la dépression :

- Le Beck Depression Inventory (BDI), créé en 1961 par Beck et al., composé de 21 items, et reposant sur une appréciation délimitée dans une approche dimensionnelle, est très répandu dans l'évaluation de la dépression. Les items psychopathologiques sont gradués de 0 à 3, le score indiquant le degré de sévérité de la dépression. Sa version abrégée à 13 items permet d'envisager le diagnostic de dépression clinique en cas de score supérieur à 15. Sensible au changement, il permet de mesurer dans le temps l'évolution de l'intensité. N'ayant pas reçu d'adaptation particulière en vue de son application à des patients hospitalisés en médecine ou en chirurgie, il risque de surestimer la dépression par ses items somatiques et ne permet pas de classer les syndromes mal différenciés très souvent rencontrés dans ce type de population.
- L'Echelle « H » de Beck, mesurant le degré de « hopelessness » (absence d'espoir) permet l'exploration des pensées et représentations négatives que le sujet déprimé a vis-à-vis de l'avenir, de lui-même et de son environnement (triade négative de Beck). Un score élevé (>16) est corrélé avec un risque suicidaire subséquent.
- La Zung Self-Rating Depression Scale (SDS) est une échelle de 20 items, élaborée en 1965 par Zung. Selon une approche dimensionnelle, elle évalue la dépression sur la période actuelle.
- La Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), outil de 20 items, conçu en 1977 par Radloff et d'approche dimensionnelle, vise à évaluer les niveaux actuels de la symptomatologie dépressive. Destiné à l'origine à des études en population générale, il est cependant fréquemment utilisé dans des études se rapportant aux soins généraux. Les scores différencient les patients psychiatriques hospitalisés des groupes de population générale et distinguent des niveaux de sévérité au sein de chaque groupe de patients. Il est sensible au changement après traitement. Cet instrument paraît insuffisant dans le dépistage des sujets présentant une sévérité moindre.
- L'Inventory to Diagnose Depression (IDD), créé en 1986 par Zimmerman et al., se compose de 22 items. Dans une approche dimensionnelle, il est destiné au diagnostic de trouble dépressif majeur selon le DSM et présente une sensibilité au changement.

3.1.4.1.3. Echelles d'auto-évaluation des troubles anxieux :

- La Fear Survey Schedule (FSS), à 72 items, créée en 1964 par Wolpe et Lang, repose sur une approche dimensionnelle et fait preuve d'une sensibilité au changement.
- Le Fear Questionnaire (FQ) est un outil de 23 items, sensible au changement et élaboré en 1979 par Marks et Mathews, d'approche dimensionnelle, visant à mesurer la sévérité des phobies et des symptômes anxio-dépressifs.
- Le Mobility Inventory for Agoraphobia (MI) a été créé en 1985 par Chambless et al.. Comprenant 26 items, il repose sur une approche dimensionnelle et mesure l'évitement agoraphobique dans 26 situations, ainsi que la fréquence et l'intensité de l'attaque de panique au cours de la semaine écoulée. Il est sensible au changement.

- Le Body Sensations Questionnaire (BSQ), de 17 items, a été conçu en 1984 par Chambless et al.. Sur un mode dimensionnel, il est utilisé pour évaluer la peur des sensations somatiques ressenties lors d'une situation phobogène.

3.1.4.1.4. Echelles d'auto-évaluation de l'anxiété généralisée :

- Le State-Trait Anxiety Inventory (STAI), créé en 1970 par Spielberger et al., comprend 40 items et évalue, sur un mode dimensionnel, à la fois l'anxiété-état et l'anxiété-trait.
- La Self-Rating Anxiety Scale (SAS) est un outil de 20 items, élaboré en 1971 par Zung, destiné, dans une approche dimensionnelle, à évaluer les niveaux d'anxiété, sur la semaine écoulée, dans des circonstances classiques de la vie.

3.1.4.1.5. Echelles d'auto-évaluation de l'abus/dépendance de toxiques :

Globalement, l'évaluation de ces troubles du comportement peut s'inspirer des critères diagnostiques de l'addiction comportementale proposés par Goodman (1990). Le diagnostic repose principalement sur les signes psychiques d'assuétude et de manque. Les signes physiques de dépendance et les signes de sevrage sont moins pris en compte. Les deux symptômes-clés de cette évaluation sont : l'échec répété de contrôler ce comportement et la poursuite du comportement malgré ses conséquences négatives.

Nous ne ferons que citer, à titre d'exemples, certains instruments utilisés pour quelques uns de ces troubles du comportement (alcool, tabac, jeu pathologique).

Concernant l'abus/dépendance à l'alcool, les échelles souvent utilisées sont les suivantes :

- Le Michigan Alcoholism Screening Test (MAST), à 25 items, construit en 1971 par Selzer, vise, sur un mode dimensionnel, à détecter l'alcoolisme (habitudes de consommation, conséquences médicales et sociales).
- Le CAGE, créé en 1974 par Ewing, est destiné, à l'aide de 4 items, au dépistage de l'alcoolisme, dans une approche dimensionnelle.
- Le Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ), élaboré en 1983 par Stockwell et al. et comprenant 20 items, sert à évaluer, de façon dimensionnelle, le degré de dépendance à l'alcool.
- L'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), outil de 10 items, conçu en 1989 par Babor et al., dans le cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé, vise, dans une approche dimensionnelle, à détecter précocement les sujets présentant des problèmes avec l'alcool.

La dépendance tabagique peut être évaluée à l'aide du questionnaire de tolérance de Fagerström (FTQ, 1978). Doté de huit items, celui-ci mesure l'intensité de la dépendance physique, en évaluant quantitativement et qualitativement la consommation.

Introduit en 1987 par Lesieur et Blume (traduction française par Lejoyeux), le South Oaks Gambling Screen test (SOGS) est un instrument de dépistage et d'évaluation du jeu pathologique. Il permet le recueil systématique et standardisé d'informations sur les antécédents familiaux, les antécédents personnels de jeu pathologique et les difficultés liées au jeu.

3.1.4.1.6. Echelles d'auto-évaluation des troubles somatoformes :

Le type et le mode d'évaluation des patients se présentant avec des symptômes « somatiques » dits « médicalement inexpliqués » reste inconnu et imprécis. On peut citer quelques outils.

- La Somatic Complaint List, créée en 1986 par von Zerssen, se compose de 24 items.
- Le MMPI est aussi utilisé dans ce cadre.
- Le Whitely Index (WI), fondé en 1967 par Pilowski, évalue, à l'aide de 21 items, les attitudes et croyances hypocondriaques, dans une approche dimensionnelle.

3.1.4.2. Entretiens structurés

Ils reposent sur des instructions détaillées pour la démarche diagnostique, utilisant des questions ciblées sur des symptômes spécifiques, des règles de cotation précises et des algorithmes diagnostiques. Plus consommateurs de temps que les échelles d'évaluation, ils permettent cependant d'aboutir directement à un diagnostic. Ils ne demandent pas de seconde investigation et, pour certains d'entre eux, des non-cliniciens peuvent en effectuer la passation.

- La Psychiatric Status Schedule (PSS), créée en 1970 par Spitzer et al., évalue, sur la semaine écoulée, le fonctionnement social et l'état psychologique des sujets. La passation dure une heure et elle nécessite un entraînement important même pour des psychiatres expérimentés. Utilisée dans plusieurs études cliniques et épidémiologiques aux USA entre 1968 et 1975, elle ne l'a cependant pas été en soins généraux.
- La Present State Examination (PSE), conçue en 1974 par Wing et al., est un outil de 140 items, remplis sur la base d'un entretien standardisé portant sur le dernier mois. Avec ce guide d'entretien clinique, l'évaluateur reste libre de modifier les questions et d'en ajouter en vue de clarifier certains points. Probablement le plus répandu dans le monde et le plus utilisé des instruments semi-structurés dans les services cliniques et épidémiologiques, son objectif est d'évaluer l'état psychologique actuel des patients adultes souffrant de névroses et de psychoses fonctionnelles. Dans les services de soins généraux, il a été fréquemment utilisé sous une forme modifiée, la Screening Version de Cooper (1981). De passation longue et nécessitant une longue expérience, il passe sous silence les pathologies sévères et ne permet pas de tenir compte des réactions de détresse face à une maladie physique.
- La Clinical Interview Schedule (CIS), créée en 1970 par Goldberg et al., repose sur un entretien semi-structuré portant sur la semaine écoulée. Destinée à une utilisation en médecine générale et dans les enquêtes de population générale, elle n'aboutit pas à un diagnostic. Sensible en particulier dans les cas où la symptomatologie est modérément intense, elle présente cependant une définition imprécise du cas et requiert donc les compétences cliniques de l'investigateur.
- La Psychiatric Assessment Schedule (PAS), élaborée en 1983 par Dean et al., s'appuie sur un entretien clinique semi-structuré et vise à évaluer l'état psychiatrique d'un patient (sur le mois écoulé). Les informations concernant la symptomatologie et fournies par l'entretien permettent l'application des RDC.
- La version ambulatoire de la Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID), établie en 1985 par Spitzer et Williams, repose sur un entretien structuré nécessitant des cliniciens comme évaluateurs. Elle s'adresse spécifiquement aux

patients ambulatoires en soins généraux et couvre les diagnostics majeurs du DSM. Elle apporte une évaluation psychosociale de la sévérité globale et des échelles pour certains syndromes.

- La NIMH-Diagnostic Interview Schedule (DIS), créée en 1981 par Robins et al., consiste en un entretien structuré qui permet, par l'utilisation d'un programme informatique, d'aboutir à des diagnostics (syndromes psychiatriques majeurs et sous-types), sur la période actuelle et sur la vie entière, à partir de trois systèmes diagnostiques différents (Feighner Criteria, RDC, DSM). La passation de cet outil peut être réalisée par des non-cliniciens. D'utilisation largement répandue dans de nombreux pays à travers le monde, il a été employé dans de nombreuses études, dont un certain nombre a porté sur des services de soins généraux, des hôpitaux généraux et d'autres services de médecine.
- Le Composite International Diagnostic Interview (CIDI) a été conçu en 1989 à partir d'un projet incluant l'OMS et l'ADAMHA (US Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration). Entretien standardisé et multifactoriel, il peut être utilisé pour évaluer les troubles psychologiques et élaborer des diagnostics selon les définitions et les critères de l'ICD-10 et du DSM. A l'origine, il visait des études épidémiologiques sur les troubles psychopathologiques, mais son champ peut être élargi à d'autres fins cliniques et de recherche.

En service de soins généraux, l'application d'instruments structurés, tels que le DIS et le CIDI, semble difficile du fait de leur caractère rigide, pouvant être à l'origine d'une mauvaise acceptation.

3.1.4.3. Evaluation des facteurs psychosociaux

Les indicateurs sociaux ont été abordés selon deux approches différentes, soit comme composantes de l'évolution de l'état de santé, soit comme variables ou facteurs sociaux susceptibles d'intervenir et de modifier les effets de l'environnement et des événements de vie sur la santé physique et psychologique. Aucun des instruments existants ne paraît adapté pour l'évaluation des désavantages psychosociaux en services de soins généraux. En général, l'évaluation des facteurs sociaux repose sur quatre types de moyens : les auto-questionnaires courts unidimensionnels, les questionnaires multidimensionnels, les entretiens semi-structurés et les évaluations axiales à domaines multiples et accompagnées de listes de problèmes sociaux.

Concernant les auto-questionnaires et questionnaires, la santé sociale n'est pas résumable à une dimension unique, mais revêt différents aspects, difficiles à évaluer à travers un outil unique.

Les entretiens structurés reposent sur une approche multidimensionnelle qui permet, plus facilement que les questionnaires, l'évaluation de façon distincte des désavantages et handicaps en lien avec la maladie et ceux indépendant de la maladie. On ne fera que citer ici :

- la Disability Assessment Schedule (DAS), élaborée en 1988 dans le cadre de l'OMS,
- la Social Assessment Schedule (SAS), conçue en 1981 par Weissmann et al..
- La Social Interview Schedule (SIS), créée en 1978 par Clare et Cairns, est le seul outil à avoir été spécialement conçu à des fins d'utilisation en soins généraux. Il évalue de façon systématique plusieurs domaines de la vie sociale du sujet.

Ces outils se montrent trop longs et compliqués pour une utilisation en pratique quotidienne dans les services de soins généraux. Cependant, les résultats des

recherches basées sur ces instruments ont considérablement stimulé les tentatives de développement de systèmes plus simples visant à classer les problèmes sociaux.

3.1.4.4. Intérêt d'autres outils dans le domaine de la psychiatrie de liaison

Le Mini Mental State de Folstein (MMS), créé en 1975, est plus particulièrement voué à dépister des atteintes organiques (delirium et démences).

L'Echelle visuelle analogique de Scott permet au patient de situer l'intensité de son symptôme, quelque part sur une ligne de 10 cm, tendue entre 2 points correspondant à des intensités extrêmes (comme 0 = « aucune douleur » et 10 = « douleur insupportable »). D'usage simple, elle peut être construite par le clinicien pour un problème et un patient donnés (mesure répétée pour l'évaluation de l'efficacité d'un traitement).

Des classifications de profils comportementaux peuvent être utilisées (10) : Friedman et Rosenman 1959 (type A et insuffisance coronarienne, type B, type C), Temoshok (type C et cancer et maladies auto-immunes), Grossarth-Maticek et Eysenck (type I / type C, type II / type A).

Les mécanismes de « coping », stratégies d'ajustement d'un individu face aux changements éprouvants de la vie quotidienne, aux stress de toute nature, ont fait l'objet de classifications (10) :

- Diverses échelles évaluent le coping selon deux dimensions principales, la focalisation sur l'émotion pénible engendrée par la situation de stress et la focalisation sur le problème. C'est le cas de la « Way of Coping Scale » de Lazarus et Folkman (1984) (version française adaptée et validée par Graziani en 1998) et de sa version abrégée de Vitaliano et al., applicable plus spécifiquement au contexte de maladie.
- S'inspirant de la classification des mécanismes d'ajustement de Ray et al. (1982), Consoli a proposé une classification des « stratégies d'ajustement devant une maladie somatique » qui repose sur deux critères principaux : les effets de la stratégie utilisée sur la persistance des pensées perturbatrices dans la conscience et le type de position adoptée par le sujet face à la situation stressante.

Décrite par Nemiah et Sifneos en 1970, l'alexithymie est caractérisée pour un sujet par une difficulté marquée à décrire ses sentiments (incapacité à exprimer verbalement les émotions ou les sentiments), l'absence ou la réduction de la vie imaginaire ou fantasmatique, une tendance à recourir à l'action et la manifestation de la pensée opératoire. Son exploration repose sur l'échelle d'alexithymie de Toronto, élaborée par Taylor et al. en 1985 (Toronto Alexithymia Scale), dont la version abrégée à 20 items (TAS-20) semble la plus utilisée actuellement. Initialement, l'alexithymie a été considérée comme un facteur de vulnérabilité responsable de divers troubles psychosomatiques. Elle a aussi été étudiée dans l'analyse des facteurs étiologiques et des processus d'adaptation aux situations stressantes, comme la maladie. Elle ne paraît cependant pas spécifique au champ des pathologies dites psychosomatiques, puisqu'elle serait retrouvée dans des conduites addictives, des états de stress post-traumatique. On distingue l'alexithymie-état, secondaire au stress engendré par une situation de santé par exemple, de l'alexithymie-trait, qui serait la seule à constituer un facteur de vulnérabilité somatique.

Le rôle des événements de vie sur l'évolution d'une pathologie somatique peut être appréhendée par des échelles comme le SRRS de Holmes et Rahe (1967).

D'approche plus éloignée, une expérience d'étude pilote (Tase, 1985) a tenté d'évaluer l'intérêt du test de freination à la dexaméthasone dans le dépistage des dépressions majeures chez des populations hospitalisées en médecine. D'interprétation ardue (maladie somatique pouvant être à l'origine de l'absence de freination chez un déprimé sur deux) sans valeur scientifique, cette voie de recherche a été abandonnée.

3.1.5. Conclusions et perspectives

Globalement, un certain nombre d'instruments sont disponibles, testés dans leur fidélité et dans leur validité. Beaucoup d'entre eux ont été utilisés avec succès dans des recherches en soins généraux. Le nombre important d'études réalisées ainsi que le développement dans les quatre dernières décennies de tels outils, ont largement contribué à en élaborer les concepts, en identifier les variables significatives et à approfondir les avantages et désavantages des différentes approches.

Les instruments de dépistage de santé mentale en soins généraux présentent un certain nombre de limites. Très peu d'entre eux ont été utilisés ou testés hors des Etats-Unis et de la Grande-Bretagne, d'où des interrogations sur leur applicabilité dans d'autres pays. Peu d'instruments ont été testés sous l'angle des variations culturelles : GHQ, SRQ, PAS, DIS, CIDI pour le niveau psychopathologique, SIS pour le fonctionnement social, DAS pour l'évaluation des désavantages. Leur utilisation en soins généraux est rendue difficile par leur durée de passation souvent longue et par l'entraînement important qu'ils nécessitent.

En 1992, Zumbrennen (62) écrivait ainsi que, face aux méthodes déjà bien rodées de la recherche bio-médicale, la psychiatrie de liaison commençait seulement à développer des instruments spécifiques. Ceux-ci s'adressent en effet à une réalité beaucoup plus complexe, selon une approche bio-psycho-sociale, et pour laquelle les outils de recherche utilisés en psychiatrie générale ne sont pas bien adaptés. De plus, de tels moyens d'investigation sont pratiquement inexistantes en langue française. Un effort s'impose donc, dans les pays francophones, pour adapter ou créer des instruments de recherche en psychiatrie de liaison, d'autant que l'élaboration et la réalisation d'un projet de recherche commun apparaît comme le meilleur moyen de stimuler la collaboration clinique entre somaticiens et psychiatres.

3.2. INTERMED

3.2.1. Création d'INTERMED

A l'origine, projet pilote d'un groupe international de psychiatres exerçant à l'hôpital général (European Consultation-Liaison Workgroup, ECLW), le développement d'INTERMED s'est fondé à la fois sur la recherche empirique et sur l'expérience clinique. Les membres de l'ECLW provenaient principalement des Pays-Bas (Huysse et de Jonge à Amsterdam, Slaets à La Haye), d'Allemagne (Herzog à Fribourg), d'Espagne (Lobo à Saragosse), des USA (Lyons à Chicago), du Danemark (Fink à Risskov), de Suisse (Stiefel à Lausanne).

Ce groupe rapportait à la fin des années 1990 que, malgré l'implantation de la psychiatrie de liaison à l'hôpital général, la détection et la prise en charge des patients à comorbidité psychiatrique restaient insuffisantes (32). Des études ont pu situer cette comorbidité autour de 20 à 40% selon les pathologies somatiques. Elles

ont pu montrer qu'une comorbidité psychosociale diminuait la qualité de vie des patients et de leurs proches, et induisait une consommation accrue de soins médicaux, une prolongation du séjour hospitalier et un taux de réhospitalisation plus fréquent. Il a été démontré qu'un traitement précoce des problèmes psychosociaux était efficace et réduisait les coûts de manière considérable. De plus, l'absence de langage commun, qui faciliterait le dialogue entre somaticien et psychiatre, était constaté.

Le travail de ce groupe a consisté en une réflexion de dix ans portant sur la psychiatrie de liaison. Ce mouvement s'est traduit par le développement du concept de « complexité », s'inscrivant dans une approche globale bio-psycho-sociale de l'être humain malade, dans la lignée d'Engel des années 1970 (34). Ce concept de « complexité de cas » stipule que, plutôt que de se fier à un diagnostic précis, il s'agit d'évaluer les différentes facettes qui augmentent la complexité d'un cas et nécessitent une prise en charge coordonnée dépassant les soins standards (27, 57). Dans ce contexte, le groupe souligne l'intérêt d'un outil traditionnel connu : l'anamnèse médicale qui inclurait les aspects psychosociaux (56). Les objectifs de ce groupe étaient à l'origine de repenser la consultation de psychiatrie de liaison, trop peu sollicitée ou trop souvent en aval de la chaîne de soins, et de dépister les patients qui pourraient le plus tirer profit d'une prise en charge globale.

INTERMED a ainsi été développé dans le but d'évaluer la complexité et d'identifier les facteurs freinant l'efficacité d'un traitement médical. L'ensemble de ce travail a conduit à fonder l'« INTERMED Project Group », réunissant au point de départ les centres aux Pays-Bas et en Suisse, s'élargissant ensuite à d'autres pays européens (Autriche, Espagne...). Elaboré en 1995, INTERMED se présente donc comme un outil d'évaluation de la situation d'un patient et d'orientation pour sa prise en charge. Il se réfère à la médecine intégrée et se base sur l'anamnèse médicale traditionnelle, enrichie des aspects psychosociaux et de la complexité des réseaux de soins.

3.2.2. Autres instruments d'évaluation bio-psycho-sociaux

Précurseurs d'INTERMED, l'IDIS et le COMPRI ont été fondés quelques années auparavant, dans le même esprit.

- L'IDIS, « Integral Diagnostic and Intervention System », paraissait, pour leurs auteurs, utile en association avec l'INTERMED, les deux outils présentant la même structure. Il est composé de deux parties, une partie diagnostique (IDIS-D) et une partie intervention (IDIS-I). Il a servi de base pour le développement d'INTERMED. Contrairement à ce dernier, pour lequel des variables significatives ont été sélectionnées, l'IDIS permet de décrire tous les aspects d'un patient sans une telle classification. Dans l'IDIS-I, une liste d'interventions possibles est proposée.
- Le COMPRI, « COMplexity Prediction Instrument », a été conçu pour s'adresser spécifiquement à des patients de médecine interne. Il consiste en 13 questions fermées, trois adressées au médecin, trois à l'infirmière et sept concernant le patient. Il permet de dépister les patients à risque de nécessiter une prise en charge complexe.

Après le développement d'INTERMED, ces deux outils ont été rapidement abandonnés.

3.2.3. Description de l'outil INTERMED

La passation de cet instrument repose sur un entretien structuré, semi-directif, d'une durée de 15 à 20 minutes. Il ne s'agit pas d'un questionnaire type ; les questions doivent être orientées afin d'obtenir les éléments renseignant les différents items à évaluer.

Cette grille d'anamnèse synthétise l'information de quatre domaines : domaine « biologique », domaine « psychologique », domaine « social », domaine « soins » (accès et relation du patient avec le système de soins). Leur évaluation est rapportée à une dimension temporelle, déclinée en trois périodes : l'« anamnèse » (sur les cinq dernières années précédant l'hospitalisation ou l'épisode actuels, hormis pour le domaine psychologique évalué sur la vie entière), la période « actuelle » (pendant l'hospitalisation actuelle ou la consultation) et le « pronostic » (sur les trois mois à venir). Il en résulte vingt variables cliniques : deux variables de chaque domaine pour le passé et le présent, et une variable pour chaque domaine pour le pronostic.

L'outil permet une évaluation quantitative de chaque variable, cotée suivant un gradient de sévérité croissante, de 0 (absence de trouble, de vulnérabilité ou de besoin) à 3 (sévérité des troubles ou de la vulnérabilité ou besoin d'une prise en charge immédiate et intensive). Le score total, obtenu par la somme des scores retrouvés pour chaque item, se situe donc dans une fourchette comprise entre 0 et 60. Il définit le degré de « complexité » globale du cas et fournit des données quantitatives disponibles pour la prise en charge. A partir de 21, le « cas » est considéré comme « complexe ». Un score aux alentours de 30 décrit un degré élevé de complexité et objective le sentiment ressenti par les soignants, souvent verbalisé sous le terme de « lourdeur » de la prise en charge.

3.2.4. Grille INTERMED et son utilisation

Vingt variables cliniques sont ainsi explorées, avec cinq variables par domaine (score de chaque domaine cotés sur 15).

	Anamnèse	Etat actuel	Pronostic
Biologique	Chronicité	Sévérité des symptômes	Complications et/ou déficits fonctionnels
	Complexité du diagnostic	Complexité du diagnostic	
Psychologique	Capacités de coping	Résistance au traitement	Troubles psychiatriques
	Troubles psychiatriques	Sévérité des symptômes	
Sociale	Intégration sociale	Situation de vie	Vulnérabilité sociale
	Dysfonctionnement social	Réseau social	
Soins	Intensité des traitements	Organisation des soins	Besoins en soins
	Expériences antérieures	Adéquation de la prise en charge	

Son utilisation s'adresse à des patients atteints de maladies somatiques, quelle qu'en soit la nature, sans se limiter à une pathologie spécifique. Elle s'avère particulièrement pertinente pour les patients atteints de maladies chroniques ou de pathologies complexes. Deux versions spécifiques ont été conçues pour des populations ciblées, la gériatrie et l'oncologie.

Un manuel d'utilisation d'INTERMED est disponible : « INTERMED, Integral Multidisciplinary Assessment of Health Care Needs » (English version 4, October 2000). Il inclut une description de l'outil et de la méthode pour l'utilisation, une information sur l'entretien structuré, une vignette clinique, la liste des variables cliniques à explorer ainsi que leur système de cotation (Cf. Annexe 1), les variables supplémentaires pour une utilisation dans des populations spécifiques (gériatrie, oncologie). Ce manuel propose en effet, pour guider l'entretien, des questions-types, à utiliser avec souplesse. L'examineur reste cependant libre de procéder comme il le sent, pour renseigner les différentes variables cliniques. Il peut s'aider des informations fournies par le médecin responsable (voire au cours d'un entretien conjoint) ou l'infirmière référente du patient, ainsi que des éléments extraits du dossier médical et infirmier.

3.2.5. Etudes réalisées avec INTERMED

Les premières applications et études de validité ont été menées entre 1995 et 2002 (33, 54).

La validité quant aux propriétés clinimétriques (faisabilité, flexibilité) et psychométriques (fidélité test-retest, fidélité inter-juge) s'est avérée satisfaisante :

- La fidélité inter-juge d'INTERMED a été validée (de Jonge et al., 2002) (17), par la mise en évidence d'un haut degré de concordance entre des investigateurs indépendants (un psychologue et une infirmière de psychiatrie de liaison) concernant la même information, chez 43 patients hospitalisés ou ambulatoires à Amsterdam et présentant des plaintes somatiques diverses. Ainsi, après un entraînement suffisant, la passation d'INTERMED peut être réalisée de façon fiable.
- La fidélité inter-juge s'est avérée satisfaisante aussi entre des médecins de différentes disciplines, comme entre somaticien et psychiatre (patients de médecine interne, Amsterdam).
- L'outil ne perd pas d'informations, comparé à d'autres instruments plus complexes d'évaluation bio-psycho-sociale.
- La note-seuil de 20,7 (sur 60), pour le score global de complexité selon INTERMED, a été mise en évidence et validée. Les résultats situés au-dessus de ce score orientent vers un besoin de prise en charge multidisciplinaire, même si cette notion revêt un caractère arbitraire. En effet, plutôt qu'une règle stricte, il s'agit d'un indicateur ou d'une recommandation à adapter à chaque situation clinique.

La version française a été validée. Des versions allemande, espagnole, italienne et japonaise sont également disponibles.

INTERMED a démontré sa capacité dans la description de complexité de cas, dans des populations somatiques ciblées :

- Chez 82 patients, provenant de différents services du CHUV à Lausanne (Mazzocato et al., 2000) (46) et pour lesquels une demande de consultation de Soins Palliatifs avait été formulée, INTERMED a pu montrer son utilité comme méthode d'évaluation des besoins des patients, permettant une adaptation des interventions interdisciplinaires.
- 75 patients présentant une polyarthrite rhumatoïde (service de Rhumatologie du CHUV à Lausanne) (Koch et al., 2001) (37) ont été comparés, en fonction de leurs scores INTERMED, sur les critères de sévérité de la maladie et de l'état fonctionnel d'une part, et d'intensité de la prise en charge d'autre part. INTERMED a permis d'identifier des patients complexes avec une consommation de soins accrue, de fournir des informations significatives et multifactorielles concernant le patient. Il s'est avéré facile d'utilisation et avantageux comparé à des méthodes classiques d'évaluation.
- Dans une population de 100 patients atteints de sclérose en plaques (service de Neurologie à Amsterdam) (Hoogervorst et al., 2003) (30), la valeur ajoutée d'INTERMED, comparativement à des échelles neurologiques classiques, a pu être mise en évidence, dans l'identification de leurs besoins en soins multidisciplinaires.

Un certain nombre de travaux ont étudié la validité prédictive d'INTERMED, en visant à évaluer son potentiel à prédire l'effet d'une intervention médicale par rapport à des sous-groupes de patients identifiés complexes, ne répondant pas de la même manière à un traitement médical. Il a ainsi été démontré que les scores INTERMED présentaient une excellente corrélation avec des données médicales, comme le taux d'hémoglobine glyquée (diabète insulino-dépendant), la durée de séjour (Médecine Interne), le délai d'appel pour une consultation psychiatrique, la consommation médicale, la reprise de travail, les résultats de l'école du dos (lombalgies chroniques), la qualité de vie (hémodialyse, sclérose en plaques) :

- INTERMED a permis de distinguer, selon leur degré de handicap, 100 patients présentant des lombalgies chroniques et invalidantes (services d'Orthopédie, de Rhumatologie et de Rééducation Fonctionnelle du CHUV à Lausanne) (Stiefel et al., 1999) (55) (Hauser et al., 2001) (29). Deux groupes distincts se sont différenciés par leur degré de complexité et les résultats thérapeutiques.
- INTERMED a permis d'identifier, parmi une population de 61 patients diabétiques insulino-dépendants adressés au service d'Endocrinologie de Lausanne (Fischer et al., 2000) (21), deux sous-groupes avec des degrés différents de complexité associés à une évolution clinique (taux d'hémoglobine glyquée) significativement différente. Mettant en évidence une corrélation entre un degré de complexité élevé et un contrôle métabolique insuffisant, INTERMED semble pouvoir offrir une base scientifique objective pour prévoir l'évolution clinique des sujets atteints de diabète.
- INTERMED a été utilisé sur 85 patients hospitalisés en service de Médecine Interne à Amsterdam (de Jonge et al., 2001) (16), afin de rechercher une corrélation entre leur degré de complexité et leur consommation de soins (durée de séjour, nombre de médicaments prescrits, recours à des consultations médicales spécialisées). Il est mis en évidence que les patients complexes présentent un risque accru de besoins en soins complexes et une augmentation

- de la durée de séjour. INTERMED détecterait ainsi les patients complexes à leur admission et pourrait être intégré dans la prise en charge globale précoce.
- INTERMED a été utilisé dans l'évaluation de la complexité de 166 patients hospitalisés en service de Médecine Interne à Genève (Luthy et al., 2002), en tant que facteur prédictif d'hospitalisation en centre de « convalescence ». Il ressort une corrélation entre nécessité de séjour de convalescence (après une hospitalisation en service de médecine aiguë) et niveau élevé de complexité.
 - INTERMED a démontré sa capacité à identifier, parmi 31 patients présentant des troubles urinaires (Hôpital Universitaire d'Innsbrück) (Di Gangi Herms et al., 2003) (18), les cas complexes, et donc à estimer le taux de comorbidité. Sa capacité à prédire les résultats cliniques a pu être montrée.
 - INTERMED a été utilisé, chez 100 patients de différents services somatiques à Hôpital Universitaire d'Amsterdam (de Jonge et al., 2000) (15), pour rechercher une corrélation entre le moment de la prise en charge par la psychiatrie de liaison et l'existence de facteurs de vulnérabilité sociale et/ou de dysfonctionnement psychiatrique. Il ressort une association entre appels tardifs et haut niveau de vulnérabilité sociale, de même qu'entre appels précoces et troubles psychiatriques sévères. Le moment de la prise en charge se révèle être une variable cruciale pour l'efficacité d'une intervention de psychiatrie de liaison.

Devant l'ensemble de ces résultats encourageants et l'acceptation de cet outil en médecine somatique, des études d'intervention ont été entreprises. Elles visent à évaluer si des prises en charge basées sur les profils d'INTERMED permettent d'obtenir des résultats thérapeutiques supérieurs à ceux obtenus par des suivis standards.

- L'une de ces études, actuellement en cours (débutée à Lausanne en novembre 2002, Stiefel et al.), vise à rechercher l'impact thérapeutique d'un dépistage basé sur INTERMED, dans une population de patients hospitalisés en Rhumatologie et dans une population de patients suivis en ambulatoire en Diabétologie.
- Un projet d'étude multicentrique incluant différents services hospitaliers de plusieurs pays européens est en cours d'élaboration.

3.2.6. Les applications d'INTERMED

Les apports attendus de l'outil sont représentés par l'identification de sous-groupes à forte comorbidité psychosociale et la mise à disposition de données structurées et quantitatives pour les projets thérapeutiques. Un tel entretien n'a pas pour seul but de recueillir des informations ; il s'inscrit dans un registre nécessitant des aptitudes communicationnelles et une vision globale du patient.

L'utilisation d'INTERMED requiert une formation et un entraînement. Cette formation repose sur un apprentissage individualisé, au cours de trois à cinq entretiens communs avec un formateur. Elle peut aussi se faire à partir d'enregistrements vidéo de patients (« video rating »). Plus récemment, des cours en groupe ont été proposés aux Pays-Bas, selon deux formules : une journée d'entraînement à l'utilisation de l'outil pour les soignants-investigateurs, ou deux journées de cours et de rencontres pour les coordinateurs de soins. L'outil a pu être utilisé par des infirmières de psychiatrie de liaison, des infirmières en soins généraux, des étudiants en médecine, des médecins internistes, des rhumatologues, des psychiatres et d'autres spécialistes. Dans le cas de l'infirmière-investigatrice, les auteurs recommandent que

celle-ci soit assistée du médecin pour l'exploration de deux variables, l'état biologique actuel et le pronostic biologique. Avant d'en diffuser la formation, le groupe INTERMED attend les résultats des études d'intervention et recommande pour le moment de limiter l'utilisation d'INTERMED au cadre des protocoles scientifiques.

Les domaines d'application sont variés. En pratique clinique, l'outil permet une détection de la complexité, une participation dans l'organisation des soins et une orientation des choix thérapeutiques. Il constitue un instrument clinique pour sensibiliser les somaticiens à une prise en charge plus globale. Dans le champ de la recherche, il revêt une utilité dans la stratification et l'évaluation de populations ainsi que dans une approche épidémiologique. Sur le plan de la formation et de la pédagogie, il peut favoriser la communication interdisciplinaire (via par exemple des projets de recherche communs, ou comme élément de transmission présent dans le compte-rendu d'hospitalisation adressé aux médecins généralistes, comme réalisé à Amsterdam par le service de Médecine Interne). Il peut s'adresser aux étudiants, en particulier comme grille d'anamnèse pour compléter le dossier médical du patient. INTERMED peut constituer un outil au service de la politique de santé, dans l'évaluation des besoins, la planification des ressources (humaines et financières), la mise à disposition d'une banque de données non biologiques.

Plus largement, INTERMED présente un intérêt certain dans le travail de liaison avec les équipes médico-chirurgicales, dans un esprit visant à favoriser et à améliorer la qualité de la liaison.

4. Utilisation d'INTERMED dans l'évaluation des besoins bio-psycho-sociaux et de psychiatrie de liaison, chez 194 patients hospitalisés dans trois services médico-chirurgicaux

4.1. Introduction du projet

4.1.1. Introduction

La psychiatrie de liaison se situe naturellement à une place centrale, dans le double mouvement actuel de médicalisation de la psychiatrie d'une part, et de psychologisation de la médecine du corps d'autre part. Cette dynamique de retour à une médecine globale et intégrative justifie de poursuivre la réflexion sur la place et l'organisation de la psychiatrie de liaison. Il apparaît alors nécessaire d'en rationaliser le recours, afin d'adapter les moyens aux besoins qui peuvent ainsi émerger sur un mode inflationniste. L'utilisation d'un instrument d'évaluation bio-psycho-social, comme INTERMED, pourrait contribuer à satisfaire cette recherche d'objectivation des besoins en psychiatrie de liaison.

Ce travail a été réalisé dans deux centres d'investigation, l'Hôpital Européen Georges Pompidou (H.E.G.P.) à Paris et le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes. Il a concerné trois services de Médecine – Chirurgie – Obstétrique (M.C.O.) :

- le Service de Cardiologie (C.H.U. Nantes) du Professeur Godin (Professeur Bouhour),
- le Service de Chirurgie Digestive (H.E.G.P. Paris) du Professeur Cugnenc (Professeur Berger),
- le Service d'Hépto-gastro-entérologie (H.E.G.P. Paris) du Professeur Jian (Professeur Marteau, Professeur Cellier).

Les deux services de psychiatrie de liaison de chaque centre en ont assuré la coordination :

- le Service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale ou S.H.U.P.P.M. (C.H.U. Nantes) du Professeur Vanelle (Directeur de Pôle : Professeur Vénisse) (Docteur Loirat),
- le Service de Psychologie Clinique et de Psychiatrie de Liaison (H.E.G.P. Paris) du Professeur Consoli (Docteur Bydlowski).

4.1.2. Objectifs

Notre objectif principal, dans cette réflexion, est de disposer d'un indicateur sur les « cas complexes », permettant de quantifier les besoins en psychiatrie de liaison.

Il en découle des objectifs secondaires :

- comparer l'incidence de l'appel à la psychiatrie de liaison entre les « cas complexes » et les « cas peu ou pas complexes »,
- décrire les modalités d'intervention en psychiatrie de liaison dans les deux groupes.

4.1.3. Hypothèses

Pour répondre à ces objectifs, nous avons posé plusieurs hypothèses.

L'hypothèse principale vise à montrer que, dans un service de spécialité, en unité d'hospitalisation « classique », au moins 25% des cas sont « complexes ».

Concernant les « cas complexes », nous avons formulé les hypothèses secondaires suivantes :

- En moyenne, au moins 40% du score global de complexité est redevable à des facteurs psychosociaux ou comportementaux (le score de complexité n'est pas seulement expliqué par la sévérité de l'atteinte somatique). Et plus particulièrement pour ce qui intéresse la psychiatrie de liaison, une partie non négligeable de la complexité « globale » est due à des facteurs psychologiques/psychiatriques.
- Les appels à la psychiatrie de liaison concernent plus souvent les « cas complexes » que les « cas peu ou pas complexes ».
- Les « cas complexes » requièrent une prise en charge par la psychiatrie de liaison, plus « lourde » (plus précoce ; psychiatre versus psychologue ; traitement médicamenteux) que les « cas peu ou pas complexes ».

4.2. Méthodologie

4.2.1. Cadre du protocole

4.2.1.1. Population d'étude

4.2.1.1.1. Présentation des services, description des unités

Le choix des trois services a reposé sur la coexistence de deux critères. D'une part, ces services, et plus particulièrement les unités d'investigation, sont concernés par la notion de complexité. Cette dimension est évaluée par INTERMED et ses facteurs prédisposants, pour un individu donné, sont un âge élevé et une chronicité de la pathologie. D'autre part, il préexiste un lien entre ces services et la psychiatrie de liaison, cette situation favorisant et facilitant la réalisation d'un travail de collaboration et de recherche. Par le choix de ces services, les deux C.H.U. sont représentés, ainsi que les disciplines de la médecine et de la chirurgie.

Afin d'obtenir un échantillon de population le plus homogène possible permettant une interprétation des résultats, des patients admis en unité d'hospitalisation « classique », temps plein, ont été inclus. Les hôpitaux de jour, les hôpitaux de semaine, les unités de soins intensifs, les blocs opératoires, les salles de réveil ou de réanimation ne sont donc pas concernés.

Les unités d'investigation comprennent :

- 50 lits en Cardiologie, répartis dans les deux unités d'hospitalisation « classique », le 2^{ème} Est (25 lits de cardiologie générale) et le 2^{ème} Sud (25 lits à orientation rythmologie cardiaque),
- 63 lits en Chirurgie Digestive, dans les quatre unités du service, l'unité A15 (unité de soins aigus à 15 lits, non identifiée comme unité de soins intensifs), l'unité A19 (unité classique à 19 lits), l'unité B21 (unité classique à 21 lits) et l'unité B8 (unité à 8 lits, fermée le week-end mais non référencée comme unité de semaine).
- 20 lits en Hépatogastro-entérologie, dans les deux unités d'hospitalisation temps plein, l'unité d'hospitalisation « classique » (15 lits) et l'unité de soins continus (5 lits).

4.2.1.1.2. Modalités générales de déroulement

L'investigation des trois services est décalée dans le temps, pour des raisons de faisabilité pour l'investigateur unique. La période de recrutement est très variable d'un service à l'autre en terme de durée, puisque corrélée au « turn-over » (durée moyenne de séjour) de l'unité. Les évaluations sont regroupées dans le temps pour un même service, sur la période de temps nécessaire à l'obtention d'une population de la taille escomptée.

Le calendrier est le suivant.

Service	Durée	Début	Fin
Cardiologie	3 semaines	02 juin 2003	20 juin 2003
Chirurgie digestive	12 jours	16 mars 2003	27 mars 2003
Hépto-gastro-entérologie	6 semaines	03 mars 2003	10 avril 2003

Les données sont recueillies entre le jour de l'admission dans l'unité (J1) et le troisième jour passé dans cette même unité (J3). Les patients inclus doivent ainsi être vus au début de leur séjour, afin d'éviter une interférence avec les résultats de la prise en charge, qui rendrait plus difficile l'interprétation des résultats obtenus avec INTERMED. Cependant, certaines études auraient démontré la stabilité du score INTERMED dans le temps.

Quant aux modalités pratiques, l'évaluation se déroule au lit du patient, par un investigateur unique, psychiatre, formé à l'utilisation d'INTERMED. Le protocole prévoit une durée de passation d'une heure par patient, incluant l'entretien avec le patient (INTERMED), la consultation des données figurant dans les dossiers médical et infirmier, éventuellement complétées par des informations apportées par les soignants, et la cotation de la grille INTERMED.

4.2.1.1.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Le protocole d'inclusion concerne tous les patients entrants dans l'unité, pendant la période de recrutement donnée. Il s'agit en effet d'exclure le moins de patients possible afin d'obtenir un échantillon le plus représentatif possible de l'unité d'hospitalisation.

Le protocole nécessite un nombre de sujets au moins égal à 150, répartis entre les 3 services étudiés, chiffre confirmé par P.De Jonge, statisticien du Groupe INTERMED.

Concernant les patients, les critères d'inclusion sont les suivants :

- âge supérieur ou égal à 18 ans,
- en début de séjour dans l'unité, entre J1 et J3 inclus,
- maîtrise de la langue française,
- consentement donné et recevable.

On retient les critères d'exclusion suivants :

- patient mineur,
- à plus de trois jours de l'admission,
- refus de participation,
- entretien impossible, pour des raisons somatiques, cognitives ou linguistiques,
- chirurgie de l'obésité (concernant le service de Chirurgie Digestive) ; ces patients présentent des problématiques spécifiques, en particulier psychologiques ; ils bénéficient systématiquement d'un bilan psychologique pré-gastroplastie et sont

hospitalisés pour un séjour de courte durée, avec une faible disponibilité du fait de leur organisation très chargée en rendez-vous.

4.2.1.2. Présentation du protocole aux services, sources de recrutement

Dans un premier temps, une rencontre est organisée avec chacun des chefs de service concernés. Y sont abordés les modalités suivantes : informations sur INTERMED, déroulement du protocole, objectifs visés, recueil du consentement du chef de service, organisation et coordination de l'étude.

Après recueil de l'accord des chefs de service, le projet est présenté :

- aux équipes médicales au cours de staffs,
- aux équipes paramédicales, au sein des unités concernées, de façon plus informelle, avant le début du recrutement et au cours de l'étude si besoin d'informations complémentaires.

Un document d'information destiné aux équipes est distribué et affiché dans chaque unité (Cf. annexe 2).

L'investigateur s'engage à présenter ultérieurement aux équipes les résultats de l'étude, au cours de staffs de service.

4.2.1.3. Entretien d'évaluation du patient

L'entretien débute par une présentation de l'étude au patient, au cours de laquelle il lui est remis un document d'information (Cf. Annexe 3). Son consentement est ensuite recueilli.

Puis plusieurs types de données sont collectées :

- des données socio-démographiques classiques : âge, sexe, département et ville d'habitation, nationalité, situation matrimoniale, enfant(s), niveau de scolarité, activité professionnelle,
- des données somatiques : motif d'hospitalisation, diagnostic somatique en lien direct avec l'hospitalisation actuelle.

Vient ensuite la passation d'INTERMED. Celle-ci consiste en une évaluation des vingt variables cliniques individualisées par cet outil et correspondant aux quatre dimensions (biologique ou médicale, psychologique, sociale, relation avec les soins) rapportées à la dimension temporelle elle-même déclinée en trois périodes (les cinq dernières années, période actuelle, pronostic à trois mois). Ces éléments peuvent être éventuellement complétés à l'aide des dossiers médical et infirmier, voire des équipes médicales et soignantes.

Certaines données psychologiques / psychiatriques sont spécifiquement recherchées : antécédents psychopathologiques, hospitalisation en milieu psychiatrique, suivi psychologique ou psychiatrique, traitement psychotrope (autres molécules que les hypnotiques, non pris en considération du fait de leur caractère répandu). Ces éléments sont pris en compte quelle que soit leur ancienneté (actuels ou passés). Ils constituent des données d'anamnèse « déclarées » par le patient au cours de l'interrogatoire. Elles peuvent revêtir un aspect subjectif, puisque la démarche ne s'appuie pas sur la recherche de critères diagnostiques issus des classifications internationales, type DSM-IV ou CIM-10.

En fin d'entretien, deux auto-questionnaires d'évaluation semi-quantitative sont remis au patient :

- l'HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) (cf. Annexe 4) (26),
- la SCL-90 R (Symptom Check List) (cf. Annexe 5) (26).

Celui-ci est informé que ces outils visent à détecter les manifestations psychopathologiques les plus courantes et présentées sur la semaine écoulée. Le patient a pour consigne de remettre ces questionnaires remplis à l'équipe soignante avant la fin de son séjour.

La rencontre se termine par le recueil de l'opinion du patient au sujet de l'intérêt d'un tel entretien, sous la forme d'une question ouverte.

4.2.1.4. Recueil d'informations à distance de l'entretien INTERMED

4.2.1.4.1. Durée de séjour

En fin de période de recrutement, la date de sortie (de l'unité) de chaque patient est recueillie par consultation du système informatique centralisé de l'hôpital qui collecte tous les « mouvements » (entrée, sortie). On obtient ainsi la durée de séjour, dans l'unité concernée par le recrutement, pour chaque patient inclus.

4.2.1.4.2. Eléments de psychiatrie de liaison

Ces éléments sont recueillis après la sortie du patient, par consultation des sources d'enregistrement des actes de liaison, auprès des deux services coordinateurs de psychiatrie de liaison :

- pour le Service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale (C.H.U. Nantes) : répertoire manuscrit listant chronologiquement les actes de psychiatrie de liaison, système informatique d'enregistrement des actes au cours du séjour hospitalier (« Clinicom »), rencontre des intervenants de psychiatrie de liaison et recherche d'informations cliniques auprès d'eux,
- pour le Service de Psychologie Clinique et de Psychiatrie de Liaison (H.E.G.P. Paris) : répertoire manuscrit listant chronologiquement les demandes de psychiatrie de liaison, répertoire (étiquettes via l'informatique) des actes effectués en psychiatrie de liaison, rencontre des intervenants de psychiatrie de liaison et recherche d'informations cliniques auprès d'eux.

Le contenu des informations recherchées concerne, d'une part, l'existence ou non d'une demande d'intervention de psychiatrie de liaison au cours du séjour, et d'autre part, les modalités en cas d'intervention. Ces dernières incluent : le motif de l'appel, le professionnel à l'origine de l'appel, le moment de l'appel par rapport au déroulement de l'hospitalisation, la fonction du ou des intervenants « psy », l'organisation de ces derniers, le lieu de l'intervention, la notion d'antécédents psychologiques / psychiatriques, de prise en charge spécialisée, le nombre de consultations réalisées par la psychiatrie de liaison pendant le séjour, la prescription de psychotropes (antidépresseur, anxiolytique, neuroleptique ou antipsychotique, thymorégulateur, hypnotique), le type d'intervention par rapport à l'équipe médico-chirurgicale demandeuse, le mode de transmission effectuée à l'égard de l'équipe (orale, écrite), le contenu de la transmission (vécu actuel du patient, diagnostic psychopathologique, conseils à l'équipe, propositions de prise en charge), le destinataire de la transmission, la proposition d'une prise en charge à la sortie, la modalité de la prise en charge (prescription de psychotrope(s) sans suivi, suivi ambulatoire sans prescription de psychotrope, suivi ambulatoire avec prescription de psychotrope, hospitalisation en milieu psychiatrique), la fonction et la situation de l'intervenant « psy » si patient concerné par cette proposition.

4.2.1.5. Procédures éthiques

Le patient est préalablement informé quant à l'objectif de ce travail, aux modalités de sa réalisation et quant à sa participation attendue. Cette information est transmise par voie orale (début de l'entretien, avant la passation d'INTERMED) et par voie écrite (document d'information).

Le recours à la psychiatrie de liaison s'effectue selon la voie « traditionnelle », le protocole d'étude ne modifiant en rien le fonctionnement habituel.

L'investigateur n'est pas tenu d'intervenir en cas de détection d'un cas dit « complexe ». La première raison s'explique par la position d'observateur qu'il occupe et non celle de thérapeute. La seconde tient au fait qu'INTERMED n'a pas encore prouvé son efficacité sur le plan thérapeutique (étude sur le versant interventionnel, actuellement en cours à Lausanne). Cependant, les situations à risque majeur (par exemple, risque de passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif) seront transmises à l'équipe médicale, qui restera juge de la conduite à tenir

4.2.2. Analyse statistique

4.2.2.1. Statisticiens

P. De Jonge, membre de l' « INTERMED Project Group » et psychologue statisticien à Groningen aux Pays-Bas, a été consulté comme superviseur du protocole. Il a ainsi accordé son autorisation pour l'application d'INTERMED dans le cadre de ce protocole et a apporté ses commentaires aux résultats obtenus.

H. Abbey-Huguenin, D.E.S. Santé Publique, était, de mai à novembre 2003, interne de spécialité au P.I.M.E.S.P. (Pôle d'Information Médicale, d'Evaluation et de Santé Publique) dirigé par le Professeur Lombrail au C.H.U. de Nantes. Elle a réalisé la partie méthodologie, en particulier l'analyse statistique, et a été supervisée par le Docteur Nguyen dans cette mission.

4.2.2.2. Supports de travail

4.2.2.2.1. Saisie

- Grille patient (Cf. Annexe 6)
- Liste des codages (Cf. Annexe 7)

4.2.2.2.2. Logiciel informatique

Le logiciel Excel a été utilisé pour la saisie des données.

4.2.2.3. Analyse descriptive

4.2.2.3.1. Tests utilisés

Dans un premier temps, les patients admis dans les services étudiés pendant la période de l'étude sont décrits selon (analyse descriptive portant sur l'ensemble des patients) :

- leurs caractéristiques socio-démographiques : sexe, âge, département, nationalité, situation familiale, enfant(s), niveau de scolarité, catégorie socio-professionnelle, situation professionnelle actuelle, statut par rapport à l'emploi, statut si inactif,
- leurs données somatiques : service d'hospitalisation, motif d'hospitalisation, diagnostic somatique principal, durée d'hospitalisation, provenance à l'admission en cardiologie, destination à la sortie de cardiologie,
- leur statut par rapport à l'étude : inclus ou exclu.

Les variables quantitatives sont décrites par l'estimation de la moyenne, l'écart-type, le minimum et le maximum. Les variables qualitatives sont décrites par l'estimation des effectifs et des proportions.

Dans un second temps, les patients sont comparés selon leur statut inclus ou exclu et les motifs d'exclusion sont décrits. Les distributions des variables qualitatives sont comparées à l'aide du test du Khi-deux, χ^2 . Les variables quantitatives sont comparées par le test t de Student dans les conditions de normalité, et le cas échéant par le test de Mann-Whitney sur les rangs. Les tests sont réalisés en bilatéral, le risque alpha étant fixé à 5%. Par la suite, les analyses portent exclusivement sur les patients inclus dans l'étude.

Cette analyse descriptive est ensuite menée en réalisant une stratification par service. Puis, les variables quantitatives sont comparées selon les services par une analyse de variance. Le test de Bonferroni de comparaisons multiples de moyennes est utilisé. Les distributions des variables qualitatives sont comparées par le test du Khi-deux.

Enfin, la contribution moyenne de chaque composante (biologique, psychologique, sociologique et soins) au score total moyen de l'outil INTERMED est déterminée.

4.2.2.3.2. Description et critères étudiés

- Les exclus

Les exclus sont décrits selon les critères étudiés suivants :

- les caractéristiques socio-démographiques : sexe, nationalité, enfant (s),
- les données somatiques : service d'hospitalisation,
- le statut par rapport à l'étude : motif d'exclusion.

Dans un second temps, les exclus sont comparés sur ces critères aux patients inclus.

- Les inclus

Les patients inclus dans l'étude sont décrits selon les critères étudiés :

- les caractéristiques socio-démographiques : sexe, âge, département, nationalité, situation familiale, enfant(s), niveau de scolarité, catégorie socio-professionnelle, situation professionnelle actuelle, statut par rapport à l'emploi, statut si inactif,
- les données somatiques : service d'hospitalisation, motif d'hospitalisation, diagnostic somatique principal, durée d'hospitalisation, provenance à l'admission en cardiologie, destination à la sortie de cardiologie,
- les données psychiatriques / psychologiques : antécédents « psy » déclarés, hospitalisation psychiatrique déclarée, suivi « psy » déclaré, traitement psychotrope déclaré, rétrocession et validité des échelles HAD et SCL-90R, valeur de A pour HAD, valeur de D pour HAD, valeur de A+D pour HAD, valeur de GSI pour SCL-90R, valeur de PST pour SCL-90R, valeur de PSDI pour SCL-90R,

- le degré de complexité selon INTERMED : moment de passation d'INTERMED, durée de passation, opinion sur INTERMED, score total (/60), score biologique total (/15), score psychologique total (/15), score social total (/15), score soins total (/15),
- le recours à la psychiatrie de liaison.
 - Le recours à la psychiatrie de liaison

Pour chaque patient (inclus et exclus), l'appel ou le non-appel à la psychiatrie de liaison est renseigné.

- Les modalités d'intervention de la psychiatrie de liaison

La description de ces modalités porte à la fois sur les inclus et sur les exclus, selon les critères étudiés suivants : motif de l'appel, origine de l'appel, moment de l'appel, fonction de l'intervenant psy, lieu de l'intervention, antécédents psychiatriques / psychologiques, prise en charge avant hospitalisation somatique actuelle, nombre de consultations proposées, proposition de prescription de psychotropes, nature du psychotrope prescrit, type et forme de la transmission à l'équipe, contenu de la transmission, destinataire de la transmission, prise en charge proposée à la sortie, modalité de prise en charge.

- Les sous-populations constituées par chacun des trois services M.C.O.

Les trois services sont décrits de façon différenciée selon les critères suivants :

- les caractéristiques socio-démographiques : moyenne d'âge, sexe, nationalité, statut par rapport à l'activité professionnelle,
- le statut par rapport à l'inclusion dans l'unité,
- les données somatiques : motif d'hospitalisation, diagnostic somatique principal, provenance à l'admission et destination à la sortie pour la cardiologie, durée moyenne de séjour,
- INTERMED : fréquence des cas complexes,
- le recours à la psychiatrie de liaison : nombre de sujets concernés.

4.2.2.4. Analyse comparative

4.2.2.4.1. Tests utilisés

Les patients identifiés comme complexes sont comparés à ceux identifiés comme non complexes pour les critères étudiés et pour le recours à la psychiatrie de liaison. Les variables quantitatives sont comparées par le test t de Student. Les variables qualitatives sont comparées par le test du Khi-deux.

Les mêmes tests sont utilisés pour la comparaison des cas complexes avec recours à la psychiatrie de liaison versus les cas complexes sans psychiatrie de liaison. Cependant, les variables quantitatives ne peuvent être comparées que par le test de Mann-Whitney sur les rangs, les conditions de normalité n'étant pas remplies.

4.2.2.4.2. Comparaison et critères étudiés

- Comparaison des cas complexes versus les cas non-complexes

L'un des objectifs est de mettre en évidence l'existence de différences significatives entre les cas complexes et les cas peu ou pas complexes. Il s'agit ainsi de rechercher des corrélations entre les résultats obtenus avec INTERMED et les autres caractéristiques :

- les caractéristiques socio-démographiques,
 - les données somatiques
 - les données psychiatriques / psychologiques passées ou actuelles,
 - les résultats des auto-questionnaires, HAD et SCL-90 R,
 - les scores INTERMED,
 - le recours à la psychiatrie de liaison.
- Comparaison des cas complexes avec recours à la psychiatrie de liaison versus les cas complexes sans psychiatrie de liaison

On cherche ici à mettre en évidence des différences significatives, selon les mêmes caractéristiques, entre les complexes sans psychiatrie de liaison et les complexes ayant bénéficié d'un recours à la psychiatrie de liaison. L'objectif est de déterminer, au sein de la population des patients complexes, les facteurs ayant pu motiver l'équipe soignante à faire appel à la psychiatrie de liaison.

- Caractéristiques entre les trois services M.C.O.

Des différences significatives sont recherchées entre les trois services, selon les critères précédemment cités dans la partie descriptive concernant ces trois sous-populations. Les tests sont toujours effectués en bilatéral, avec un risque alpha fixé à 5%.

4.2.2.5. Variables de confusion ou biais d'interprétation prévisibles

La relation déjà existante entre le service M.C.O. concerné et le service de psychiatrie de liaison peut jouer un rôle dans la sensibilisation au recours à la psychiatrie de liaison, en particulier pour les cas dits « complexes ». Ainsi, plusieurs facteurs peuvent potentiellement influencer sur les résultats :

- la « culture psy » du service M.C.O. étudié (sensibilité, habitudes, rapports personnalisés),
- le type et la sévérité des pathologies somatiques des patients admis dans les unités.

Un travail portant sur le recours à la psychiatrie de liaison peut avoir un effet d'annonce sur le comportement des équipes pendant cette période (sensibilisation). D'autre part, la passation d'INTERMED auprès des patients hospitalisés peut avoir un impact sur le recours à la psychiatrie de liaison et risquer de modifier les appels, soit en les majorant, par un effet de sensibilisation ou d'émergence des besoins, soit en les minorant, par l'effet « thérapeutique » (accueil, verbalisation) de l'entretien INTERMED en lui-même.

4.3. Résultats

4.3.1. Analyse descriptive

4.3.1.1. Recrutement

La période de recrutement a concerné une population de 271 patients hospitalisés, dont 77 ont été exclus selon les critères du protocole. Les 194 patients inclus sont répartis de la façon suivante :

- 54 patients dans le service d'Hépatogastro-entérologie, sur 6 semaines et sur les 20 lits,
- 67 patients dans le service de Chirurgie digestive, sur 12 jours et sur les 63 lits,
- 73 patients dans le service de Cardiologie, sur 3 semaines et sur les 50 lits.

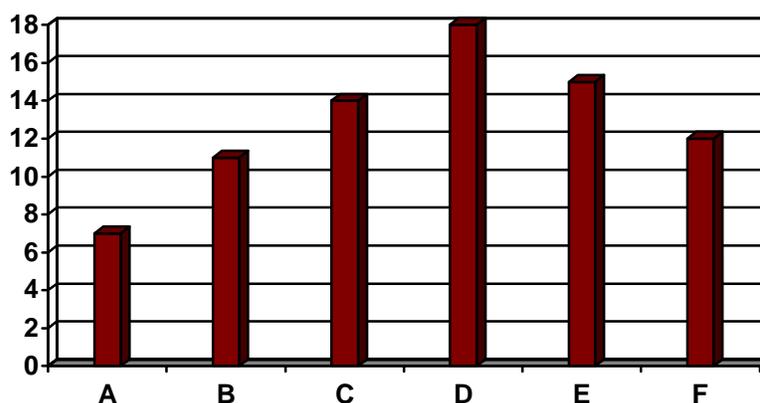
4.3.1.2. Les exclus

De façon significative, les sujets exclus sont plus souvent de nationalité étrangère (27% contre 9%), sans enfant (93,5% contre 24%) et plus jeunes en moyenne (50 ans contre 62 ans) que les sujets inclus dans l'étude. Il n'a pas été démontré de différence significative quant au sexe.

La répartition des sujets selon leur statut inclus ou exclu ne diffère pas en fonction des services enquêtés. Ainsi, 27,8% des patients inclus proviennent du service d'Hépatogastro-entérologie, 34,6% du service de Chirurgie digestive et 37,6% du service de Cardiologie.

Les 77 patients exclus sont représentés sur le graphique suivant, selon leurs motifs d'exclusion. Deux autres items sont ajoutés aux critères d'exclusion définis dans le protocole. Les « problèmes organisationnels » définissent les cas où la durée d'hospitalisation a été trop courte pour permettre une rencontre, ou ceux non vus du fait de leur absence dans l'unité (rendez-vous pour examens complémentaires). Les « doublons » caractérisent les patients admis à plusieurs reprises dans l'unité d'hospitalisation pendant la période de recrutement ; ce système permet de ne les comptabiliser qu'une seule fois.

Répartition des motifs d'exclusion



A = < 18 ans (7 patients)

B = refus (11 patients)

C = entretien impossible (14 patients : 7 pour des raisons somatiques, 4 pour des raisons linguistiques, 3 pour des raisons cognitives)

D = chirurgie de l'obésité (18 patients)

E = problèmes d'organisation (15 patients)

F = doublons (12 patients)

4.3.1.3. Les inclus

Les patients inclus représentent une population de 194 sujets. Ils sont décrits selon les critères suivants.

- Les caractéristiques socio-démographiques

L'effectif comporte 58,2% de patients du sexe masculin, avec une moyenne d'âge de 61,6 ans (minimum à 19 ans et maximum à 96 ans). On retrouve une nationalité étrangère dans 8,8% des cas et une situation maritale ou un mariage pour 60,3% des patients. 76,3% des inclus ont un ou des enfants. Les deux départements d'habitation les plus représentés sont 75-Paris (34% des patients) et 44-Loire-Atlantique (29,4% des patients). Les patients en inactivité professionnelle actuelle représentent 67%, dont plus des trois-quarts (78%) sont des retraités. Pour les 33% d'actifs, 72% travaillent sous un contrat à durée indéterminée ou dans la fonction publique. Quant au niveau de scolarité, 44,8% des patients inclus n'ont aucun diplôme ou seulement le niveau collège. Les deux catégories socio-professionnelles les plus représentées sont les employés (33%) et les ingénieurs ou cadres (22,2%).

- Les données somatiques

Les patients inclus sont répartis de la façon suivante entre les trois services d'hospitalisation :

	Effectif (N)	% des inclus
Gastro-entérologie	54	27,8
Chirurgie digestive	67	34,6
Cardiologie	73	37,6
Total	194	100,0

Tout service confondu, les motifs d'hospitalisation les plus fréquents sont :

1. douleur thoracique, syndrome coronarien aigu (35,3%)
2. intervention cardiologique non chirurgicale (13,9%)

Tout service confondu, les diagnostics somatiques principaux les plus fréquents sont :

1. tumeur maligne de l'appareil digestif (14,4%)
2. trouble du rythme ou de la conduction cardiaque (10,8%)
3. pathologie intestinale aiguë non tumorale (10,8%)

Tout service confondu, la durée moyenne de séjour dans les unités concernées est de 7,8 jours, avec une médiane à 5,0 jours. Pour les extrêmes, on relève un minimum à 1 jour et un maximum à 95 jours.

- Les données psychiatriques / psychologiques

Concernant les données psychiatriques / psychologiques passées ou actuelles, recueillies au cours de l'interrogatoire (éléments déclarés par le patient et non

vérifiés), 43,3% des patients reconnaissent avoir des antécédents ; 7,2% déclarent au moins une hospitalisation en milieu spécialisé, 19,1% un suivi psychiatrique ou psychologique. Presque un tiers (32,5%) des patients bénéficient ou ont bénéficié d'un traitement psychotrope autre qu'un hypnotique.

Les auto-questionnaires, HAD et SCL-90R, ont été rendus dans 38,7% des cas (n=75, sur 194 questionnaires remis). L'absence de deuxième passage de l'investigateur auprès du patient peut expliquer en partie ce pourcentage relativement faible de rétrocession. Parmi les 75 rendus, 72 auto-questionnaires sont valides et donc exploitables. Les scores moyens retrouvés sont relativement peu élevés, décrivant une population, globalement et en moyenne, assez peu anxieuse et dépressive. Le score moyen à la sous-échelle Anxiété de l'HAD est de 8,4 sur 21 et le score moyen à la sous-échelle Dépression de l'HAD est de 4,5 sur 21. Le score moyen global à l'HAD se situe ainsi à un niveau de 12,86 sur 42. Quant à la SCL-90 R, le score « gravité globale » moyen se chiffre à 0,53 sur 4. Ces résultats sont précisés dans le tableau suivant.

Résultats des échelles	HAD-A (/21)	HAD-D (/21)	SCL-GSI (/4)	SCL-PST	SCL-PSDI
Moyenne	8,36	4,50	0,53	30,22	1,45
Médiane	8,00	4,00	0,42	28,50	1,29
Ecart-type	3,93	3,24	0,2	16,48	0,47
Minimum	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Maximum	18,00	14,00	2,37	79,00	2,70

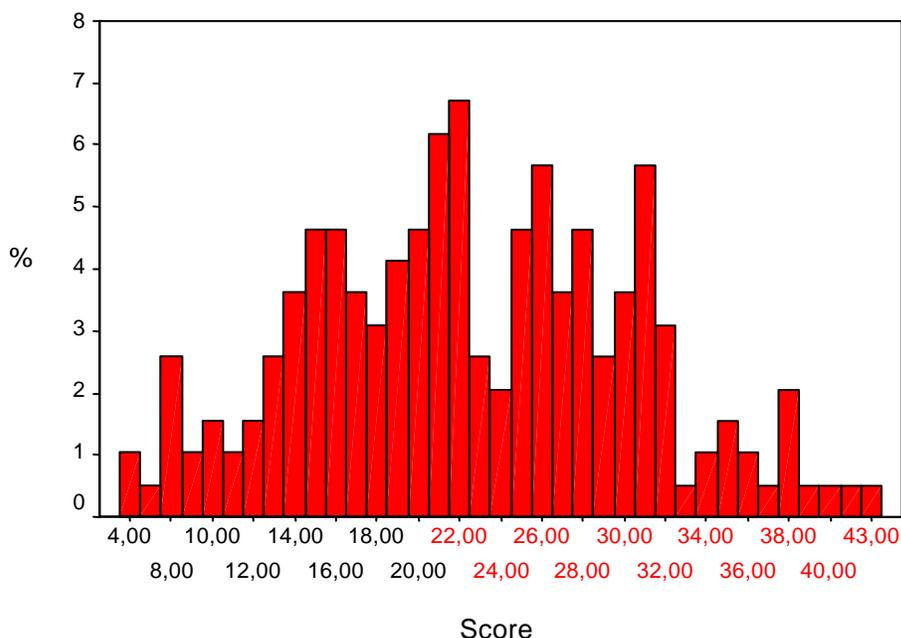
- Le degré de complexité selon INTERMED

Concernant le moment de passation d'INTERMED, les trois quarts des patients inclus ont été évalués dans les deux premiers jours de leur séjour dans l'unité d'hospitalisation : 44% au deuxième jour, 31% au premier jour et 25% au troisième jour. La durée moyenne de passation est de 18 minutes, avec un minimum à 10 minutes et un maximum à 75 minutes. Cette grande variation s'explique par l'installation progressive au cours de ce travail de facilités (habitude, aisance, souplesse) chez l'investigateur à mener l'entretien et à obtenir des réponses discriminantes pour la cotation. S'agissant d'un entretien multifactoriel d'utilisation souple, sa durée est aussi influencée par la qualité de la relation médecin-malade qui s'instaure au cours de cet entretien. L'opinion recueillie auprès des patients et concernant l'entretien INTERMED s'avère favorable dans 78,8% des cas. On trouve par ailleurs 11,9% de sans opinion, 8,8% d'opinion mitigée et 0,5% d'opinion défavorable. La plupart des patients soulignent l'effet bénéfique d'un tel entretien à l'admission, dans le sens d'une qualité d'accueil.

Le score total moyen retrouvé à l'INTERMED est de 22,6 sur 60. Ce score dépasse la note-seuil de 21 permettant de définir le concept de « cas complexe ». Ainsi, 116 patients sont retrouvés « complexes » selon INTERMED, ce qui correspond à 59,8% de la population incluse.

Le graphique suivant représente la répartition du score global INTERMED dans la population incluse.

Score total INTERMED



Valeur-seuil pour l'identification d'un cas complexe = 21

Les résultats des différentes dimensions du score INTERMED sont les suivants.

Scores INTERMED	Dimension Biologique (/15)	Dimension Psychologique (/15)	Dimension Sociale (/15)	Dimension Soins (/15)	Score Total (/60)
Moyenne	8,35	4,56	3,47	6,20	22,57
Médiane	9,00	4,00	3,00	6,00	22,00
Ecart-type	2,51	2,75	2,90	2,37	7,92
Minimum	2,00	0,00	0,00	0,00	4,00
Maximum	13,00	11,00	13,00	12,00	43,00

La participation, en termes de proportions, de chaque composante du score INTERMED a été calculée, afin de mesurer le poids relatif de chacune d'elles sur le score global. En moyenne, 33,55% du score global est expliqué par des facteurs psychosociaux et comportementaux. Ces proportions sont illustrées dans le tableau suivant.

Proportions	Composante Biologique	Composante Psychologique	Composante Sociale	Composante Soins
Moyenne	39,02%	20,10%	13,45%	27,43%
Ecart-type	11,06%	11,62%	9,00%	6,78%
Minimum	14%	0%	0%	0%
Maximum	100%	78%	39%	53%

- Le recours à la psychiatrie de liaison

Sur les 194 patients inclus, 13 ont motivé un appel à la psychiatrie de liaison. La fréquence du recours à la psychiatrie de liaison se situe ainsi à 6,7%.

4.3.1.4. Le recours à la psychiatrie de liaison

Les appels à la psychiatrie de liaison ont concerné 6,7% des inclus (13 patients sur 194 inclus) et 11,2% des patients dépistés complexes (13 patients sur les 116 cas complexes). Plus globalement, le recours à la psychiatrie de liaison a abouti pour 20 patients, 13 patients inclus et 7 patients exclus. Concernant les caractéristiques principales de ces 13 patients inclus :

- On relève 7 hommes, 8 patients ayant des enfants, 11 patients en activité professionnelle, une moyenne d'âge de 55 ans.
- 9 patients sont hospitalisés en Hépatogastro-entérologie, 2 patients en Chirurgie Digestive et 2 patients en Cardiologie. Leur durée moyenne de séjour est de 15 jours (de 2 à 95 jours, médiane à 9 jours).
- Une notion d'antécédents psychiatriques ou psychologiques a été déclarée par 9 des 13 patients.
- 7 de ces patients ont rendu les auto-questionnaires remplis et 6 de ces échelles sont valides (score moyen HAD global = 17,5 sur 42 et score moyen de « gravité globale » de la SCL-90R = 0,92 sur 4).
- On note une durée moyenne de passation de l'entretien INTERMED de 26 minutes, et une opinion favorable dans 12 cas sur 13.
- Tous (13) sont retrouvés complexes, avec un score global moyen à l'INTERMED de 30,0 sur 60.

4.3.1.5. Les modalités d'intervention de la psychiatrie de liaison

La description de ces modalités porte sur les 13 patients inclus ayant fait l'objet d'un appel à la psychiatrie de liaison.

Dans le plus grand nombre de cas, la demande émane d'un médecin de l'unité (7 cas), concerne un trouble de l'adaptation (7 cas) et est formulée aux alentours du sixième jour d'hospitalisation. Le plus souvent, l'intervention est réalisée par un psychologue (7 cas).

Des antécédents psychiatriques sont retrouvés chez 8 patients ; 7 bénéficient déjà d'une prise en charge avant l'hospitalisation actuelle ; 3 ont déjà été hospitalisés en psychiatrie ; 7 ont eu un suivi psychologique ou psychiatrique antérieur ; un d'entre eux est suivi au moment de l'investigation. Pour tous les patients (13), l'intervention se déroule dans l'unité d'hospitalisation, au lit du patient.

La consultation est répétée (plusieurs entretiens) dans 7 cas (2 consultations pour un patient, 3 consultations pour 5 patients, 4 consultations pour un patient). Des psychotropes sont prescrits ou proposés pour 3 patients : antidépresseur pour un patient, anxiolytique pour 3 patients, hypnotique pour un patient (pas de neuroleptique, ni thymorégulateur). L'intervention par rapport à l'équipe reste classique dans tous les cas, hormis un cas où des conseils pratiques et ponctuels sont administrés.

Une prise en charge est proposée à la sortie pour 8 des 13 patients : il s'agit, dans 25% des cas, d'un suivi ambulatoire sans prescription de psychotrope et, dans 75% des cas, d'un suivi associé à une prescription de psychotrope. Le suivi, proposé en ambulatoire, est orienté dans la moitié des cas sur un psychologue (4 cas), et dans l'autre moitié sur un psychiatre (4 cas). L'orientation se fait ainsi sur le secteur

psychiatrique ou le public pour 3 patients, sur le libéral pour 3 patients et sur la psychiatrie de liaison ou la psychiatrie d'un autre hôpital général pour 2 patients. Le plus souvent (10 cas), la transmission est directe, sur un mode oral. Elle est à chaque fois complétée par un écrit mis à disposition dans le dossier du patient (8 cas de dossier médical papier, 2 cas de dossier infirmier papier, 1 cas de dossier informatique, 2 cas de courrier). Le contenu le plus fréquent (11 cas) de cette transmission concerne le vécu affectif du patient, en particulier par rapport à sa situation actuelle d'hospitalisation. Le destinataire principal de l'information est l'équipe dans sa globalité (9 cas).

4.3.1.6. Les sous-populations constituées par chacun des trois services M.C.O.

A partir du service d'Hépatogastro-entérologie (H.E.G.P.), 54 patients ont été inclus (27,8% de la population incluse totale). Le recrutement a nécessité six semaines (mars - avril 2003). Cette durée de recrutement plus longue s'explique par le nombre plus faible de lits d'hospitalisation dans les unités étudiées, par comparaison aux autres services. Les caractéristiques socio-démographiques de cet échantillon sont une moyenne d'âge de 60 ans, une légère majorité de femmes (52%), une inactivité professionnelle dans 59% des cas. Le motif d'hospitalisation le plus fréquemment retrouvé est une « hémorragie digestive ou anémie » (41%) et le diagnostic somatique principal le plus représenté est une « pathologie intestinale chronique non tumorale » (28%). La durée moyenne de séjour est chiffrée à 10,7 jours. Cette population comporte 72% de patients dépistés comme cas complexes à l'aide d'INTERMED. Le recours à la psychiatrie de liaison a concerné 9 patients.

Le service de Chirurgie Digestive (H.E.G.P.) a permis d'inclure 67 patients (34,6% de la population incluse totale). Le recrutement s'est déroulé sur 12 jours (mars 2003). Concernant les caractéristiques socio-démographiques de cet échantillon, la moyenne d'âge est de 57 ans, la population est masculine à 60%, et 55% des patients sont en inactivité professionnelle. Le motif d'hospitalisation le plus fréquemment retrouvé est une « intervention chirurgicale digestive ou pariétale » (73%) et le diagnostic somatique principal le plus représenté est une « tumeur maligne de l'appareil digestif » (28%). La durée moyenne de séjour est chiffrée à 7,0 jours. Cette population comporte 43% de patients dépistés comme cas complexes à l'aide d'INTERMED. Le recours à la psychiatrie de liaison a concerné 2 patients.

Dans le service de Cardiologie (C.H.U. Nantes), 73 patients ont été inclus (37,6% de la population incluse totale) sur une période de recrutement de trois semaines (juin 2003). La moyenne d'âge est de 66 ans, avec 64% de patients du sexe masculin et 84% de patients en statut d'inactivité professionnelle. La « douleur thoracique ou le syndrome coronarien aigu » (30%) représente le motif d'hospitalisation le plus fréquent. Le diagnostic de « troubles du rythme ou de la conduction » (29%) est le plus fréquemment posé. On note une durée moyenne de séjour de 6,4 jours. A l'admission dans l'unité, les patients viennent du domicile dans 52% des cas (avec 30% d'hospitalisations programmées et 22% de non programmées), et de l'unité des soins intensifs dans 29% des cas. La sortie s'effectue vers le domicile pour 88% des patients, vers un autre centre (rééducation, convalescence) pour 7%, ou vers l'unité des soins intensifs pour 3% des patients. Les patients complexes selon INTERMED représentent 66% de l'échantillon et la psychiatrie de Liaison est intervenue pour 2 patients.

Le tableau suivant résume ces différentes données (194 patients inclus).

	Patients N (%)	D.M.S. (jours)	Diagnostic somatique principal (%)	% de Cplx	Psy. Liaison
Hépto-gastro-entérologie	54 (27,8)	10,7	1. Pathologie intestinale chronique non tumorale (28) 2. Cancer digestif (17)	72 (p)	9
Chirurgie digestive	67 (34,6)	7,0	1. Cancer digestif (28) 2. Pathologie pariétale non tumorale (22)	43	2
Cardiologie	73 (37,6)	6,4	1. Trouble du rythme ou de conduction cardiaque (29) 2. Infarctus du myocarde (26)	66	2
Total	194 (100)	7,8	1. Cancer digestif (14,4) 2. Trouble du rythme ou de conduction cardiaque (10,8)	60	13

« (p) » : fréquence des cas complexes significativement plus élevée en Hépto-gastro-entérologie (versus Chirurgie Digestive et versus Cardiologie)

4.3.2. Analyse comparative

4.3.2.1. Comparaison complexes versus non-complexes

L'évaluation INTERMED permet d'identifier 116 patients dits complexes et de chiffrer à 59,8% la fréquence de la complexité au sein de la population incluse. Cette population de patients complexes présente les caractéristiques suivantes.

Les caractéristiques socio-démographiques sont : 64 ans de moyenne d'âge, 54% d'hommes, 56% de patients en situation de mariage ou de vie maritale, 76% de patients ayant des enfants, 78% en inactivité professionnelle.

Le motif d'hospitalisation le plus fréquent est « bilan et/ou surveillance et/ou examen(s) paraclinique(s) » (14,7%) ; le diagnostic somatique le plus fréquemment posé est « tumeur maligne de l'appareil digestif » (16,4%).

Dans cette population, des antécédents psychiatriques ou psychologiques sont déclarés par 53,4% des patients, une hospitalisation en psychiatrie par 9,5%, un suivi psychiatrique ou psychologique par 25,9% et un traitement psychotrope par 38,8% d'entre eux. Parmi ces 116 patients, 41 ont rendu les auto-questionnaires remplis : score HAD total (anxiété et dépression) moyen à 15,08 sur 42, et score SCL-90 R « gravité globale » moyen à 0,64 sur 4.

Quant au degré de complexité selon INTERMED, le score global moyen est assez élevé, atteignant 27,75 sur 60. Les facteurs psychosociaux ou comportementaux

(dimension psychologique + dimension sociale), répertoriés par l'outil, représentent en moyenne 37,3% du score global de complexité. 20% en moyenne de ce même score global est redevable à des facteurs psychologiques isolés.

Au sein de cette population composée de patients complexes, le recours à la psychiatrie de liaison a concerné 13 patients (11,2% du groupe des complexes).

Le tableau suivant illustre les différences significatives (*) qui ressortent de la comparaison entre le groupe des patients complexes (score global INTERMED \geq 21) et le groupe des patients peu ou pas complexes (score global INTERMED $<$ 21). Les complexes sont en moyenne plus âgés (64 ans versus 58 ans), plus souvent inactifs (corollaire de l'âge, 77,6% versus 51,3%). Ils présentent en moyenne plus fréquemment des antécédents psychiatriques ou psychologiques (53,4% versus 28,2%), un suivi psychiatrique ou psychologique (25,9% versus 9,0%) et une prescription de psychotropes (38,8% versus 23,1%). Leurs scores moyens HAD (15,08 versus 9,80) et SCL-90 R (0,64 versus 0,37) sont significativement plus élevés. La participation du domaine biologique INTERMED est, en moyenne, proportionnellement plus faible chez les complexes que chez les non-complexes. Au contraire, le poids relatif du domaine social INTERMED dans le score global de complexité est plus important. Le recours à la psychiatrie de liaison ne concerne que le groupe des patients complexes (13 cas versus zéro).

	Patients inclus N = 194	Patients complexes N = 116	Patients peu ou pas complexes N = 78	p
Caractéristiques socio-démographiques				
Masculin	58,2%	54,3%	64,1%	0,175
Age moyen (ans)	61,6	64,1	57,9	0,014*
Mariage ou vie maritale	60,3%	56,0%	66,7%	0,596
Inactivité	67,0%	77,6%	51,3%	<0,001*
Données psychiatriques / psychologiques passées ou actuelles				
Antécédents psychiatriques	43,3%	53,4%	28,2%	<0,001*
Hospitalisation psychiatrie	7,2%	9,5%	3,8%	0,137
Suivi psychiatrique	19,1%	25,9%	9,0%	0,003*
Psychotrope (s)	32,5%	38,8%	23,1%	0,022*

HAD et SCL-90 R				
Questionnaires (N)	72	41	31	
HAD Anxiété (moyenne)	8,36	9,29	7,10	0,018*
HAD Dépression (moyenne)	4,50	5,79	2,70	<0,001*
SCL-GSI (moyenne)	0,53	0,64	0,37	0,006*
SCL-PST (moyenne)	30,22	33,88	25,39	0,029*
SCL-PSDI (moyenne)	1,45	1,60	1,24	0,001*
INTERMED				
Score total INTERMED (/60)	22,57	27,75		
Domaine biologique (moyenne)	39,02% (8,35)	35,60% (9,68)	44,11%	<0,001*
Domaine psychologique (moyenne)	20,10% (4,56)	20,02% (5,60)	20,23%	0,901
Domaine social (moyenne)	13,45% (3,47)	17,29% (4,98)	7,74%	<0,001*
Domaine soins (moyenne)	27,42% (6,20)	27,09% (7,48)	27,92%	0,404
Part psychosociale	33,55%	37,31%	27,97%	
Appels / Psychiatrie de Liaison				
Nombre	13 (6,7%)	13 (11,2%)	0	

Patients complexes : score INTERMED \geq 21 (/ 60)

Patients peu ou pas complexes : score INTERMED < 21

4.3.2.2. Comparaison complexes avec recours à la psychiatrie de liaison versus complexes sans psychiatrie de liaison

Les caractéristiques des complexes ayant fait l'objet d'un appel à la psychiatrie de liaison (versus les complexes sans psychiatrie de liaison) ont été étudiées. Le but

recherché est de différencier les deux sous-groupes et de repérer les éléments ayant pu motiver le recours à la psychiatrie de liaison, au sein de l'ensemble de la population des patients complexes. Parmi les mêmes caractéristiques étudiées que précédemment, les seules mises en évidence de façon significative (*) sont les suivantes : un suivi psychiatrique ou psychologique en moyenne plus fréquent (53,8% versus 22,3%) et un score au domaine psychologique INTERMED en moyenne plus élevé (7,08 versus 5,42). Ces résultats présentent une certaine cohérence et une logique avec le recours à la psychiatrie de liaison. Cependant, ils sont à interpréter avec prudence, puisqu'ils portent sur un échantillon de taille limitée : 13 patients « avec psychiatrie de liaison » versus 103 « sans psychiatrie de liaison ».

	Patients complexes N = 116	Complexes avec Psy de liaison N = 13	Complexes sans Psy de liaison N = 103	p
Données psychiatriques / psychologiques passées ou actuelles				
Antécédents psychiatriques	53,4%	69,2% (9)	50,5%	0,226
Hospitalisation psychiatrie	9,5%	23,1% (3)	7,8%	0,107
Suivi psychiatrique	25,9%	53,8% (7)	22,3%	0,038*
Psychotrope(s)	38,8%	53,8% (7)	36,9%	0,237
INTERMED				
Score total INTERMED (/60)	27,75	30,00	27,47	0,094
Domaine biologique (/15)	9,68	9,54	9,70	0,862
Domaine psychologique (/15)	5,60	7,08	5,42	0,031*
Domaine social (/15)	4,98	8,00	7,42	0,443
Domaine soins (/15)	7,48	30,00	27,47	0,184
Score psychosocial (/30)	10,59	12,46	10,35	0,141

4.3.2.3. Comparaison des caractéristiques entre les trois services M.C.O.

Quelques différences significatives ont été retrouvées entre les groupes d'inclusion des trois services. La moyenne d'âge est significativement supérieure dans le groupe Cardiologie (66 ans) comparativement au groupe Chirurgie Digestive (57 ans). Les patients du groupe Cardiologie sont plus nombreux en inactivité professionnelle (84%) comparativement à ceux du groupe Hépato-gastro-entérologie (59%) et à ceux du groupe Chirurgie Digestive (55%). La durée moyenne de séjour est significativement plus longue dans le groupe Hépato-gastro-entérologie (10,7 jours) que dans le groupe Cardiologie (6,4 jours). De même, le groupe Hépato-gastro-entérologie comporte une proportion de patients complexes plus importante (72%) que le groupe Cardiologie (66%) et que le groupe Chirurgie Digestive (43%). Cette fréquence plus élevée de complexité dans le service d'Hépato-gastro-entérologie peut s'expliquer par l'accueil prépondérant, dans ses unités de recrutement, de pathologies chroniques, souvent à des stades sévères de la maladie, et nécessitant fréquemment des prises en charge complexes.

4.4. Conclusions

Les principaux éléments ressortant de ce travail, finalement principalement descriptif de populations à l'aide de l'outil INTERMED, sont les suivants :

- Les cas complexes sont fréquents (60%) en unité d'hospitalisation « classique » de spécialité médicale ou chirurgicale ; ce chiffre concorde avec les résultats d'études européennes menées avec INTERMED dans des populations comparables.
- Les facteurs psychosociaux représentent plus du tiers (37%) de cette complexité et les facteurs psychologiques un cinquième (20%).
- Seulement 11,2% des patients complexes ont fait l'objet d'un appel à la psychiatrie de liaison.

Ainsi, l'hypothèse principale (au moins 25% de cas « complexes » en unité d'hospitalisation « classique ») a pu être démontrée.

Concernant les « cas complexes », la première des hypothèses secondaires a été, elle aussi, démontrée (au moins 40% du score global de complexité, redevable à des facteurs psychosociaux ou comportementaux, et une partie non négligeable de la complexité « globale », due à des facteurs psychologiques ou psychiatriques). La suivante a été validée (appels à la psychiatrie de liaison plus fréquents pour les « cas complexes » que pour les « cas peu ou pas complexes »), avec des réserves émises et une prudence quant à l'interprétation qui peut en être faite, du fait de l'échantillon restreint.

Cependant, la dernière hypothèse n'a pu être abordée (prise en charge par la psychiatrie de liaison plus « lourde » chez les complexes que chez les non complexes), du fait de l'absence de patient pour constituer le sous-groupe des non complexes ayant fait l'objet d'un recours à la psychiatrie de liaison.

L'échantillon « Intervention Psychiatrie de Liaison » s'avère trop restreint pour corrélérer degré de complexité et recours à la psychiatrie de liaison d'une part, et degré de complexité et modalités d'intervention de la psychiatrie de liaison d'autre part.

5. Réflexions sur INTERMED et perspectives pour la psychiatrie de liaison

5.1. Réflexions sur INTERMED

5.1.1. Réflexions sur les résultats obtenus

D'un point de vue statistique, les résultats obtenus avec l'outil INTERMED n'ont pas pu être corrélés avec le versant interventionnel (prise en charge par la psychiatrie de liaison). L'échantillon de patients, concernés par le recours à la psychiatrie de liaison, est en effet trop limité, ce qui peut s'expliquer par le fait que le recrutement se base sur la population des inclus (passation INTERMED). Pour les mêmes raisons, une valeur-seuil du sous-score « domaine psychologique » n'a pu être mise en évidence. Un tel résultat aurait pu paraître séduisant, en vue d'une corrélation avec le recours à la psychiatrie de liaison. Cependant, l'utilisation isolée des sous-scores de l'outil n'a pas fait l'objet de travaux de validation. Au terme de cette expérience, on peut ajouter qu'une telle démarche nous détournerait de l'esprit d'INTERMED, instrument spécifiquement élaboré dans une démarche d'approche globale de l'individu et de sa situation.

Plusieurs remarques peuvent être formulées au vu des résultats chiffrés.

La notion de complexité s'avère très fréquente en unité classique d'hospitalisation, puisqu'elle concerne presque 60% des patients hospitalisés et évalués. Plus précisément, un tiers de cette complexité est redevable à des facteurs psychosociaux et un cinquième à des facteurs psychologiques. Ces chiffres soulignent que l'évaluation et la prise en compte de ces dimensions, par les équipes de médecine et de chirurgie, s'avèrent primordiales dans la prise en charge globale de leurs patients, en particulier de ceux identifiés comme complexes. Par ailleurs, seulement 11,2% des patients complexes ont fait l'objet d'un appel à la psychiatrie de liaison. Ce chiffre limité soulève quelques interrogations. Illustre-t-il une sous-estimation des troubles psychopathologiques et une sous-utilisation de la psychiatrie de liaison ? Ou bien, est-il le reflet d'une complexité non expliquée par les facteurs psychologiques, ou, si c'est le cas, le non-recours à la psychiatrie de liaison ne s'expliquerait-il pas par l'absence de manifestation psychologique aiguë ?

5.1.2. Le point de vue des utilisateurs

Ce travail d'application et d'expérimentation de l'outil INTERMED dans les trois services de Cardiologie, de Chirurgie Digestive et d'Hépto-gastro-entérologie s'est suivi d'une démarche visant :

- d'une part, à restituer les résultats de l'étude aux différents acteurs concernés (équipes des services médico-chirurgicaux et de psychiatrie de liaison),
- d'autre part, à recueillir les réflexions, ressentis et points de vue, des patients et des équipes, sur l'outil INTERMED et sur son application dans l'évaluation des besoins de psychiatrie de liaison.

En pratique, l'opinion des patients a été recueillie, de façon non formalisée, en réponse à une question ouverte posée en fin d'entretien, lors de la passation d'INTERMED. Les réflexions des équipes médicales d'Hépto-gastro-entérologie, de Chirurgie digestive et de Cardiologie (trois services) et des équipes de psychiatrie de

liaison (deux services) ont été exprimées lors de quatre staffs de présentation des résultats de l'étude. Ces staffs se sont déroulés environ sept mois après la fin de la période de passation d'INTERMED : staff Psychiatrie Nantes (06/01/04), staff Hépatogastro-entérologie + Chirurgie Digestive (14/01/04), staff Psychiatrie Paris (15/01/04), staff Cardiologie (11/02/04).

Les résultats montrent qu'une très grande majorité des patients (78,8%) ont émis un avis favorable à l'entretien mené avec INTERMED. Ils perçoivent son intérêt, évoquant les thèmes suivants : prise en charge globale, amélioration de la relation soignant-soigné, prise en compte de leur vécu affectif, effet rassurant voire thérapeutique, interaction psyché-soma, sensibilisation et amélioration de la communication autour de certaines problématiques (situation d'hospitalisation, approche de la fin de vie et de la mort, état de souffrance, de solitude). Plusieurs patients soulignent le contexte de déshumanisation des hôpitaux, de surcharge de travail et de manque de disponibilité relationnelle des soignants. Les patients n'ayant pas exprimé d'opinion représentent 11,9% des patients inclus. 8,8% des patients ont une opinion mitigée et 0,5% une opinion défavorable. Ces derniers émettent, à l'encontre de l'entretien INTERMED, les reproches ou réserves suivants : sentiment de ne pas être concerné, superficialité des items explorés, risque de mauvaise acceptation des questions d'ordre psychosocial pouvant apparaître « hors cadre », risque de penser et de psychologiser avec la peur d'une émergence de problématiques psychologiques, doute sur un potentiel impact pratique et thérapeutique d'un tel outil, processus risquant d'entraver l'autonomisation du sujet et son adaptation face à la situation rencontrée. Schématiquement, ces positions défavorables semblent s'inscrire dans un mouvement d'allure défensive. D'autres patients interrogés suggèrent que soit intégrée, dans l'entretien, leur opinion sur la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Certains expriment leur souhait que les informations recueillies avec INTERMED puissent être transmises, tout le long de leur parcours et de leur suivi, aux différents acteurs de la prise en charge. Globalement, nous retenons que l'entretien doit être adapté à la présentation et à la « psychologie », en particulier contextuelle, du patient (prise en compte des mécanismes défensifs plus spécifiquement mis à l'œuvre, dans une visée adaptative, face à une situation somatique au potentiel déstabilisateur).

Les équipes médico-chirurgicales soulignent l'intérêt d'INTERMED dans l'évaluation globale de la situation du patient et de ses besoins ainsi que dans la description de la complexité. Les somaticiens se disent concernés par ce type d'approche et sensibles à la notion de complexité, pointant en premier lieu les problématiques sociales face auxquelles ils s'avouent parfois démunis. Ils reconnaissent la sous-détection des troubles psychopathologiques en milieu somatique, INTERMED apparaissant alors utile pour les sensibiliser et leur apporter certains éléments anamnestiques. Certaines questions, portant sur les modalités d'utilisation d'INTERMED en pratique, sont fréquemment formulées : par qui ? pour qui ? comment ? interprétation possible des sous-scores ? INTERMED leur semble en effet trop consommateur de temps pour une utilisation généralisée à tous les patients. Son application devrait ainsi être réservée à des objectifs ciblés dans un cadre précis. Les somaticiens perçoivent aussi dans INTERMED la mise à disposition de données utiles en politique de santé, en particulier dans les procédures visant à faire reconnaître leurs besoins en moyens. Certains d'entre eux se montrent intéressés par l'utilisation d'INTERMED comme outil pédagogique pour les étudiants en médecine, avec deux visées : apprentissage de la

technique d'entretien et du recueil des données anamnestiques d'une part, sensibilisation à la relation médecin-patient d'autre part. La plupart des somaticiens rencontrés déplorent la gestion de plus en plus administrative du système de santé, et soulignent que l'ouverture vers la globalité qu'offre INTERMED semble s'inscrire à contre-courant de cette évolution.

Les équipes psychiatriques pointent les bénéficiaires potentiels d'INTERMED : le psychiatre (élargir son évaluation), le médecin somaticien (prise en charge globale) et leurs équipes respectives, ainsi que la liaison entre eux. Elles mettent plus particulièrement en avant son intérêt dans la liaison, dans le travail de lien entre psychiatrie et psychologie d'une part, et médecine du corps d'autre part. Cet outil vient objectiver le vécu subjectif des soignants face aux patients décrits comme « lourds » dans la prise en charge. INTERMED leur paraît un outil plus voué à une utilisation par les services M.C.O. que par la psychiatrie. Dans une optique d'autonomisation, il renforcerait les compétences intrinsèques des soignants dans la prise en charge des patients complexes. Certains interlocuteurs soulèvent la question de la part subjective présente dans la relation soignant-soigné, non complètement prise en compte dans l'évaluation INTERMED (problème relationnel entre les deux parties, projection des angoisses des soignants sur les patients, autres manifestations symptomatiques des problématiques institutionnelles). De la même façon, dans la phase intervention de la psychiatrie de liaison du protocole, le versant liaison est difficilement évaluable (intervention informelle au sein de l'équipe soignante, réunions et staffs). Le Docteur Bydlowski, psychiatre « référent » du service d'Hépatogastro-entérologie, rapporte avoir ressenti, dans les suites de la phase de recrutement et de passation d'INTERMED, un effet positif et dynamisant pour la liaison, ainsi qu'un effet de réassurance auprès du service somatique, probablement par l'effet « immersion » (présence institutionnelle au quotidien, sans intervention directe auprès du patient) de l'investigateur de formation psychiatrique. Ce constat confirme l'argument largement reconnu qu'un travail de recherche favorise et renforce la collaboration entre services. Afin de travailler ce lien et sensibiliser les somaticiens, le Professeur Consoli propose même que ce type d'expérience ponctuelle, pouvant s'apparenter à un « sondage », puisse être renouvelée régulièrement. Il semble ressortir que ce travail de recherche a pu renforcer la sensibilisation et les liens avec les services déjà bien impliqués dans la psychologie médicale et la psychiatrie de liaison. Le recours à la psychiatrie de liaison et les liens ne semblent pas avoir été modifiés pour les autres. Face aux préoccupations de certains somaticiens portant sur la durée de séjour, le Professeur Consoli souligne que l'évaluation et le repérage des patients complexes ne sont pas un gage de raccourcissement de cette durée, mais qu'ils permettraient de rallonger le temps de latence séparant le séjour actuel d'une éventuelle réhospitalisation. Le Professeur Vanelle met en avant le rôle d'INTERMED dans la quantification de la complexité, à des fins de ressources et de moyens, pour les services somatiques. Les structures de psychiatrie de liaison doivent cependant jouer le rôle de garant du respect de l'essence et de la nature de l'outil et assurer un cadre vigilant pour d'éventuelles applications. Le Professeur Vénisse complète ces remarques en insistant sur l'intérêt que revêt INTERMED pour l'intervenant psychiatrique, dans l'appréhension plus globale du patient et dans l'élargissement des dimensions étudiées (éléments parfois peu explorés ou peu pris en considération dans l'évaluation psychiatrique classique, comme le coping, la prise en charge antérieure, les domaines médical et social).

5.1.3. Réflexions et perspectives sur l'outil INTERMED

A la lueur de ces réflexions et de ces points de vue, l'outil INTERMED recueille des réactions plutôt favorables. En premier lieu, il s'avère un instrument de sensibilisation à la complexité et à la prise en charge globale du patient, plus particulièrement adapté à une appropriation par les services M.C.O.. Dans ce sens, il apparaît un outil de qualité pour élargir le champ d'investigation et d'action de ces derniers, vers une prise en charge globale, ainsi que pour une réappropriation de la prise en charge bio-psycho-sociale du patient dans une approche intégrative. Certains auteurs avaient avancé que le but de la psychiatrie de liaison était à terme de s'effacer...

Il semble pouvoir participer, associé à d'autres modes d'évaluation, à la démarche de rationalisation de la demande et d'objectivation des besoins de psychiatrie de liaison. L'outil ne semble pas répondre, à lui seul, à l'objectif de rationalisation du recours à la psychiatrie de liaison et doit pouvoir s'intégrer dans une évaluation plus large et globale réalisée par l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale. Il s'agit en effet d'un instrument global d'évaluation, non destiné à une utilisation parcellaire ou isolée de certains domaines et sous-scores.

Cet instrument semble requérir l'instauration d'un cadre vigilant et prudent, dans l'optique d'une éventuelle application pratique dans les services M.C.O.. En effet, il nous paraît nécessaire de rappeler ici, et de façon plus générale, les risques et les dangers de l'utilisation non cadrée d'un outil d'évaluation psychologique par les somaticiens. Ainsi, à côté des avantages (évaluation, objectivation, réassurance, langage commun entre soignants), certains arguments plus nuancés peuvent être mis en avant :

- le risque d'un pseudo-savoir, lorsque les connaissances théoriques manquent pour l'interprétation des résultats, avec le danger d'une autonomisation abusive du monde médical à l'égard du partenariat psychiatrique,
- le risque de réification de la santé psychique (réduire le sujet à une « étiquette », à une « personnalité-type » ou à un score ; recourir à ces outils comme à un examen complémentaire),
- le risque de modifier, dans le sens d'une cristallisation, la relation thérapeutique, par l'instauration d'une distance entre les deux protagonistes.

Ces risques, pouvant détourner ces outils vers un usage à orientation purement « scientifique », peuvent cependant être tempérés, en réintroduisant la dimension humaine et psychologique, via la notion de relation soignant-soigné. Il s'agit de garder à l'esprit que ces échelles, dans leur ensemble, ne constituent qu'un reflet partiel des vécus des sujets soignés et soignants.

Toutefois, pour revenir à INTERMED, celui-ci apparaît avant tout un excellent outil pour travailler la liaison et la communication (mise à disposition d'un discours et d'un vocabulaire communs) entre services médico-chirurgicaux et services de psychiatrie, sur les trois axes de leurs missions hospitalo-universitaires communes : la clinique, l'enseignement et la recherche.

Ces conclusions soulignent l'intérêt de développer des études complémentaires pour mieux évaluer et définir la place d'INTERMED au sein de la pratique de la psychiatrie de liaison.

On pourrait ainsi proposer de mieux définir les besoins des cas identifiés comme complexes par INTERMED. Un autre travail pourrait comparer INTERMED à des questionnaires psychiatriques classiques, pour chercher à démontrer qu'INTERMED serait un outil plus performant dans l'identification des patients à risque de mauvaise adaptation à la maladie, de moins bons résultats médicaux ou de consommation de soins accrue.

Afin de mieux définir la place d'INTERMED en psychiatrie de liaison, le protocole devrait reposer sur un échantillon de patients d'une taille plus conséquente (étude multicentrique ?) ou bien sur une population définie, à l'inclusion, par le recours à la psychiatrie de liaison.

D'autre part, INTERMED pourrait ouvrir des pistes de réflexion pour certaines populations ciblées. En effet, certaines pathologies somatiques spécifiques (fibromyalgies, pathomimies) soulèvent des questionnements aussi bien du côté des somaticiens que des psychiatres, les uns comme les autres se trouvant souvent démunis. De plus, la prise en charge de ces sujets ne peut souvent pas se référer à des recommandations précisément définies et parfaitement validées. Cette démarche d'utilisation d'INTERMED permettrait un rapprochement et une cohésion des somaticiens et des psychiatres sur ces questions délicates, via un travail de collaboration et de recherche.

5.2. Perspectives pour la psychiatrie de liaison

5.2.1. Psychiatrie de liaison et perspectives

5.2.1.1. Place et identité

En 1992, Zumbrunnen (62) précise que la psychiatrie de liaison garde toute sa raison d'être à l'heure où la psychiatrie retrouve peu à peu sa place à côté des autres disciplines médicales.

Cependant, de nombreux auteurs insistent sur le fait que la psychiatrie de liaison doit s'employer à affirmer son identité et donc à disposer de structures et de moyens identifiés comme tels. Des moyens statutaires doivent définir une présence suffisante de psychiatres à l'hôpital général, afin de constituer des pôles stables et fédérateurs d'une équipe et afin de personnaliser les liens.

Lloyd (42) décrit les failles de la psychiatrie de liaison dans la définition et l'explication de son rôle. Elle doit travailler à se rendre plus acceptable auprès des patients et des somaticiens. Aussi, elle devrait être financée et gérée de la même façon que les autres spécialités médicales, par les structures administratives de l'hôpital. Cette orientation doit prendre en compte le fait que la pratique de la psychiatrie se heurte au problème de la rentabilité. Le temps nécessaire au travail de consultation et de liaison rend en effet peu « rentable », sur le plan économique, tout acte effectué.

Dans ce sens, certains incitent les acteurs de la psychiatrie de liaison à adopter une politique de « marketing ». Il s'agit de mettre en valeur les produits à « vendre » que sont la consultation et la liaison. Cette démarche impose de répondre à un ensemble de questions : quels sont les besoins ? quelles sont les propositions ? comment rendre visibles les prestations ? comment les rendre attrayantes ? comment faciliter l'expression de la demande ? L'efficacité du produit doit pouvoir être garantie et un message engageant être communiqué à l'« acheteur » potentiel.

Consoli (13) souligne le développement actuel de multiples structures de soins, qui, bien qu'intéressantes et répondant à des besoins réels (douleur, mémoire, alcool,

toxicomanie, suicide, soins palliatifs...) risquent de fragmenter les prises en charge, mettant en péril la liaison...

La psychiatrie de liaison repose sur une équipe pluridisciplinaire et tire profit de la multidisciplinarité des formations et des compétences de chacun de ses membres. Afin d'être en mesure de promouvoir une politique de lien, cette équipe doit assurer une liaison interne de qualité. Dans tous ces enjeux, la psychiatrie de liaison nécessite une cohésion de base, une dynamique de groupe tendue vers des objectifs communs. Il en dépend sa crédibilité et la vivacité du message véhiculé quotidiennement aux partenaires médicaux.

5.2.1.2. Rôles et enjeux

Ils s'inscrivent dans trois directions : médiation vis-à-vis de la médecine somaticienne, formation, évaluation et place de la psychiatrie.

5.2.1.2.1. Médiation vis-à-vis de la médecine somaticienne

La psychiatrie de liaison procède à une nécessaire médiation entre les différents aspects de l'image médicale. Un fossé se dessine entre la médecine hospitalière technique et scientifique et l'image traditionnelle du médecin de famille, de même qu'entre les secteurs scientifiques ou publiques de la représentation de la maladie d'une part, et sa dimension culturelle, ethnologique, symbolique ou historique pour un individu donné d'autre part. L'un des rôles du psychiatre de liaison est d'aider à restaurer cette dimension humaine, de permettre de tisser des liens dans une histoire pathologique où l'imaginaire se fige au profit d'explorations invasives...

En 1974, Lipowski (41) situait le rôle du psychiatre de l'avenir, consultant intégrateur et garant de lien, dans le champ d'un modèle global et intégré.

Le psychiatre devrait, dans l'avenir, intervenir, à l'hôpital général, le moins possible, rendant au somaticien ce qui lui revient du travail psychologique.

5.2.1.2.2. Formation

Un hiatus se fait ressentir entre un style de médecine scientifique et les exigences d'une pratique quotidienne. L'intervention de la psychiatrie de liaison se situe dans la restauration de l'individu, l'apprentissage de la relation et de ses aménagements, la découverte de la pluralité des demandes, l'enseignement clinique spécifique, la proposition d'un cadre de formation adapté à l'exercice des jeunes médecins confrontés aux patients.

Consoli (13) insiste sur le champ d'apprentissage extraordinaire que constitue la psychiatrie de liaison pour les psychiatres. Cet aspect justifie qu'elle intervienne davantage dans les formations. Cette formation doit passer par l'enseignement de la globalité et de la complexité. Elle repose, selon Lipowski (41), sur une formation médicale large et l'acquisition d'un savoir d'expertise sur l'homme comme la complexité psyché-soma soumise aux interactions sociales. Ceci implique, pour lui, que les psychiatres soient à la fois des médecins somaticiens et des experts formés largement dans le domaine des sciences comportementales (de l'individu et du groupe). Cette conceptualisation, se référant à la complexité, l'incertitude et la diversité, devrait être présentée aux étudiants comme un challenge intellectuel qui rend cette profession et cette pratique excitantes.

5.2.1.2.3. Evaluation et place de la psychiatrie

La tendance est au déclin des grands tableaux de la pathologie mentale, au profit des troubles du caractère, de l'estime de soi et du plaisir. De nouvelles pathologies somatiques aux limites peu précises apparaissent (maladies auto-immunes ou de système).

La psychiatrie de liaison y a un rôle à jouer, en particulier dans le domaine de la recherche (étude des interactions somatiques et psychiques). Les recherches actuelles en médecine « psychosomatique » se penchent sur les grands thèmes suivants (8) :

- étude des facteurs de vulnérabilité psychosociaux : concepts opérationnels qui permettraient de prédire la survenue de maladies physiques (type A et type C, pensée opératoire et alexithymie), concepts plus psychopathologiques (dépression, anxiété phobique, trouble panique),
- étude des facteurs de vulnérabilité psychosomatique : approches psychanalytiques et neuroscientifiques, psycho-immunologie,
- recherche d'interactions entre une vulnérabilité somatique et des facteurs psychiques : dépression et dépendance tabagique, anxiété et pathologie cardiovasculaire,
- recherche de facteurs de « salutogenèse » (facteurs protecteurs ou « immunogènes », notions pouvant se rapprocher du concept de résilience) : « coping », estime de soi, robustesse ou endurance, efficacité perçue, contrôle, optimisme,
- étude de l'ambivalence de certains facteurs, qui influent à la fois sur les facteurs de risque physiques et psychiques,
- évaluation de l'impact des modifications de certaines caractéristiques psychologiques : groupes de gestion du stress, relaxation et techniques corporelles, groupes de parole.

Cependant, Lipowski (41) déplorait en 1974 le manque de travaux d'évaluation. En effet, la psychiatrie de liaison a aussi un rôle à jouer dans l'évaluation, en termes de démarche « Assurance Qualité », avec, selon Consoli, la mise en place de procédures et d'instruments destinés à permettre d'améliorer la détection de troubles mentaux en hôpital général, ainsi que la vérification méthodique des effets de telles actions.

5.2.1.2.4. Modèle pour la psychiatrie du futur

A travers la place et l'organisation de la psychiatrie de liaison, se dessinent des perspectives pour l'avenir de la discipline psychiatrique. La psychiatrie et la médecine peuvent assurer, de façon plus efficace, leurs responsabilités spécifiques et mutuelles, en collaborant étroitement dans les domaines de l'enseignement, de la prévention des maladies, de la recherche et de l'organisation des soins. Les psychiatres de liaison ont apporté leur contribution dans cette œuvre. De nombreux auteurs soutiennent l'idée que le travail fourni par la psychiatrie de liaison apporte un modèle pertinent et utilisable pour la psychiatrie de demain.

5.2.2. EACLPP Saragosse Septembre 2003

Nous nous proposons d'exposer les points marquants du VIème Congrès annuel de l'EACLPP (European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and

Psychosomatics). Celui-ci s'est tenu à Saragosse (Espagne) les 18-19-20 septembre 2003 et s'intitulait : « The challenges of Liaison Psychiatry in the XXI Century Europe ».

Les thèmes abordés pendant ces rencontres reflètent les préoccupations actuelles touchant la psychiatrie de liaison et partagées par des intervenants à l'échelle européenne.

5.2.2.1. Dépression et maladies organiques : implication pour la psychiatrie de liaison

Le constat de sous-diagnostic et de sous-traitement de la dépression par les somaticiens conduit à la nécessité de développer des techniques de dépistage et de traitement. (N.Sartorius, Genève)

5.2.2.2. Symptômes somatiques des troubles affectifs :

- Les besoins non remplis, dans les cas associant dépression et symptômes physiques, requièrent d'« éduquer » nos collègues somaticiens et d'intervenir dans des situations bien repérées. (T.Wise, Washington DC)
- De nouveaux traitements médicamenteux paraissent intéressants pour les patients associant dépression et symptômes douloureux ; les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (SNRI) seraient probablement plus efficaces que les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (SSRI). (D.Stewart, Canada)
- Les traitements psychologiques ont démontré leur efficacité dans l'amélioration de la qualité de vie des patients associant dépression et symptômes médicalement expliqués. (F.Creed, Manchester)

5.2.2.3. Création d'une nouvelle spécialité aux Etats-Unis en mars 2003 : la médecine psychosomatique

Il s'agit d'un nouveau champ grandissant (soins, éducation, formation) de la psychiatrie, plus particulièrement approprié pour les CMI (« complex medically ill »). (Lyketsos, Baltimore)

5.2.2.4. Psychopharmacologie de la dépression dans les maladies organiques :

- Dans les troubles neuropsychologiques et psychosomatiques, les traits de personnalité apparaissent comme des facteurs prédictifs de réponse thérapeutique. (U.Malt, Oslo)
- Une revue des traitements de la dépression dans les maladies organiques retient les options thérapeutiques suivantes : traitement psychologique (soutien, thérapies cognitivo-comportementales, thérapies analytiques), médicamenteux (antidépresseur, avec les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine en première intention), sismothérapie. Les nouveaux antidépresseurs (SNRI) n'ont pas été évalués dans les maladies organiques. Les psychothérapies sont efficaces dans les dépressions modérées. (G.Lloyd, Londres)
- Dans les dépressions post-AVC (accident vasculaire cérébral), le citalopram a prouvé son efficacité dans le traitement curatif. La sertraline a montré son

efficacité dans la prévention primaire de la dépression, pendant la première année suivant l'AVC. (R.Robinson, Iowa City)

5.2.2.5. Syndromes organiques en psychiatrie de liaison :

- La dépression constitue un aspect neuropsychiatrique fréquent de la démence. Son traitement est essentiel dans la prise en charge de la démence. De nombreuses interrogations restent en suspens concernant la nosographie et le traitement de ce type de dépression. (Lyketsos, Baltimore)
- Les troubles neurocomportementaux sont fréquents au cours du SIDA ou de l'infection par le VIH. Ils sont liés à deux mécanismes, neurocognitif d'une part et émotionnels d'autre part. (I.Grant, USA)
- Le traitement des troubles psychiatriques au cours de la maladie de Parkinson repose sur une approche neuropsychiatrique globale, en collaboration étroite avec les neurologues. Celle-ci doit prendre en compte les effets, positifs et négatifs, de la mesure thérapeutique envisagée sur les autres domaines (fonctions cognitives, symptômes moteurs). (A.Leentjes, Amsterdam)

5.2.2.6. Les patients complexes, évaluation et prise en charge :

- Concept de complexité et présentation de l'outil INTERMED. (F.Stiefel, Lausanne)
- Présentation de l'application du modèle de la psychiatrie de liaison au Service Universitaire d'Istanbul. (S.Ozkan, Turquie)
- Présentation de deux recherches hollandaises sur le traitement de la dépression dans les maladies organiques (objectif : fournir des données sur les effets des antidépresseurs dans la dépression au cours de l'infarctus du myocarde ou du diabète, évaluer ces effets en terme de pronostic de la dépression et de la maladie somatique). (P. de Jonge, Amsterdam)
- Rapport à l'alcool après transplantation hépatique pour hépatopathie d'origine alcoolique (données sur les profils de consommation, les troubles socio-démographiques et psychiatriques...). (A. DiMartini, USA)

5.2.2.7. Fatigue, fibromyalgie et somatisation :

- Une revue des traitements proposés pour le syndrome de fatigue chronique a permis de souligner l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales, en particulier la GET (Graded Exercise Therapy). Cette dernière s'appuie sur l'importance de l'éducation et de l'information sur les facteurs psychosociaux. (P.White, Londres)
- Le TERM Model est un modèle proposant une conceptualisation et une prise en charge des somatisations en médecine générale. Il s'adresse aux médecins généralistes : transmission de connaissances sur les troubles fonctionnels, initiation aux techniques d'entretien, traitement spécifique des troubles fonctionnels et aide en vue de modifier les comportements en lien avec les troubles fonctionnels. (P.Fink, Danemark)
- Fonctions cognitives, PET-scan et potentiels évoqués cognitifs chez les patients présentant une fibromyalgie et ceux présentant une trouble somatisation : présentation des résultats préliminaires. (J.Garcia-Campayo, Saragosse)

5.2.2.8. Organisation et financement des services de psychiatrie de liaison :

- Une méta-analyse des études portant sur les interventions en psychiatrie de liaison a mis en évidence certaines preuves d'efficacité, en ce qui concerne les médicaments et les interventions psychologiques. Cependant, un certain nombre de domaines de l'exercice de la psychiatrie de liaison ne reposent pas sur des preuves. Des recommandations doivent donc être développées dans ce sens. (A.House, R.Ruddy, Leeds)
- Présentation de l'organisation des services de Psychiatrie de Liaison en Finlande : situation assez développée et satisfaisante. (P.Hiltunen, Finlande)
- Présentation du service de Psychiatrie de Liaison à Saragosse : inscription dans les nouvelles stratégies (QA = Quality Assessment). (A.Lobo, Saragosse)
- Est-ce le bon moment pour obtenir des financements pour la psychiatrie de liaison ? Le développement de données disponibles sur l'efficacité et les coûts de la psychiatrie de liaison s'impose. La mise en place de bonnes pratiques (guidelines) participerait à valider l'activité et le développement de la psychiatrie de liaison. (T.Hergoz, Allemagne)

Le premier objectif revendiqué par l'association EACLPP est de promouvoir la psychiatrie de liaison, en cherchant à prouver l'efficacité de la prise en charge effectuée par celle-ci au cours de maladies organiques. Le groupe de travail se centre sur les aspects cliniques, organisationnels et le financement des services de psychiatrie de liaison. Les différents pays européens y sont représentés, les intervenants paraissant les plus actifs provenant de Grande-Bretagne, des Pays-Bas, de Suède et d'Allemagne. Une majorité des participants s'expriment en faveur de la nécessité de développer des « Guidelines » européennes, recommandations permettant de cadrer et motiver les financements. Ces guidelines devraient alors être adaptées au niveau national de soins médicaux et tenir compte du mode de financement des différents systèmes de santé.

Conclusion

Cette expérience réalisée avec INTERMED permet d'appréhender et de mesurer le concept de complexité. L'état actuel des recherches en cours avec cet instrument concerne le versant interventionnel, à savoir l'impact thérapeutique d'un dépistage basé sur l'évaluation INTERMED.

De façon plus large, INTERMED fournit une illustration du mouvement dynamique et constructif actuellement à l'œuvre, dont fait l'objet la psychiatrie de liaison. Il apporte une ouverture vers une réflexion élargie quant à la pratique de la psychiatrie de liaison et, plus globalement, quant à l'approche de l'individu malade, appréhendé dans toutes ses dimensions. Nonobstant le caractère réducteur d'un outil, INTERMED présente cependant, par les pistes qu'il entrouvre, l'intérêt de remettre en question les raisonnements et les pratiques de chacun.

INTERMED s'intègre ainsi dans un mouvement très perceptible se manifestant aussi bien au niveau loco-régional, que national et international. Ces réactions s'inscrivent dans un contexte de progrès de la médecine technique, de modifications dans la relation médecin-malade et de gestion de plus en plus administrative des soins. Comme toute discipline, la psychiatrie de liaison se doit donc d'apporter la preuve de son utilité et de son efficacité, dans une perspective de reconnaissance et d'affirmation de son identité.

Les acteurs de ce mouvement s'attachent plus particulièrement à défendre les aspects cliniques et organisationnels de la psychiatrie de liaison, ainsi que les moyens de financement. Des réflexions en cours il apparaît primordial que se développent une cohésion et une cohérence entre les différents partenaires concernés, dans un objectif de liaison...

Les travaux et expérimentations méritent d'être poursuivis et intensifiés. En effet, le domaine de la recherche représente probablement l'un des moyens les plus efficaces de promouvoir la psychiatrie de liaison.

Bibliographie

1. ALEXANDER F., La médecine psychosomatique (1952), Paris : Payot, 1977, 244 p.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, MINI DSM-IV, Critères diagnostiques (Washington DC, 1994), Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Paris : Masson, 1996, 384 p.
3. BALINT M., Le médecin, son malade et la maladie (1957), Paris : Payot, 1975, 405 p.
4. BESANCON G., Place du psychiatre dans le diagnostic et le traitement des affections réputées somatiques, Landais : Primart Editeur, 1977.
5. BESANCON G., Le psychiatre et son malade en pratique quotidienne, Paris : Masson, 1982.
6. BESANCON G., Qu'est-ce que la psychologie médicale ? Actualité et nécessité, Le Plessis-Robinson : Editions du Seuil, 1999, 208 p.
7. BESANCON G. et VENISSE J.-L., « Préambule », Guide du Psychiatre de liaison, Zénith Services, Laboratoires Pfizer, 2000, pp 1-4.
8. BRETENOUX I., GUILLIBERT E., Quel avenir pour la psychiatrie de liaison ?, La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, Janvier 2000, n°34, pp 31-34.
9. BURNER M., Enseignement de l'étudiant et formation du médecin en psychologie médicale à Lausanne, Psychologie Médicale, 1991, vol. 23, n°6, pp 595-597.
10. CONSOLI S.M., « Psychiatrie de liaison », Thérapeutique psychiatrique (Senon J.-L., Sechter D., Richard D.), Paris : Hermann, 1995, pp 955-979.
11. CONSOLI S.M., Psychiatrie à l'hôpital général, Encycl.Méd.Chir. (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-958-A-10, 1998, 11p.
12. CONSOLI S.M., La répétition, vue par le psychiatre de liaison, La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, Mai 1998, n°18, pp 21-24.
13. CONSOLI S.M., La psychiatrie de liaison, de ses définitions à la diversité de ses pratiques : quelles perspectives ?, Dossier « Repenser la psychiatrie de liaison », NERVURE, Septembre 2000, Tome XIII, n°6, pp 15-22.
14. CONSOLI S.M., LACOUR M., « Place et spécificité de la Psychiatrie au sein de la Médecine », Le Livre Blanc de la Fédération Française de Psychiatrie, Mars 2002, 6 p.
15. DE JONGE P., HUYSE F.J., RUINEMANS G.M.F. et al., Timing of Psychiatric Consultations : The Impact of Social Vulnerability and Level of Psychiatric Dysfunction, Psychosomatics, November-December 2000, 41:6, pp 505-511.
16. DE JONGE P., HUYSE F.J., STIEFEL F.C. et al., INTERMED– A Clinical Instrument for Biopsychosocial Assessment, Psychosomatics, March-April 2001, 42:2, pp 106-109.
17. DE JONGE P., LATOUR C., HUYSE F.J., Interrater Reliability of the INTERMED in a Heterogeneous Somatic Population, J.Psychosom.Res., January 2002, 52:1, pp 25-27.
18. DI GANGI HERMS A.M.R., PINGGERA G.M., DE JONGE P. et al., Assessing Health Care Needs and Clinical Outcome With Urological Case Complexity : A Study Using INTERMED, Psychosomatics, May-June 2003, 44:3, pp 196-203.
19. ENGEL G.L., The Clinical Application of the Biopsychosocial Model, The American Journal of Psychiatry 137:5, May 1980, pp 535-544.

20. FERRERI M., ALBY J.-M., Le psychiatre à l'hôpital général : identité-fonction, *Encycl.Méd.Chir.*, Paris, Psychiatrie, 10-1975, 37402-H-10, 10 p.
21. FISCHER C.J., STIEFEL F.C., DE JONGE P. et al., Case Complexity and Clinical Outcome in Diabetes Mellitus, *Diabetes & Metabolism*, 2000, 26, pp 295-302.
22. FRESCO R., De la psychiatrie de liaison à la psycho-oncologie, *Dialogues « somaticiens-psychiatres »*, *Annales de Psychiatrie*, 1991, vol.6, n°4.
23. FREUD S., Inhibition, symptôme et angoisse (4^{ème} Edition), Paris : Presses Universitaires de France, 1999, 84 p.
24. GIRARD P.-F., Psychiatrie, Médecine, Hôpital général, *Neuropsychiatrie*, 1976, Tome 26, n°23, pp 1705-1713.
25. GRODDECK G., *Le Livre du ça* (1963), Paris : Gallimard, 1973, 326 p.
26. GUELFY J.-D., L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie, Paris : Editions Médicales Pierre Fabre, 1996, Tomes I et II, pp 1-783.
27. GUEX P., STIEFEL F., La Complexité comme sujet de recherche en sciences sociales, *Pratiques en santé mentale*, 2001, n°4, pp 43-47.
28. GUILLIBERT E., GRANGER B., TELLIER G. et al., Psychiatrie de liaison, Le concept et la réalité (rapport d'assistance), *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française*, Tome III, LXXXVIIe session – Montréal, 3-9 juillet 1989, Paris : Masson, 1990, 146 p.
29. HAUSER B., STIEFEL F., FRITSCH C. et al., Le soignant face au patient lombalgique chronique : l'expérience clinique de l'Unité Rachis à l'Hôpital orthopédique, *Revue médicale de la Suisse romande*, 2001, 121, pp 483-488.
30. HOOGERVORST E.L., DE JONGE P., JELLES B. et al., The INTERMED : A Screening Instrument to Identify Multi-Sclerosis Patients in Need of Multidisciplinary Treatment, *J.Neurol.Neurosurg.Psychiatry*, January 2003, 74:1, pp 20-24.
31. HUYSE F.J., SMITH G.C., Consultation-liaison : from dream to reality, A systematic approach to developing C-L mental health service delivery, *Psychiatric Bulletin*, 1997, 21, pp 529-531.
32. HUYSE F.J., HERZOG T., LOBO A. et al., Detection and treatment of mental disorders in general health care, *Eur.Psychiatry*, 1997, 12:2, pp 70-78.
33. HUYSE F.J., LYONS J.S., STIEFEL F.C. et al., INTERMED : A Method to Assess Health Service Needs : Development and First Results on its Reliability, *General Hospital Psychiatry*, 1999, 21, pp 39-48.
34. HUYSE F.J., LYONS J.S., STIEFEL F.C. et al., Operationalizing the Biopsychosocial Model – The INTERMED, *Psychosomatics*, January-February 2001, 42:1, pp 5-13.
35. JADOULLE V., Les dérives de la pensée psychosomatique, *L'Evolution Psychiatrique*, 2003, 68, pp 261-270.
36. KIPMAN S.-D., Psychiatrie de liaison, Dossier « Repenser la psychiatrie de liaison », *NERVURE*, Septembre 2000, Tome XIII, n°6, pp 11-13.
37. KOCH N., STIEFEL F., DE JONGE P. et al., Identification of Case Complexity and Increased Health Care Utilization in Patients With Rheumatoid Arthritis, *Arthritis Care & Research*, 2001, 45, pp 216-221.
38. KONTOS N., FREUDENREICH O., QUERQUES J. et al., The consultation psychiatrist as effective physician, *General Hospital Psychiatry*, 2003, vol. 25, pp 20-23.
39. KRESS J.-J., Fonction pédagogique de quelques concepts psychanalytiques en psychologie médicale, *Psychologie Médicale*, 1991, vol. 23, n°6, pp 631-633.

40. KRESS, Psychiatrie de liaison – Synthèse, Dossier « Repenser la psychiatrie de liaison », NERVURE, Septembre 2000, Tome XIII, n°6, pp 70-72.
41. LIPOWSKI Z.J., Consultation-liaison Psychiatry : An Overview, The American Journal of Psychiatry, June 1974, vol. 131, n°6, pp 623-630.
42. LLOYD G.G., MAYOU R.A., Liaison psychiatry or psychological medicine ?, British Journal of Psychiatry, 2003, vol. 183, pp 5-7.
43. MARTY P., L'ordre psychosomatique, Paris : Payot, 1980.
44. MARX G., GAUVAIN-PIQUARD A., SALTEL P., Anxiété, dépression, cancers : aspects cliniques, L'Encéphale du praticien, Décembre 1998, n° Hors série 2, pp 66-71.
45. MASSE G., Psychiatrie de liaison et évolution de la psychiatrie en France, Psychologie Médicale, 1994, vol. 26, n° spécial 9, pp 916-922.
46. MAZZOCATO C., STIEFEL F., DE JONGE P. et al., Comprehensive Assessment of Patients in Palliative Care : A Descriptive Study Utilizing the INTERMED, Journal of Pain and Symptom Management, February 2000, 19:2, pp 83-90.
47. POYART E., Psychanalyste en hôpital, Neuropsychiatrie, 1976, Tome 26, n°23, pp 1725-1735.
48. ROUSSELOT B., Une expérience de psychiatrie de liaison-consultation à l'Hôpital Général, Psychologie Médicale, 1994, vol. 26, n° spécial 9, pp 930-932.
49. SANCHEZ-CARDENAS M., Le psychiatre à l'hôpital général, Neuro-Psy, Octobre 1988, vol. 3, n°9, pp 397-404.
50. SAPIR M., Table ronde : Psychologie Médicale, abord psychosomatique et relation, Psychologie Médicale, 1995, vol. 27, n° spécial 1, pp 51-53.
51. SARASSAT A., Dépression et maladies organiques associées : rôle du psychiatre de liaison, NERVURE, Mars 2002, Tome XV, n° Hors série, pp 34-37.
52. SCHMITT L., AUBY P., BENSOUSSAN M., Psychiatrie de liaison : spécificité, cohérence, enjeux, Psychologie Médicale, 1994, vol. 26, n° spécial 9, pp 927-929.
53. SEGAL J., VARRO A.-M., DIEDISHEIM M., Psychiatrie à l'hôpital général : réalité ou mythe ?, Psychologie médicale, 1979, vol. 11, n°2, pp 325-328.
54. STIEFEL F.C., DE JONGE P., HUYSE F.J. et al., INTERMED : A Method to Assess Health Service Needs : Results on its Validity and Clinical Use, General Hospital Psychiatry, 1999, 21, pp 49-56.
55. STIEFEL F.C., DE JONGE P., HUYSE F.J. et al., INTERMED– An Assessment and Classification System for Case Complexity : Results in Patients With Low Back Pain, SPINE, 1999, 24:4, pp 378-385.
56. STIEFEL F., BERNEY A., GUEX P. et al., Travail en réseau : de l'implantation à l'utilisation, La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, Mai 1999, 28, pp 28-30.
57. STIEFEL F., GUEX P., Evaluation de la complexité et coordination des soins : le projet INTERMED, Médecine & Hygiène, Février 2001, 2333, pp 317-319.
58. VEIL C., Dépression et maladies organiques associées : rôle du psychologue clinicien, NERVURE, Mars 2002, Tome XV, n° Hors série, pp 31-33.
59. VERNET M., BEHM J., PAPAPIETRO N., Etre allié sans être « aliéné », ou la difficulté de maintenir son identité de psychiatre de liaison, NERVURE, Décembre 2000/Janvier 2001, Tome XIII, n°9, pp 22-23.
60. WITTCHEN H.-U., AHMOI ESSAU C., « Assessment of Symptoms and Psychosocial Disabilities in Primary Care », Psychological Disorders in General Medical Settings (Sartorius N., Goldberg D., de Girolamo G. et al.), Lewinston, Toronto : Hans Huber Publishers, 1990, pp 111-136.

61. ZITTOUN R., Perception du besoin, précision de l'offre en psychiatrie de liaison, Dossier « Repenser la psychiatrie de liaison », NERVURE, Septembre 2000, Tome XIII, n°6, pp 68-70.
62. ZUMBRUNNEN R., Psychiatrie de liaison. Consultation psychiatrique à l'hôpital général, Paris : Masson (Collection Médecine et Psychothérapie), 1992, 230 p.
63. ZUMBRUNNEN R., Une passerelle utile entre médecine « somatique » et psychiatrie ?, Psychologie Médicale, 1994, vol. 26, n° spécial 9, pp 923-926.

Liste des annexes

Annexe 1 : Manuel de cotation INTERMED

Annexe 2 : Document d'information destiné aux équipes soignantes

Annexe 3 : Document d'information destiné au patient

Annexe 4 : L'Echelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Annexe 5 : La Symptom Check-List (SCL-90 R)

Annexe 6 : Grille de saisie du dossier-patient

Annexe 7 : Liste des codages

Annexe 1

Manuel d'intermed

[SPEcollas Annexe1.pdf](#)

Annexe 2

**INFORMATION AUX EQUIPES SOIGNANTES DU SERVICE DE CARDIOLOGIE
(Pr GODIN, Hôpital Laennec, Nantes)**

CONCERNANT LA RECHERCHE

« INTERMED ET PSYCHIATRIE DE LIAISON »

dans le service de Cardiologie

Date de début : le 03 juin 2003

INTRODUCTION

Nous sollicitons votre concours pour une étude dont l'objectif principal est de disposer d'un indicateur sur les « cas complexes », d'un point de vue bio-psycho-social, permettant de quantifier les besoins en psychiatrie de liaison.

Pour cela, nous disposons d'un outil validé, INTERMED, qui permet le dépistage de ces cas dits « complexes », relevant d'une prise en charge globale.

VOTRE PARTICIPATION

1. *Distribuer, à partir du Mardi 03 juin inclus, à chaque nouvel entrant, le Document d'information « A l'attention des patients hospitalisés... », en lui expliquant que, s'il y consent, un médecin passera dans sa chambre pour un entretien, dans les premiers jours de son hospitalisation.*
2. *Recueillir les auto-questionnaires, remis par le médecin à la fin de l'entretien, et remplis par le patient.*
3. *Placer ces auto-questionnaires dans le dossier de soins infirmiers du patient.*

POUR LES DEMANDES DE PSYCHIATRIE DE LIAISON, pendant la durée de l'étude

Le recours se fait selon la voie « traditionnelle », sans modification du fonctionnement habituel.

PROTOCOLE

1. Modalités de déroulement
 - lieu : les 2 unités d'hospitalisation « classique » du service (2^{ème} Est et 2^{ème} Sud),
 - début des évaluations : Mardi 03 juin 2003,

- investigateur : Marie Collas, interne dans le Service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale (Pr VANELLE),
 - nombre de sujets nécessaires : 50,
 - modalités : recueil des données par un entretien du patient, dans l'unité, en début d'hospitalisation, complété par la consultation des dossiers médical et infirmier (temps de passation estimé : 20 à 30 minutes).
2. Données recueillies auprès du patient
- données socio-démographiques (âge, sexe, activité professionnelle...),
 - données médicales (motif d'hospitalisation, diagnostic),
 - INTERMED (données somatiques, psychologiques, sociales, et concernant les soins),
 - deux auto-questionnaires (durée d'environ 20 minutes) évaluant les symptômes anxieux et dépressifs au cours de la semaine écoulée (HAD, SCL-90 R).
3. Sujets inclus : TOUS LES ENTRANTS DES 2 UNITES
- > ou = 18 ans,
 - au début de l'hospitalisation (J1 à J3 inclus),
 - maîtrisant la langue française,
 - donnant leur accord pour participer,
4. Sujets exclus :
- < 18 ans,
 - à plus de J4 de l'hospitalisation,
 - refus de participer,
 - impossibilité majeure pour le patient de participer.

CONCLUSION

Les résultats vous seront exposés et commentés, une fois l'étude terminée. Pour information, les autres lieux d'investigation sont les services d'Hépatogastro-entérologie du Pr JIAN et de Chirurgie Digestive du Pr CUGNENC à l'Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris.

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter :
Marie GUITTENY-COLLAS au 02-40-84-64-02

Nous vous remercions vivement de votre coopération.

Annexe 3

DOCUMENT D'INFORMATION

A l'attention des patients hospitalisés en :

- **Cardiologie au C.H.U. de Nantes,**
- **Chirurgie Digestive à l'Hôpital Européen G.Pompidou,**
- **Hépto-gastro-entérologie à l'Hôpital Européen G.Pompidou.**

Nous sollicitons votre concours pour une étude actuellement en cours dont l'objectif est d'évaluer les besoins en psychologie et en psychiatrie de liaison au sein des services de médecine et de chirurgie.

La coordination de la recherche est assurée par le service du Professeur VANELLE, au **Centre Hospitalier Universitaire de Nantes**, Hôpital Saint-Jacques, 85 rue Saint-Jacques, 44093 Nantes Cedex 1, et par le service du Professeur CONSOLI, à **l'Hôpital Européen G.Pompidou**, 20 rue Leblanc, 75015 Paris.

Votre participation à cette étude est facultative et votre refus n'aurait bien sûr aucune conséquence sur vos soins.

Cette participation consiste, pour vous, en :

- un entretien (durée : 20 minutes environ) avec un médecin, M.Guitteny-Collas, réalisé dans les premiers jours de votre hospitalisation,
- un auto-questionnaire à remplir (durée : 20 minutes), qui vous sera remis à la fin de l'entretien.

Bien entendu, la participation à cette étude n'entraînera pour vous aucun frais. Les réponses et informations transmises lors de cet entretien et dans ce questionnaire seront traitées selon des modalités de nature à garantir une stricte confidentialité.

Ces informations seront soumises comme il se doit au secret médical et seront retranscrites dans un dossier codé, strictement confidentiel, qui servira à constituer un fichier sur ordinateur de tous les sujets examinés à l'occasion de cette étude.

Les informations recueillies ne seront consultées que par des professionnels de santé participant au projet et ne seront transmises en aucun cas à d'autres personnes (proches, médecin...).

Pour tout renseignement concernant cette étude, vous pouvez contacter :
M.Guitteny-Collas Tél. : 02-40-84-64-02

Merci de votre coopération

Nous vous remercions de bien vouloir remettre les questionnaires à l'équipe infirmière, avant votre sortie de l'hôpital.

Annexe 4

Echelle HAD : [_SPEcollas-Annexe4.pdf](#)

Annexe 5

Echelle SCR 90R : [SPEcollas_Annexe5.pdf](#)

Annexe 6

Dossier patient : [SPEcollas_Annexe6.pdf](#)

Annexe 7

Sexe

- 1- Masculin
- 2- Féminin

Statut / INTERMED

- 1- Inclusion
- 2- Exclusion
- 3- Non-inclusion

Si exclusion, motif d'exclusion

- 1- Moins de 18 ans
- 2- Plus de J3 de l'hospitalisation
- 3- Refus
- 4- Impossibilité majeure de participation

Si exclusion et si motif d'impossibilité majeure de participation, raison

- 1- Somatique
- 2- Linguistique
- 3- Cognitive

Si non-inclusion, motif de non-inclusion

- 1- Problème organisationnel
- 2- Autre

Ville d'habitation

- 1- Nantes
- 2- Paris
- 3- Autre ville

Nationalité

- 1- Française
- 2- Autre

Situation familiale

- 1- Mariage
- 2- Vie maritale
- 3- Célibat
- 4- Divorce

- 5- Veuvage
- Enfant(s)
 - 1- Oui
 - 2- Non
- Niveau de scolarité
 - 1- Aucun diplôme
 - 2- Niveau collège
 - 3- Niveau lycée
 - 4- CAP-BEP
 - 5- BAC
 - 6- BAC+2
 - 7- Etudes supérieures ou universitaires
- Catégorie socioprofessionnelle
 - 1- Agriculteur
 - 2- Artisan-commerçant
 - 3- Chef d'entreprise
 - 4- Ingénieur ou cadre
 - 5- Profession intermédiaire
 - 6- Employés et assimilés
 - 7- Ouvriers et assimilés
- Situation professionnelle actuelle
 - 1- En activité
 - 2- Sans activité
- Si en activité professionnelle actuelle, statut
 - 1- Emploi « précaire »
 - 2- Emploi stable
 - 3- Profession libérale ou indépendant ou « patron »
- Si sans activité professionnelle actuelle, statut
 - 1- Sans recherche
 - 2- En recherche
 - 3- Etudes
 - 4- Retraite
 - 5- Invalidité
 - 6- AAH
 - 7- Autre
- Service d'hospitalisation
 - 1- Cardiologie
 - 2- Chirurgie Digestive
 - 3- Hépatogastro-entérologie
- Si Cardiologie, unité d'hospitalisation
 - 1- 2^{ème} Est
 - 2- 2^{ème} Sud
- Si Chirurgie Digestive, unité d'hospitalisation
 - 1- A15
 - 2- A19
 - 3- B21
 - 4- B8
- Si Hépatogastro-entérologie, unité d'hospitalisation
 - 1- Soins classiques
 - 2- Soins continus

Motif d'hospitalisation

- 1- Douleur thoracique et/ou syndrome coronarien aigu
- 2- Dyspnée
- 3- Palpitations
- 4- Asthénie ou altération de l'état général
- 5- Lipothymie, syncope, perte de connaissance, arrêt cardiaque
- 6- Douleur abdominale
- 7- Hémorragie digestive et/ou anémie
- 8- Trouble du transit intestinal
- 9- Vomissements
- 10-Encéphalopathie hépatique
- 11-Sevrage éthylique
- 12-Ascite
- 13-Bilan et/ou surveillance et/ou examen(s) paraclinique(s)
- 14-Intervention cardiologique non chirurgicale
- 15-Intervention chirurgicale digestive ou pariétale
- 16-Autre motif

Diagnostic somatique principal

- 1- Insuffisance cardiaque
- 2- Angor (cardiopathie ischémique)
- 3- Infarctus du myocarde (cardiopathie ischémique)
- 4- Trouble du rythme et/ou de la conduction cardiaque
- 5- Embolie pulmonaire
- 6- Péricardite
- 7- Valvulopathie
- 8- Cardiopathie congénitale
- 9- Cardiomyopathie
- 10-Tumeur bénigne de l'appareil digestif
- 11-Tumeur maligne de l'appareil digestif
- 12-Pathologie hépatique non tumorale
- 13-Pathologie des voies biliaires non tumorale
- 14-Pathologie du tractus gastro-œsophagien non tumorale
- 15-Pathologie pancréatique non tumorale
- 16-Pathologie intestinale aiguë non tumorale
- 17-Pathologie intestinale chronique non tumorale
- 18-Pathologie pariétale non tumorale
- 19-Obésité morbide
- 20-Pathologie non digestive et non cardiaque
- 21-Diagnostic non établi

Provenance à l'admission en Cardiologie

- 1- Domicile programmé
- 2- Domicile non programmé
- 3- Soins intensifs cardiologiques
- 4- Hôpital de semaine cardiologique
- 5- Service des urgences
- 6- Autre service de l'hôpital
- 7- Autre hôpital ou centre de convalescence / rééducation

Destination à la sortie en Cardiologie

- 1- Domicile

- 2- Soins intensifs cardiologiques
- 3- Autre hôpital ou centre de convalescence / rééducation
- 4- Décès

Moment de passation INTERMED

- 1- J1
- 2- J2
- 3- J3

Opinion sur INTERMED

- 1- Favorable
- 2- Mitigée
- 3- Défavorable
- 4- Sans opinion

Antécédents psychiatriques / psychologiques

- 1- Oui
- 2- Non

Suivi psychiatrique / psychologique

- 1- Oui
- 2- Non

Traitement psychotrope

- 1- Oui
- 2- Non

Rétrocession des auto-questionnaires

- 1- Oui (« rendues »)
- 2- Non (« non rendues »)

Si HAD rendue, résultats valables

- 1- Oui (« valable »)
- 2- Non (« non valable »)

Si SCL 90 R rendue, résultats valables

- 1- Oui (« valable »)
- 2- Non (« non valable »)

Appel à la psychiatrie de liaison

- 1- Oui
- 2- Non

Motif de l'appel à la psychiatrie de liaison

Codage pour chacun des 12 items suivants : 1 = oui ; 2 = non

- Syndrome anxieux et/ou dépressif
- TS, risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif
- Trouble de l'adaptation
- Trouble du comportement ou des relations
- Confusion
- Problème d'observance
- Conduite addictive
- Antécédent ou traitement psychiatrique
- Consultation de prévention
- Avis diagnostique
- Avis thérapeutique
- Autre

Origine de l'appel

- 1- Médecin
- 2- Infirmière
- 3- Cadre infirmier
- 4- Patient
- 5- Famille
- 6- Equipe dans sa globalité

Fonction de l'intervenant « psy »

- 1- Psychiatre
- 2- Psychologue
- 3- Infirmière
- 4- Cadre infirmier
- 5- Aucun
- 6- Psychiatre et psychologue

Organisation des intervenants

- 1- Unique
- 2- Multiples de même fonction
- 3- Multiples de fonctions différentes

Lieu d'intervention

- 1- Lit du patient
- 2- Service de psychiatrie
- 3- Téléphone

Antécédents psychologiques / psychiatriques

- 1- Oui
- 2- Non

Si antécédents psychologiques / psychiatriques, prise en charge avant l'étude

- 1- Pas de prise en charge
- 2- Suivi « psy » antérieur
- 3- Suivi « psy » actuel
- 4- Hospitalisation
- 5- Plusieurs modes de prise en charge

Fréquence des consultations

- 1- Ponctuelle
- 2- Répétées

Nombre

- 1- 2
- 2- 3
- 3- 4
- 4- 5
- 5- >5

Dans le traitement proposé, prescription de psychotrope(s)

- 1- Oui
- 2- Non

Antidépresseur prescrit

- 1- Oui
- 2- Non

Anxiolytique prescrit

- 1- Oui
- 2- Non

Neuroleptique / antipsychotique prescrit

- 1- Oui
- 2- Non

Thymorégulateur prescrit

- 1- Oui
- 2- Non

Hypnotique prescrit

- 1- Oui
- 2- Non

Type d'intervention / équipe

- 1- Transmission « classique »
- 2- Conseils ponctuels
- 3- Groupe de parole

Transmission orale à l'équipe

- 1- Oui
- 2- Non

Modalité de la transmission orale

- 1- Directe
- 2- Téléphone

Transmission écrite à l'équipe

- 1- Oui
- 2- Non

Modalité de la transmission écrite

- 1- Dossier médical papier
- 2- Dossier infirmier papier
- 3- Dossier informatique
- 4- Courrier
- 5- Dossiers papiers médical et infirmier

Contenu des transmissions portant sur : antécédents, histoire, situation psychosociale du patient

- 1- Oui
- 2- Non

Contenu des transmissions portant sur : vécu actuel du patient

- 1- Oui
- 2- Non

Contenu des transmissions portant sur : diagnostic psychopathologique

- 1- Oui
- 2- Non

Contenu des transmissions portant sur : conseils à l'équipe

- 1- Oui
- 2- Non

Contenu des transmissions portant sur : propositions de prise en charge

- 1- Oui
- 2- Non

Destinataire de la transmission

- 1- Médecin
- 2- Infirmière
- 3- Cadre infirmier
- 4- Psychologue
- 5- Equipe dans sa globalité

- Prise en charge proposée à la sortie
 - 1- Oui
 - 2- Non
- Modalité de prise en charge à la sortie
 - 1- Prescription de psychotrope(s) sans suivi
 - 2- Suivi ambulatoire sans prescription psychotrope
 - 3- Suivi ambulatoire avec prescription psychotrope(s)
 - 4- Hospitalisation en milieu psychiatrique
- Si hospitalisation, lieu
 - 1- Hôpital
 - 2- Clinique
- Si suivi ambulatoire proposé, statut de l'intervenant « psy »
 - 1- Psychologue
 - 2- Psychiatre
- Si suivi ambulatoire proposé, situation de l'intervenant « psy »
 - 1- « Secteur » ou intervenants locaux du secteur public
 - 2- Service psychiatrie de liaison
 - 3- Libéral

Table des matières

Titre	1
Remerciements	2
Sommaire	10
Introduction	11
1. Psychiatrie de liaison, place et fonctionnement	12
1.1. Définitions.....	12
1.1.1. Terminologie.....	12
1.1.2. Définition du concept.....	12
1.1.3. Champ d'activité.....	13
1.1.4. Statut de la psychiatrie de liaison.....	14
1.2. Historique et psychiatrie de liaison.....	15
1.2.1. Histoire des rapports entre psychiatrie et médecine.....	15
1.2.1.1. Introduction.....	15
1.2.1.2. Les psychiatres à l'hôpital général jusqu'au 19 ^{ème} siècle.....	15
1.2.1.3. Evolution des rapports entre psychiatrie et médecine depuis le 20 ^{ème} siècle.....	16
1.2.1.4. Relations actuelles entre le psychiatre et le médecin somaticien.....	17
1.2.2. Naissance et émergence de la psychiatrie de liaison.....	18

1.2.3. Développement de la psychiatrie de liaison.....	19
1.3. Place actuelle de la psychiatrie de liaison.....	21
1.3.1. Contexte actuel.....	21
1.3.1.1. Mouvement de la médecine « somaticienne ».....	21
1.3.1.2. Mouvement de la psychiatrie.....	22
1.3.1.3. Retour à une médecine globale.....	23
1.3.2. Epidémiologie.....	23
1.3.3. Politique actuelle de santé.....	25
1.4. Théories et psychiatrie de liaison.....	27
1.4.1. Introduction.....	27
1.4.2. Bases théoriques.....	27
1.4.2.1. La « psychosomatique ».....	27
1.4.2.2. La psychologie médicale.....	29
1.4.2.3. La formation à la relation soignant-soigné ou médecin-malade.....	30
1.4.2.4. Le modèle bio-psycho-social.....	31
1.4.3. Approches théoriques de la psychiatrie de liaison.....	32
1.4.3.1. Hypothèses et objectifs du cadre théorique, définis par Lipowski (1974).....	32
1.4.3.2. Les cinq grands systèmes théoriques applicables de Mohl (1981).....	32
1.4.3.3. Autre cadre théorique proposé par Schmitt (1993).....	34
1.4.3.4. L' « Aider à penser ou aider à faire face ? » de Consoli (1997).....	34
1.4.4. Nosographie.....	35
1.5. Fonctionnement de la psychiatrie de liaison.....	36
1.5.1. Organisation interne de la psychiatrie de liaison.....	36
1.5.1.1. Structure et cadre.....	36
1.5.1.2. Equipe.....	37
1.5.1.3. Moyens.....	38
1.5.2. Collaboration avec les somaticiens.....	38
1.5.2.1. Modalités de collaboration entre psychiatre de liaison et somaticien.....	38
1.5.2.2. La demande et les problèmes soumis à la psychiatrie de liaison.....	40
1.5.3. Articulation avec les autres structures de psychiatrie.....	42
1.5.3.1. Articulation avec le service d'urgences.....	42
1.5.3.2. Articulation avec le secteur.....	43
1.6. Rôles du psychiatre de liaison.....	43
1.6.1. Principes.....	43
1.6.2. Missions.....	44
1.6.2.1. Clinique.....	45
1.6.2.2. Enseignement – Formation.....	47
1.6.2.3. Recherche.....	48

1.6.3. Aptitudes personnelles.....	49
1.7. Limites et psychiatrie de liaison.....	50
1.7.1. Risques et psychiatrie de liaison.....	50
1.7.2. Limites et place de la psychiatrie de liaison.....	51
1.7.3. Evaluation de la psychiatrie de liaison.....	52
2. Organisation de la Psychiatrie de Liaison dans trois Centres Hospitaliers Universitaires (C.H.U. Nantes, H.E.G.P. Paris, C.H.U.V. Lausanne).....	55
2.1. Organisation de la Psychiatrie de Liaison à Nantes.....	55
2.1.1. Hôpital Général de Nantes (Centre Hospitalier Universitaire).....	55
2.1.1.1. Cadre.....	55
2.1.1.2. Missions.....	55
2.1.1.3. Moyens.....	56
2.1.1.4. Activité.....	57
2.1.2. La Psychiatrie de Liaison au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes.....	57
2.1.2.1. Contexte et histoire récente de la Psychiatrie de Liaison à Nantes.....	57
2.1.2.2. Organisation actuelle de la Psychiatrie de Liaison.....	59
2.1.2.3. Place du Service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, dirigé par le Professeur J.M. Vanelle, dans la Psychiatrie de Liaison.....	61
2.1.2.4. Bilan d'activité de la Psychiatrie de Liaison.....	62
2.1.2.5. Projets en cours et perspectives.....	62
2.2. Organisation de la Psychiatrie de Liaison à Paris.....	63
2.2.1. Hôpital Général de Paris (Hôpital Européen Georges Pompidou).....	63
2.2.1.1. Historique.....	63
2.2.1.2. Cadre.....	64
2.2.1.3. Missions.....	64
2.2.1.4. Moyens.....	64
2.2.1.5. Activité.....	65
2.2.2. La Psychiatrie de Liaison à l'Hôpital Européen Georges Pompidou.....	65
2.2.2.1. Organisation de la Psychiatrie de Liaison à l'AP- HP.....	65
2.2.2.2. Bilan d'activité 1998-2002 du Service de Psychologie Clinique et Psychiatrie de Liaison, dirigé par le Professeur S.M. Consoli.....	67
2.3. Organisation de la Psychiatrie de Liaison à Lausanne.....	70
2.3.1. Hôpital Général de Lausanne (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, C.H.U.V.).....	70
2.3.1.1. Historique.....	70

2.3.1.2.	Cadre.....	71
2.3.1.3.	Missions.....	71
2.3.1.4.	Moyens.....	72
2.3.1.5.	Activité.....	72
2.3.2.	La Psychiatrie de Liaison au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne.....	73
2.3.2.1.	Contexte récent de la Psychiatrie de Liaison à Lausanne.....	73
2.3.2.2.	Organisation du Service de Psychiatrie de Liaison, dirigé par le Professeur P. Guex.....	73
2.3.2.3.	Bilan d'activité du Service de Psychiatrie de Liaison.....	75
2.3.2.4.	Synthèse de la rencontre de l'équipe du Service de Psychiatrie de Liaison (Mars 2004).....	77
2.3.2.5.	Présentation de quelques recherches effectuées ou en cours dans le Service de Psychiatrie de Liaison.....	81
3.	Instruments d'évaluation utilisés en psychiatrie de liaison.....	83
3.1.	Instruments d'évaluation autres qu'INTERMED.....	83
3.1.1.	La place des instruments d'évaluation en psychiatrie de liaison.....	83
3.1.2.	Les aspects spécifiques des outils d'évaluation en soins généraux.....	84
3.1.3.	Les approches théoriques des troubles psychiatriques à la base des instruments d'évaluation en soins généraux.....	84
3.1.4.	Revue des instruments psychométriques utilisables dans le champ de la psychiatrie de liaison.....	86
3.1.4.1.	Instruments d'auto-évaluation.....	86
3.1.4.2.	Entretiens structurés.....	91
3.1.4.3.	Evaluation des facteurs psychosociaux.....	92
3.1.4.4.	Intérêt d'autres outils dans le domaine de la psychiatrie de liaison.....	93
3.1.5.	Conclusions et perspectives.....	94
3.2.	INTERMED.....	94
3.2.1.	Création d'INTERMED.....	94
3.2.2.	Autres instruments d'évaluation bio-psycho-sociaux.....	95
3.2.3.	Description de l'outil INTERMED.....	96
3.2.4.	Grille INTERMED et son utilisation.....	96
3.2.5.	Etudes réalisées avec INTERMED.....	97
3.2.6.	Les applications d'INTERMED.....	99
4.	Utilisation d'INTERMED dans l'évaluation des besoins bio-psycho-sociaux et de psychiatrie de liaison, chez 194 patients hospitalisés dans trois services médico-chirurgicaux.....	101
4.1.	Introduction du projet.....	101
4.1.1.	Introduction.....	101

4.1.2. Objectifs.....	101
4.1.3. Hypothèses.....	101
4.2. Méthodologie.....	102
4.2.1. Cadre du protocole.....	102
4.2.1.1. Population d'étude.....	102
4.2.1.2. Présentation du protocole aux services, sources de recrutement.....	104
4.2.1.3. Entretien d'évaluation du patient.....	104
4.2.1.4. Recueil d'informations à distance de l'entretien INTERMED.....	105
4.2.1.5. Procédures éthiques.....	106
4.2.2. Analyse statistique.....	106
4.2.2.1. Statisticiens.....	106
4.2.2.2. Supports de travail.....	106
4.2.2.3. Analyse descriptive.....	106
4.2.2.4. Analyse comparative.....	108
4.2.2.5. Variables de confusion ou biais d'interprétation prévisibles.....	109
4.3. Résultats.....	109
4.3.1. Analyse descriptive.....	109
4.3.1.1. Recrutement.....	110
4.3.1.2. Les exclus.....	110
4.3.1.3. Les inclus.....	111
4.3.1.4. Le recours à la psychiatrie de liaison.....	114
4.3.1.5. Les modalités d'intervention de la psychiatrie de liaison.....	114
4.3.1.6. Les sous-populations constituées par chacun des trois services M.C.O.....	115
4.3.2. Analyse comparative.....	116
4.3.2.1. Comparaison complexes versus non-complexes.....	116
4.3.2.2. Comparaison complexes avec recours à la psychiatrie de liaison versus complexes sans psychiatrie de liaison.....	118
4.3.2.3. Comparaison des caractéristiques entre les trois services M.C.O.....	120
4.4. Conclusions.....	120
5. Réflexions sur INTERMED et perspectives pour la psychiatrie de liaison.....	121
5.1. Réflexions sur INTERMED.....	121
5.1.1. Réflexions sur les résultats obtenus.....	121
5.1.2. Le point de vue des utilisateurs.....	121
5.1.3. Réflexions et perspectives sur l'outil INTERMED.....	124
5.2. Perspectives pour la psychiatrie de liaison.....	125
5.2.1. Psychiatrie de liaison et perspectives.....	125
5.2.1.1. Place et identité.....	125

5.2.1.2. Rôles et enjeux.....	126
5.2.2. EACLPP Saragosse Septembre 2003.....	127
5.2.2.1. Dépression et maladies organiques : implication pour la psychiatrie de liaison.....	128
5.2.2.2. Symptômes somatiques des troubles affectifs.....	128
5.2.2.3. Création d'une nouvelle spécialité aux Etats-Unis en mars 2003 : la médecine psychosomatique.....	128
5.2.2.4. Psychopharmacologie de la dépression dans les maladies organiques.....	128
5.2.2.5. Syndromes organiques en psychiatrie de liaison.....	129
5.2.2.6. Les patients complexes, évaluation et prise en charge.....	129
5.2.2.7. Fatigue, fibromyalgie et somatisation.....	129
5.2.2.8. Organisation et financement des services de psychiatrie de liaison.....	130
Conclusion.....	131
Bibliographie.....	132
Liste des annexes.....	136
Annexe 1.....	137
Annexe 2.....	143
Annexe 3.....	146
Annexe 4.....	148
Annexe 5.....	151
Annexe 6.....	155
Annexe 7.....	162
Table des matières.....	169

Titre de Thèse

REFLEXION SUR LA PLACE ET L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DE LIAISON DANS DEUX C.H.U. A PARTIR DE L'UTILISATION D'INTERMED, OUTIL D'EVALUATION BIO-PSYCHO-SOCIAL

- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11. résumé

Le contexte actuel de retour à une médecine globale et intégrative renforce la place de la psychiatrie de liaison et en souligne les enjeux. Devant la sous-estimation des troubles psychopathologiques et des problématiques psychosociales en soins généraux, il apparaît nécessaire d'objectiver les besoins et de rationaliser le recours à la psychiatrie de liaison, à l'aide d'un outil d'évaluation bio-psycho-social, INTERMED. Appliqué à une population de 194 patients hospitalisés en services médico-chirurgicaux, INTERMED montre son utilité dans l'identification des cas complexes, fréquents (60%) en unité classique d'hospitalisation. Il favorise l'appréhension globale du patient, l'évaluation multidimensionnelle de ses besoins, ainsi que la liaison entre somaticiens et psychiatres. INTERMED s'inscrit dans un mouvement dynamique visant à promouvoir la psychiatrie de liaison.

MOTS-CLES

Bio-psycho-social – Comorbidité – Complexité – Evaluation – INTERMED – Organisation – Psychiatrie de liaison – Psychologie médicale – Relation médecin-malade.