

2020-2021

THÈSE
pour le
DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Qualification en D.E.S. de PSYCHIATRIE

**Perception de l'équipe de psychiatrie
de liaison du Centre Hospitalier
Universitaire d'Angers par les
services demandeurs et évaluation
de leurs attentes.**

GUERLAIS Vincent

Né le 22 septembre 1990 à Angers (49)

Sous la direction de M. LE GAL Dewi

Membres du jury	
Madame le Professeur GOHIER Bénédicte	Président
Monsieur le Docteur LE GAL Dewi	Directeur
Monsieur le Professeur VERNY Christophe	Membre
Monsieur le Professeur ANNWEILLER Cédric	Membre

Soutenue publiquement le :
xx XXXXXX XXXX

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné GUERLAIS Vincent
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le 01/11/2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM	Pierre	Physiologie Gériatrie et biologie du vieillissement	Département de physiologie et explorations fonctionnelles
ANNWEILER	Cédric	Médecine intensive - réanimation	Service de gériatrie
ASFAR	Pierre	Radiologie et imagerie médicale	Département de Réanimation médicale et de médecine hyperbare
AUBE	Christophe	Néphrologie	Département de Radiologie
AUGUSTO	Jean-François	Urologie	Département de néphrologie-dialyse-transplantation
AZZOUZI	Abdel Rahmène	Médecine générale	Service d'Urologie
BELLANGER	William	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Département de Médecine Générale
BAUFRETON	Christophe	Urologie	Service de Chirurgie cardiaque
BIGOT	Pierre	Génétique	Service d'Urologie
BONNEAU	Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie	Département de biochimie et génétique
BOURSIER	Jérôme	Parasitologie et mycologie	Service d'hépatologie-gastroentérologie et oncologie digestive
BOUCHARA	Jean-Philippe	Rhumatologie	Département de biologie des agents infectieux et pharmaco-toxicologie
BOUVARD	Béatrice	Pharmacologie	Département de rhumatologie
BRIET	Marie	Gastro-entérologie ; hépatologie	Département de biologie des agents infectieux et pharmaco-toxicologie
CALES	Paul	Cancérologie ; radiothérapie	Service d'hépatologie-gastroentérologie et oncologie digestive
CAMPONE	Mario	Gastro-entérologie ; hépatologie	Institut de Cancérologie de l'Ouest Paul Papin
CAROLI-BOSC	François-Xavier	Cytologie et histologie	Service d'hépatologie-gastroentérologie et oncologie digestive
CHAPPARD	Daniel	Médecine générale	Laboratoire GEROM - IBS
CONNAN	Laurent	Anatomie et cytologie pathologiques	Département de Médecine Générale
COPIN	Marie-Christine	Pédiatrie	Département de pathologie cellulaire et tissulaire
COUTANT	Régis	Physiologie	Pôle Femme-mère-enfant - fédération de pédiatrie
CUSTAUD	Marc-Antoine		Département de physiologie et explorations fonctionnelles
DE			
CASABIANCA	Catherine	Médecine générale	Département de Médecine Générale
DESCAMPS	Philippe	Gynécologie-obstétrique	Fédération de Gynécologie obstétrique
D'ESCATHA	Alexis	Médecine et santé au travail	Centre antipoison et de toxicovigilance
DINOMAIS	Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	CRRRF les Capucins
DIQUET	Bertrand	Pharmacologie	Département de biologie des agents infectieux et pharmaco-toxicologie
DUBEE	Vincent	Maladies infectieuses	Service des maladies infectieuses et Tropicales et médecine interne
DUCANCELLE	Alexandra	Bactériologie-virologie	Département de biologie des agents infectieux et pharmaco-toxicologie
DUVERGER	Philippe	Pédopsychiatrie	Unité de pédopsychiatrie
FOURNIER	Henri-Dominique	Anatomie	Département de Neurochirurgie
FURBER	Alain	Cardiologie	Service de Cardiologie
GAGNADOUX	Frédéric	Pneumologie	Service de Pneumologie
GARNIER	François	Médecine générale	Département de Médecine Générale
GASCOIN	Géraldine	Pédiatrie	Pôle Femme-mère-enfant - fédération de pédiatrie
GOHIER	Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Département de Psychiatrie d'adultes
GUARDIOLA	Philippe	Hématologie ; transfusion	Service des Maladies du Sang

HAMY	Antoine	Chirurgie générale Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Service de Chirurgie Viscérale Service de médecine vasculaire
HENNI HUNAULT-BERGER	Samir	Hématologie ; transfusion	Service des Maladies du Sang
IFRAH	Norbert	Hématologie ; transfusion	Service des Maladies du Sang
JEANNIN	Pascale	Immunologie	Laboratoire d'immunologie et allergologie
KEMPF	Marie	Bactériologie-virologie	Département de biologie des agents infectieux
LACOURREYE	Laurent	Oto-rhino-laryngologie Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire	Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale Pôle d'Anesthésie-réanimation
LASOCKI	Sigismond	Gynécologie-obstétrique	Pôle Femme-Mère-Enfant - fédération de gynécologie-obstétrique
LEGENDRE	Guillaume	Rhumatologie	Département de Rhumatologie
LEGRAND	Erick	Chirurgie générale	Service de Chirurgie Viscérale
LERMITE	Emilie	Médecine intensive - réanimation	Département de Réanimation médicale et de médecine hyperbare
LEROLLE	Nicolas	Bactériologie-virologie	Département de biologie des agents infectieux et pharmaco-toxicologie
LUNEL-FABIANI	Françoise	Dermato-vénéréologie	Service de Dermatologie
MARTIN	Ludovic	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	
MAY-PANLOUP	Pascale	Neurochirurgie	Pôle Biologie
MENEI	Philippe	Médecine intensive - réanimation	Département de Neurochirurgie
MERCAT	Alain	Pédiatrie	Département de Réanimation médicale et de médecine hyperbare
PELLIER	Isabelle	Médecine et santé au travail	Pôle Femme-Mère-Enfant - Fédération de pédiatrie
PETIT	Audrey	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Service de santé au travail et pathologies professionnelles
PICQUET	Jean	Chirurgie infantile	Service de Chirurgie vasculaire et thoracique
PODEVIN	Guillaume	Génétique	Fédération de pédiatrie - Chirurgie pédiatrique
PROCACCIO	Vincent	Biochimie et biologie moléculaire	Département de biochimie et génétique
PRUNIER	Delphine	Cardiologie	Département de biochimie et génétique
PRUNIER	Fabrice	Biochimie et biologie moléculaire	Service de Cardiologie
REYNIER	Pascal	Médecine physique et de réadaptation	Département de biochimie et génétique
RICHARD	Isabelle	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	CRRRF les Capucins
RODIEN	Patrice	Médecine et santé au travail	Département d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition
ROQUELAURE	Yves	Médecine légale et droit de la santé	Service santé au travail et pathologies professionnelles
ROUGE-MAILLART	Clotilde	Anatomie et cytologie pathologiques	Service de Médecine légale
ROUSSEAU	Audrey	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Département de pathologie cellulaire et tissulaire
ROUSSEAU	Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques	Service de Chirurgie Plastique
ROUSSELET	Marie-Christine	Médecine d'Urgence	Département de pathologie cellulaire et tissulaire
ROY	Pierre-Marie	Médecine d'Urgence	Service des urgences
SAVARY	Dominique	Hématologie ; transfusion	Service des urgences
SCHMIDT	Aline	Pneumologie	Service des Maladies du Sang
TRZEPIZUR	Wojciech	Hématologie ; transfusion	Département de Pneumologie
UGO	Valérie	Pneumologie	Laboratoire d'hématologie
URBAN	Thierry	Pédiatrie	Département de Pneumologie
VAN BOGAERT	Patrick	Neurologie	Pôle Femme-mère-enfant - fédération de pédiatrie
VERNY	Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Département de Neurologie - Charcot
WILLOTEAUX	Serge		Département de Radiologie

Liste des MCU et MCU-PH - Année universitaire 2020-2021

ANGOULVANT	Cécile	Médecine générale	Département de Médecine Générale
BEAUVILLAIN	Céline	Immunologie	Laboratoire d'immunologie
BEGUE	Cyril	Médecine générale	Département de Médecine Générale
BELIZNA	Cristina	Médecine interne	Centre Vasculaire et de la Coagulation
BELONCLE	François	Réanimation	Département de réanimation médicale et médecine hyperbare
BIERE	Loïc	Cardiologie	Service de cardiologie
BLANCHET	Odile	Hématologie ; transfusion	Laboratoire d'hématologie
BRIET	Claire	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Service Endocrinologie-Diabète-Nutrition
CAPITAIN	Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Institut de Cancérologie de l'Ouest Paul Papin
CASSEREAU	Julien	Neurologie	Département de neurologie
CHAO DE LA BARCA	Juan-Manuel	Biochimie et biologie moléculaire	Département de biochimie et Génétique
CHEVALIER	Sylvie	Biologie cellulaire	Département de pathologie cellulaire et tissulaire
COLIN	Estelle	Génétique	Département de Biochimie et Génétique
FERRE	Marc	Biologie moléculaire	Département de Biochimie et Génétique
FORTRAT	Jacques-Olivier	Physiologie	Laboratoire d'explorations fonctionnelles vasculaires
HAMEL	Jean-François	Biostatistiques ; informatique méd.	Service de biostatistiques et modélisation
HINDRE	François	Biophysique	Service de Médecine Nucléaire et Biophysique
KHIATI	Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Département de biochimie et Génétique
JOUSSET-THULLIER	Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Service de Médecine légale
JUDALET-ILLAND	Ghislaine	Médecine générale	Département de Médecine Générale
KUN-DARBOIS	Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Service de stomatologie et chirurgie. maxillo-faciale
LEBDAI	Souhil	Urologie	Service d'Urologie
LEMEE	Jean-Michel	Neurochirurgie	Département de neurochirurgie
TEXIER-LEGENDRE	Gaëlle	Médecine générale	Département de Médecine Générale
LETOURNEL	Franck	Biologie cellulaire	Département de pathologie cellulaire et tissulaire-Neurobiologie-Neuropathologie
LIBOUBAN	Hélène	Histologie	Laboratoire GEROM
LUQUE PAZ	Damien	Hématologie ; transfusion	Département d'hématologie
MABILLEAU	Guillaume	Histologie	SCIAM
MESLIER	Nicole	Physiologie	Département de Pneumologie
MIOT	Charline	Immunologie	Laboratoire d'immunologie
MOUILLIE	Jean-Marc	Philosophie	Département de Sciences Humaines
PAILHORIES	Hélène	Bactériologie-virologie	Département de Biologie des Agents Infectieux et Pharmaco-toxicologie
PAPON	Xavier	Anatomie	Service de Chirurgie vasculaire et thoracique
PASCO-PAPON	Anne	Radiologie et imagerie médicale	Département de Radiologie
PENCHAUD	Anne-Laurence	Sociologie	Département de Sciences Humaines
PIHET	Marc	Parasitologie et mycologie	Département de Biologie des Agents Infectieux et Pharmaco-toxicologie
PY	Thibaud	Médecine générale	Département de Médecine Générale
POIROUX	Laurent	Sciences infirmières	Bâtiment GIRCI
RAMOND-ROQUIN	Aline	Médecine générale	Département de Médecine Générale
RINEAU	Emmanuel	Anesthésiologie-réanimation	Département d'Anesthésie-Réanimation
SCHMITT	Françoise	Chirurgie infantile	Pôle femme-mère-enfant - fédération de pédiatrie
TESSIER-CAZENEUVE	Christine	Médecine générale	Département de Médecine Générale
VENARA	Aurélien	Chirurgie digestive	Service de Chirurgie viscérale

REMERCIEMENTS

Je remercie Mme le Professeur Bénédicte GOHIER, qui me fait l'honneur de présider ce jury.

Je tiens à remercier Monsieur le Docteur LE GAL Dewi pour son aide sur ce travail de thèse et d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse.

Je remercie Monsieur le Professeur VERNY Christophe et Monsieur le Professeur ANNWEILLER Cédric qui ont accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Je remercie Madame le Docteur Dominique Robert pour ses conseils.

Un grand merci aux médecins et soignants qui ont participé à ma formation tout au long de l'internat.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagné de près ou de loin. Qui m'ont soutenu, apprécié, aidé, fait rire et tout le reste.

Un grand merci à ma maman sans qui ce travail n'aurait pas pu être fait, ni mon internat.

Merci.

Liste des abréviations

Plan

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Objectif**
- 2. Type d'étude**
- 3. Période d'étude**
- 4. Population d'étude**
- 5. Sources du questionnaire**

RÉSULTATS

1. Population interrogée

- 1.1. Les statuts médicaux
- 1.2. L'expérience professionnelle
- 1.3. La répartition des services

2. L'expérience des praticiens par rapport à la psychiatrie de liaison du CHU d'Angers

- 2.1. L'attitude face à un patient présentant un trouble psychiatrique
- 2.2. La demande d'avis au service de psychiatrie de liaison
- 2.3. Le responsable de la demande d'avis
- 2.4. Le nombre de demandes d'avis annuels
- 2.5. Les difficultés rencontrées dans la pratique

3. Les perceptions des indications et des interventions de la psychiatrie de liaison

- 3.1. Le degré d'importance suivant les indications :
- 3.2. Le degré d'importance des interventions dans la pratique
- 3.3. Aspect financier de la psychiatrie de liaison

4. Des améliorations possibles

- 4.1. Consultations pluridisciplinaires
- 4.2. Des unités médico-psychiatriques

5. Autres réponses

ANALYSE ET DISCUSSION :

- 1. Biais**
- 2. Analyse**

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Résumé

La psychiatrie de liaison au sein des hôpitaux généraux se développe depuis le 20eme siècle. Peu d'études ont été réalisées pour recueillir les avis des médecins demandeurs sur son intervention dans le processus de soin. L'objectif de cette thèse est de réaliser un état des lieux de la perception des médecins demandeurs d'avis sur la psychiatrie de liaison au CHU d'Angers. Un questionnaire a été envoyé par courrier électronique de juillet à octobre 2020 à tous les médecins qui peuvent faire appel à la psychiatrie de liaison du CHU d'Angers. 169 réponses de 33 services ont été prises en compte. 95,9% des médecins demandent un avis psychiatrique devant un patient présentant un trouble psychiatrique. Les difficultés principales face à des patients présentant une symptomatologie psychiatrique sont la nature et le degré d'urgence du trouble psychiatrique, l'indication d'un transfert dans une unité spécialisé et le refus du patient ou de la famille. Les indications et les interventions les moins unanimes sont les annonces de diagnostic grave, le syndrome confusionnel, les refus de soins, les problématiques sociales, l'alternative à une hospitalisation en soins somatiques, la réponse à une demande de la famille du patient, la résolution d'un conflit entre le patient et l'équipe soignante et enfin la participation à une réunion de concertation pluridisciplinaire.

Cet état des lieux a permis de mettre en évidence des demandes et des difficultés ressenties actuellement par les médecins du CHU d'Angers. Des souhaits de formations et d'informations sur les troubles psychiatriques y sont évoqués.

Les difficultés relevées sont la prise en charge des patients présentant des pathologies intriquées entre deux disciplines comme la neuropsychiatrie ou la gérontopsychiatrie ainsi que les difficultés de diagnostic et d'hospitalisation des patients psychiatriques. L'amélioration des connaissances et de la communication de la psychiatrie de liaison pourrait permettre une meilleure collaboration des différents praticiens pour la prise en charge des patients.

INTRODUCTION

La psychiatrie de liaison est une branche de la psychiatrie générale apparue au début du XXème siècle [1]. Elle est actuellement encadrée par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé modifiée le 24 juillet 2019 [2,3].

Sa dénomination américaine « Consultation-liaison psychiatry » permet de mieux refléter son exercice. Elle regroupe de manière concomitante une activité de consultation de psychiatrie et une activité de liaison qui permet de sensibiliser et de former les équipes de soins généraux aux aspects psychiatriques au sein même de l'hôpital général [4]. La psychiatrie de liaison a permis d'introduire la psychiatrie dans les hôpitaux généraux afin de répondre aux demandes pour les patients souffrant de troubles psychiques surajoutés ou associés à des affections organiques. La littérature rapporte une prévalence des troubles psychiatriques comprise entre 30 et 50% dans les hôpitaux généraux et un taux d'évaluation de psychiatrie de liaison évalué entre 1 et 5 % des patients admis [5-8].

La psychiatrie de liaison a fait ses preuves en matière de bénéfice pour le patient et l'hôpital, que ce soit par l'amélioration des diagnostics des troubles psychiatriques et leurs comorbidités ou par une diminution des durées moyennes de séjour d'hospitalisation, permettant en plus une valorisation économique du séjour du patient avec la tarification à l'activité [9-11].

Au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers, l'équipe de psychiatrie de liaison est composée d'un médecin thésé, d'un interne et d'une équipe de trois infirmier(e)s. Elle peut être contactée par téléphone, fax et surtout par une demande d'avis informatisée avec le logiciel de prescription du CHU. Elle intervient sur le site du CHU d'Angers et à

l’Institut de Cancérologie de l’Ouest (ICO). L’équipe de psychiatrie de liaison a effectué en moyenne 17 consultations par semaine (3/ jours sur 2020) pour une moyenne de 2107 patients hospitalisés par semaine (301 par jour). Ces chiffres sont à interpréter avec le contexte de la crise de COVID-19. Le pourcentage de patients admis évalué par la psychiatrie de liaison sur le CHU d’Angers est donc de 1.05%, il correspond aux valeurs retrouvées dans la littérature [8]. Une marge de progression est envisageable par des interventions ciblées auprès des médecins et avec leur collaboration, auprès des équipes pouvant faire appel au service de psychiatrie de liaison.

Au niveau recherche, peu d’études concernent la perception des médecins demandeurs d’avis du service de psychiatrie de liaison. On note parmi ces travaux, deux thèses, l’une étudie « La perception de la psychiatrie de liaison par les services médico-chirurgicaux » et l’autre porte sur « Les enjeux de la psychiatrie de liaison : étude au CHU de Nancy sur les attentes des services somatiques » [12,13].

Fort de ces constats, cette étude a pour objectif d’interroger les perceptions et les attentes des médecins demandeurs de la psychiatrie de liaison au CHU d’Angers.

MÉTHODES

1. Objectif

L'objectif principal de ce travail est de réaliser un état des lieux sur le fonctionnement de la psychiatrie de liaison sur le CHU d'Angers.

Les objectifs secondaires sont de recueillir les perceptions des médecins demandeurs d'avis sur les difficultés et les améliorations possibles par rapport à la psychiatrie de liaison.

2. Type d'étude

C'est une étude transversale descriptive, réalisée sur la population médicale du CHU d'Angers et de l'ICO, par un auto-questionnaire permettant d'interroger les médecins des services concernés.

3. Période d'étude

Le questionnaire a été envoyé par mail aux adresses professionnelles des médecins du CHU d'Angers le 27/07/2020 suivi de deux relances, une le 24/08/20 et la deuxième le 21/09/20.

Les réponses ont été recueillies jusqu'au 10 octobre 2020.

4. Population d'étude

La population ciblée dans notre étude est le personnel médical exerçant dans les services médico-chirurgicaux du CHU d'Angers et de l'ICO incluant les internes, les Chefs de Clinique des Universités/ Assistant des Hôpitaux (CCA), les Praticiens Hospitaliers Contractuels (PHC),

les Praticiens Hospitaliers (PH), les Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers (PU-PH), et les Maitres de Conférences-Praticiens Hospitaliers (MCU-PH).

Les services interrogés correspondent au terrain d'action du service de psychiatrie de liaison du CHU d'Angers, c'est-à-dire tous les services du CHU et ceux de l'ICO.

Les services exclus de l'étude sont : l'unité transversale de thérapeutiques innovantes en oncologie médicale, le service d'assistance médicale à la procréation, les services de pédiatrie, le services de stérilisation, le centre de prélèvements, les services de Pharmacologie- Toxicologie, le service d'exploration de l'exercice, le centre régional de médecine du sport, le département de biologie des agents infectieux, la pharmacie, le département de biochimie et génétique, le laboratoire d'immunologie, le service de coordination des prélèvements d'organes et de tissus, le Samu 49-Centre 15, le département d'information médicale, le centre régional de pharmacovigilance, le département de pathologie cellulaire et tissulaire, les services de psychiatrie.

Le personnel paramédical, les étudiants en médecine de la troisième à la sixième année ont été exclus de l'étude.

5. Développement du questionnaire

Le questionnaire a pour but de recueillir l'avis des praticiens médicaux vis-à-vis de la psychiatrie de liaison. La rédaction d'un questionnaire adapté a donc été le travail préalable de cette étude (annexe 1).

Les critères principaux d'élaboration du questionnaire étaient la concision, une expression synthétique et accessible afin que les médecins utilisant peu la sémantique psychiatrique

puissent y répondre. En pratique, le questionnaire devait être court, simple et rapide à remplir.

Différentes sources ont été utilisées :

- Les travaux et publications internationales et nationales sur la psychiatrie de liaison.
- Les avis des psychiatres expérimentés du service de psychiatrie adulte du CHU d'Angers notamment du service de psychiatrie de liaison.

L'auto-questionnaire comporte 15 items divisés en trois parties :

- Une première partie porte sur les caractéristiques du médecin, notamment son statut, son ancienneté, son lieu d'exercice, son expérience professionnelle.
- Une deuxième partie interroge l'expérience des praticiens et leurs demandes à propos du service de psychiatrie de liaison au CHU d'Angers.
- Une troisième partie porte sur la perception des indications et des interventions de la psychiatrie de liaison et son importance dans la pratique clinique des praticiens demandeurs.
- Une question libre a été insérée à la fin du questionnaire pour compléter des réponses ou ajouter des suggestions ne pouvant être exprimées par des réponses à choix fermé.

RÉSULTATS

1. Population interrogée

L'étude a été envoyée à 1418 médecins et 169 réponses ont été reçues. Le taux de participation est de 11,85%.

1.1. Les statuts médicaux

Les répondants majoritaires sont les internes (57) et les PH (57) puis les CCA (34) donnant à eux seuls 87,5% (148) des réponses. Ce sont les statuts les plus représentés sur le CHU d'Angers.

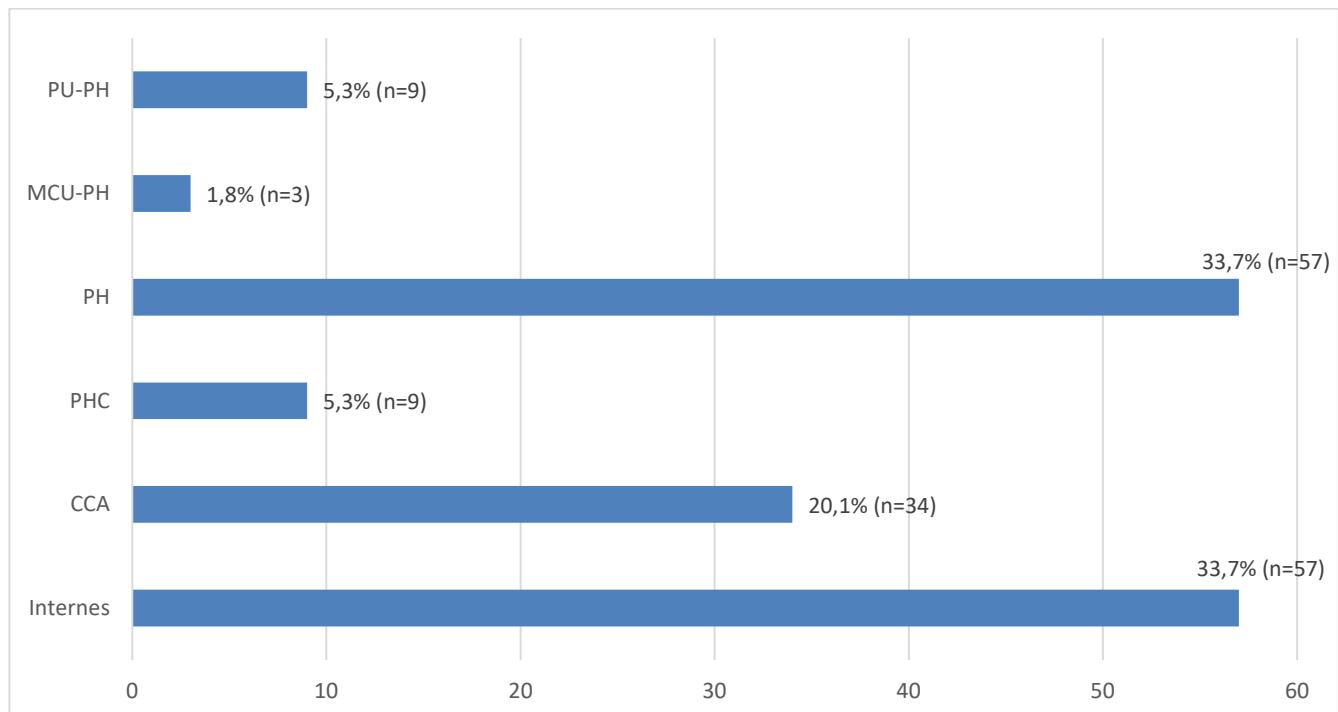


Figure 1 : Répartition par statut médical.

1.2. L'expérience professionnelle

Du fait d'une majorité de répondants internes et CCA, l'expérience professionnelle inférieure à 5 ans est la plus représentée.

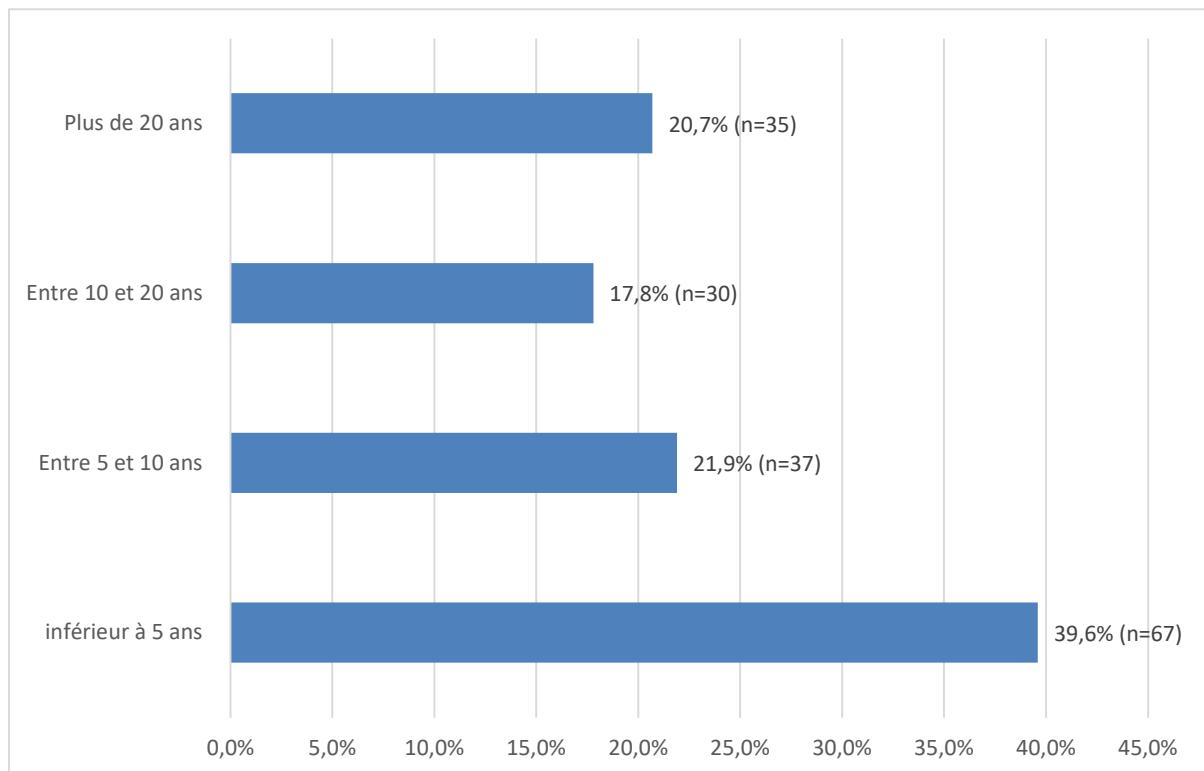


Figure 2 : Répartition des médecins par expérience professionnelle.

1.3. La répartition des services

33 services sur les 38 services concernés ont répondu au questionnaire, les 5 non-répondants étant le centre de coordination en cancérologie, l'équipe mobile d'accompagnement en soins de support et palliatifs, la médecine vasculaire et l'unité multidisciplinaire de prise en charge de la douleur chronique.

Dans le tableau 1, les 4 services les plus répondants sont la médecine interne, la neurologie, la gériatrie, l'endocrinologie-diabétologie et nutrition avec 28.4% (48) des réponses.

Tableau I : Répartition des médecins en fonctions des services.

Nom du service	Nombre de médecins %(n)
Médecine interne	8.3% (14)
Neurologie	7.7% (13)
Gériatrie	6.5% (11)
Endocrinologie-diabétologie et nutrition	5.9% (10)
Urgence adulte	5.9% (10)
Anesthésie-réanimation	5.3% (9)
Chirurgie osseuse adulte	4.7% (8)
Hématologie	4.7% (8)
Dermatologie et Vénérologie	4.1% (7)
Médecine intensive-réanimation et médecine hyperbare	4.1% (7)
Chirurgie viscérale	3.6% (6)
Hépatogastro-entérologie et oncologie digestive	3.6% (6)
Néphrologie - Dialyse - Transplantation	3.0% (5)
ORL et Chirurgie cervico - faciale	3.0% (5)
Rhumatologie	3.0% (5)
Cardiologie	2.4% (4)
Maladie infectieuse et tropicales et médecine interne	2.4% (4)
Neurochirurgie	2.4% (4)
Pneumologie	2.4% (4)
Chirurgie cardiaque vasculaire et thoracique	1.8% (3)
Médecine physique et rééducation fonctionnelle	1.8% (3)
Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale	1.8% (3)
Gynécologie obstétrique	1.8% (3)
Centre Flora Tristan	1.2% (2)
ICO	1.2% (2)
Médecine légale	1.2% (2)
Ophthalmologie	1.2% (2)
Radiologie	1.2% (2)
Soins de suite et réadaptation	1.2% (2)
Urologie	1.2% (2)
Allergologie	0.6% (1)
Chirurgie plastique	0.6% (1)
Pathologie professionnelle et santé au travail	0.6% (1)
Total :	100% (169)

2. L'expérience des praticiens par rapport à la psychiatrie de liaison du CHU d'Angers

2.1. L'attitude face à un patient présentant un trouble psychiatrique

Selon les réponses à cette question à choix multiples sur leurs attitudes devant un trouble psychiatrique, les médecins demandent un avis psychiatrique pour 95,9% (162) des répondants. 24,3% (41) demandent l'intervention d'un psychologue du service. La prise en charge s'effectue de manière autonome pour 16,6% (28) d'entre eux. Une consultation psychiatrique en ambulatoire est demandée par 6,5% (11) des médecins. Les 3% (8) de réponses libres adressent vers les Urgences ou ne réalisent pas de prise en charge psychiatrique dans leurs services.

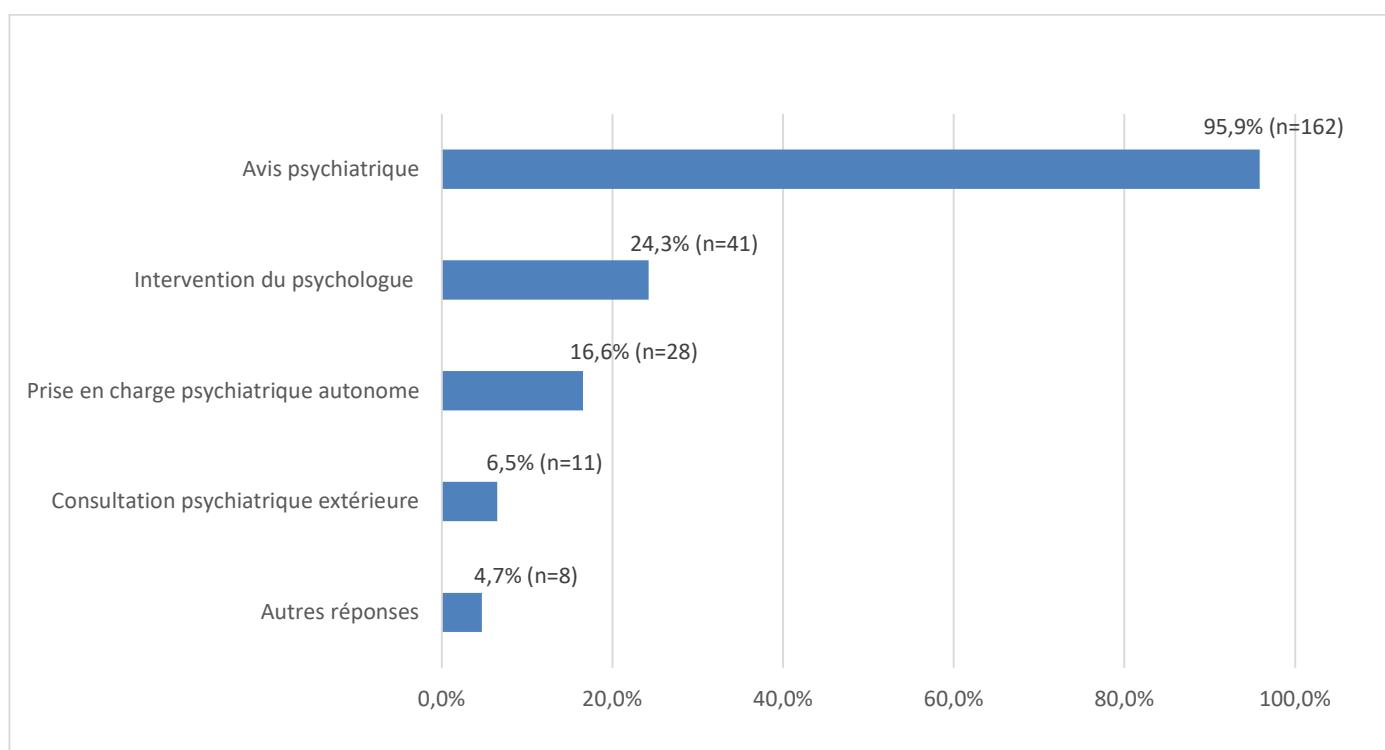


Figure 3 : Attitude des médecins devant un trouble psychiatrique décompensé.

2.2. La demande d'avis de psychiatrie de liaison

89,9% (152) personnes ont déjà fait appel au service de psychiatrie de liaison du CHU d'Angers et 10,1% (17) ne l'ont jamais fait.

Les raisons notées par les médecins (17) n'ayant jamais fait appel au service de psychiatrie de liaison sont : le manque de connaissance du service de psychiatrie de liaison (8), des situations ne nécessitant pas une demande d'avis psychiatrique (6), des délais d'intervention trop longs (2).

Sur 6 réponses libres, 5 médecins expriment avoir accès aux psychiatres dans leurs services et donc ne sollicitent pas l'intervention du service de psychiatrie de liaison. Pour la dernière, le médecin dit ne pas être dans une unité d'hospitalisation.

2.3. Le responsable de la demande d'avis

Pour cette question à choix multiples, la demande de psychiatrie de liaison est réalisée en majorité à l'initiative du praticien à 98% (149), à 57.2% (87) sur la proposition de l'équipe paramédicale, à 33.6% (51) sur demande du patient et à 15.8% (24) sur demande de la famille.

Les 2 réponses libres sont, sur l'avis de son responsable médical et la deuxième, sur l'avis d'une réunion de concertation pluridisciplinaire.

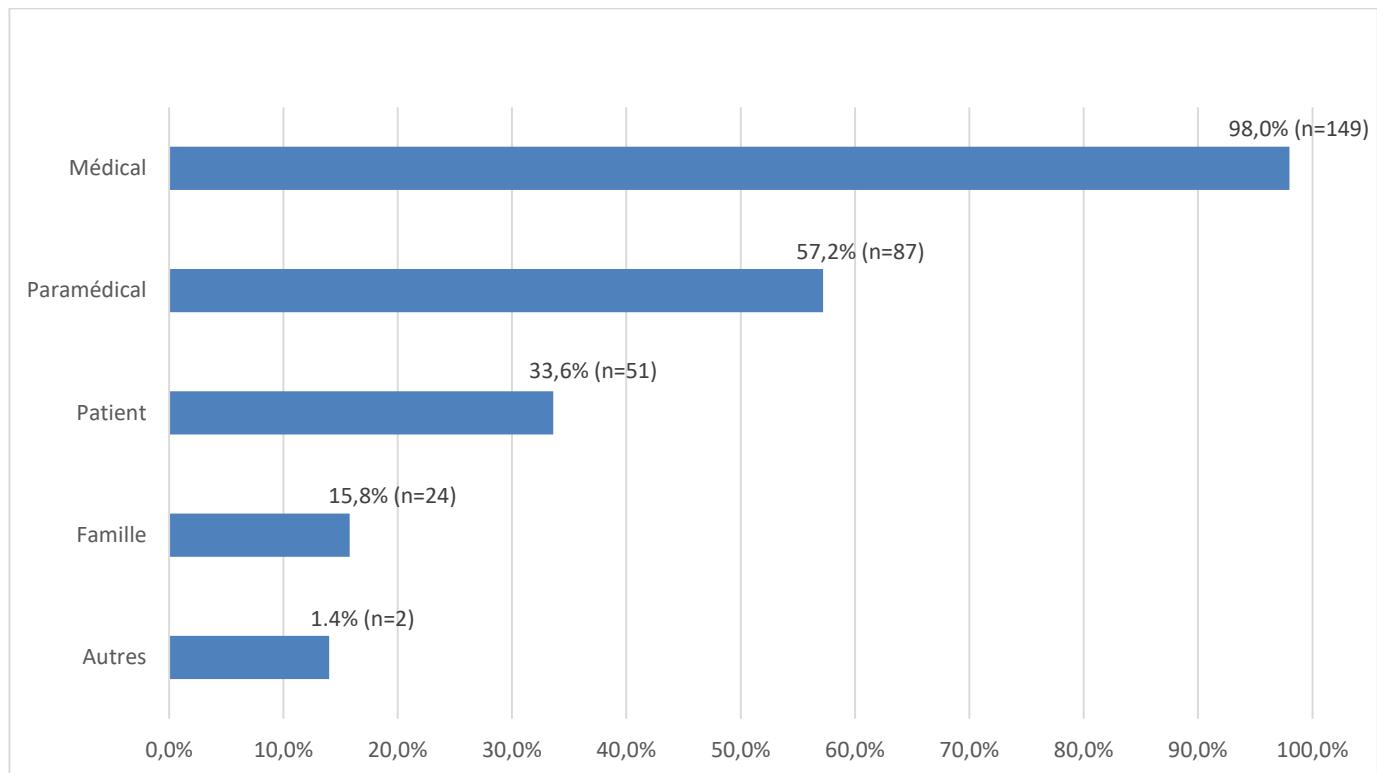


Figure 4 : La répartition des responsables de la demande d'avis.

2.4. Le nombre de demandes d'avis annuels

Pour la demande d'avis, 73% (111) des praticiens se situent entre 2 à 3 demandes par an et 2 à 3 demandes par mois. Et 19.8% (30) des praticiens font minimum une demande par semaine.

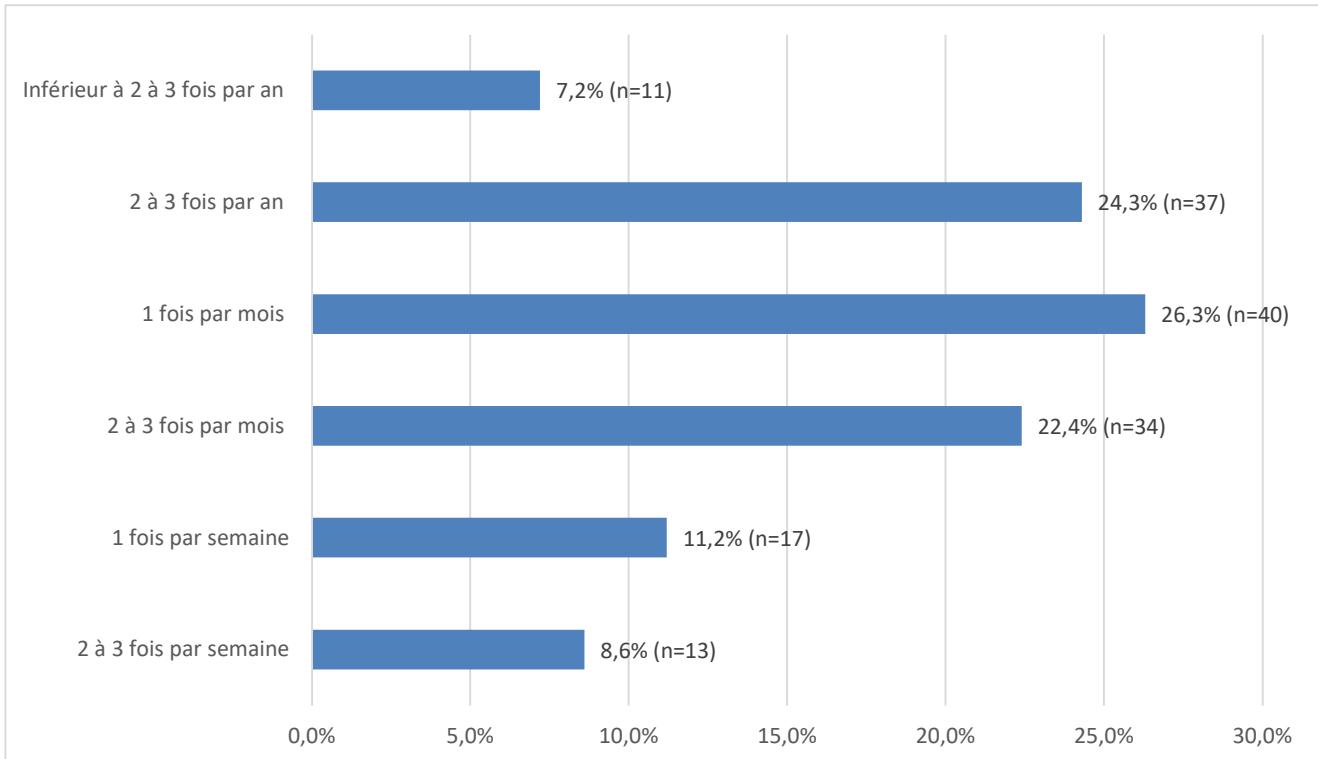


Figure 5 : Fréquence des demandes rapportées par les médecins.

2.5. Les difficultés rencontrées en pratique

Les principales difficultés en pratique sont le diagnostic du trouble psychiatrique avec la détermination de son degré d'urgence et la difficulté de transfert dans un lieu spécialisé en psychiatrie pour respectivement 54.4% (92) et 43.2% (73) des médecins interrogés.

Le refus de prise en charge psychiatrique par le patient ou sa famille concerne 27.2% (46) des réponses et la charge de travail, 14.8% (25) des praticiens.

La prise en charge géronto-psychiatrique peut être difficile du fait des polypathologies rencontrées et de la prise en charge thérapeutique pour 2 médecins.

Des difficultés liées à l'organisation sont exprimées par 9 praticiens, en particulier le suivi avec le centre hospitalier spécialisé dépendant du CHU d'Angers, la difficulté de transport et

d'accessibilité des lieux pour la prise en charge psychiatrique, l'impossibilité pour certains patients de sortir de leur service en raison de pathologies précises tels qu'une neutropénie. D'autres rapportent une difficulté de prise en charge thérapeutique notamment lors de l'impossibilité des prescriptions de traitement per os.

Et enfin, les limites de capacité d'accueil par leur service sont signalées pour des patients présentant des troubles comportementaux majeurs en lien avec des troubles psychiatriques.

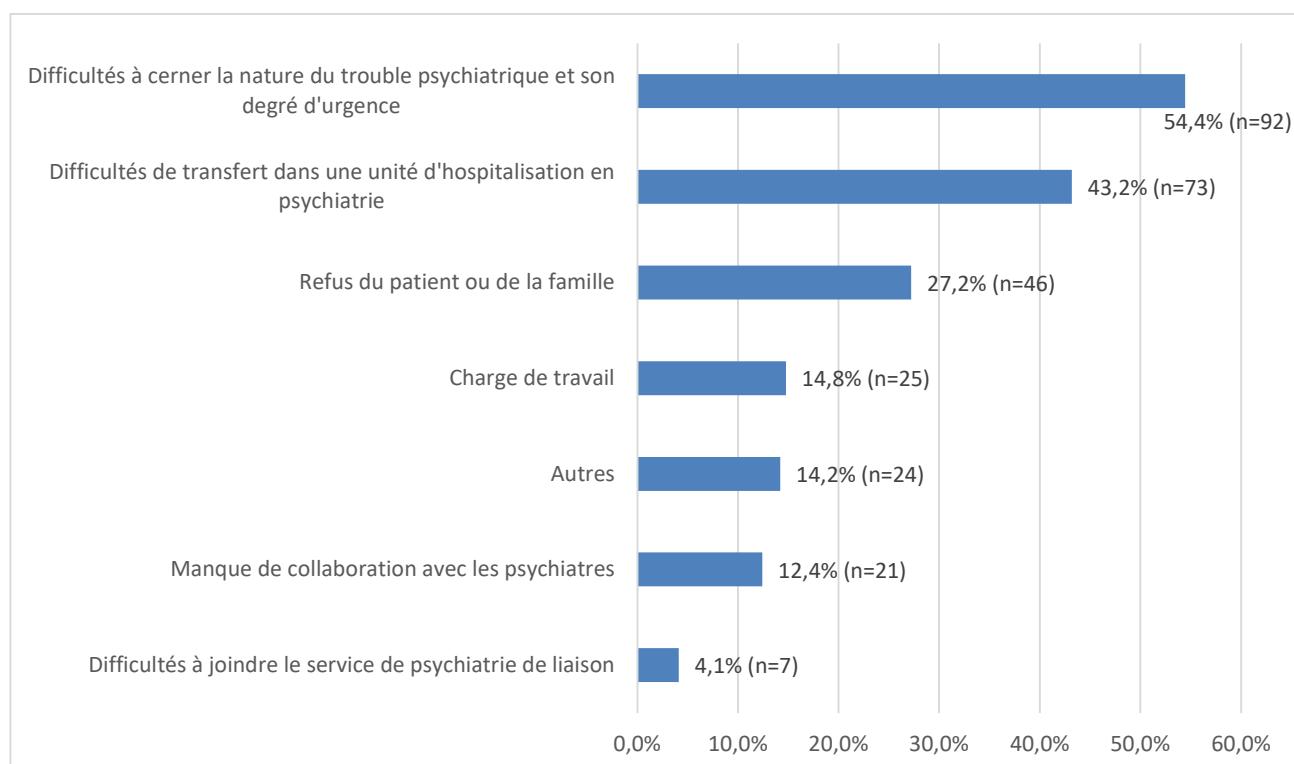


Figure 6 : Difficultés rencontrées dans la pratique des médecins face à des patients présentant des troubles psychiatriques.

3. Les perceptions des indications et des interventions de la psychiatrie de liaison

3.1. Le degré d'importance suivant les indications :

Les indications obtenant le plus de réponses « très important » sont les tentatives de suicides à 90,5% (153) et les éléments délirants et les hallucinations à 57,4% (97).

Les indications de la catégorie « relativement important » sont la dépression à 56,8% (96) et les troubles du comportement à 55% (93).

Les indications relevées en « peu important » sont les insomnies à 61,5% (104) et les bilans pré-thérapeutiques à 56,2% (95).

Les indications sans consensus parmi les médecins sont les annonces d'un diagnostic grave, les syndromes confusionnels et les refus de soins.

Tableau II : Perception de l'importance des indications pour la psychiatrie de liaison par les praticiens.

Indication	<i>Pas important</i>	<i>Peu important</i>	<i>Relativement important</i>	<i>Très important</i>
<i>Agitation psychomotrice</i>	5,3%	20,1%	51,5%	23,1%
<i>Plaintes somatiques inexplicquées</i>	8,3%	52,1%	36,7%	3,0%
<i>Refus de soins</i>	5,9%	39,6%	37,9%	16,6%
<i>Tentative de suicides</i>	1,8%	1,2%	6,5%	90,5%
<i>Dépression</i>	0,6%	10,1%	56,8%	32,5%
<i>Insomnie</i>	16,6%	61,5%	20,7%	1,2%
<i>Trouble anxieux</i>	3,0%	36,1%	51,5%	9,5%
<i>Syndrome confusionnel</i>	17,8%	33,7%	29,6%	18,9%
<i>Trouble du comportement</i>	4,1%	18,3%	55,0%	22,5%
<i>Délire et hallucination</i>	1,2%	7,7%	33,7%	57,4%
<i>Syndrome de sevrage</i>	6,5%	14,8%	42,0%	36,7%
<i>Bilan pré-thérapeutique</i>	20,1%	56,2%	19,5%	4,1%
<i>Annonce d'un diagnostic grave</i>	18,3%	34,9%	30,2%	16,6%
<i>Ajustement thérapeutique</i>	3,0%	19,5%	51,5%	26,0%
<i>Evaluation d'un traumatisme</i>	5,9%	26,0%	43,2%	24,9%
<i>Thérapeutique psychotrope</i>	3,6%	23,7%	50,9%	21,9%

3.2. Le degré d'importance des interventions dans la pratique

Les interventions de psychiatrie de liaison les plus repérées comme un « degré très important » sont l'évaluation du risque suicidaire à 74,6% (126) et l'évaluation diagnostique d'un trouble psychiatrique à 52,7% (89).

Au degré « relativement important », ce sont les interventions évaluant la part psychogène à l'origine d'une symptomatologie somatique à 54,4% (92), le retentissement psychiatrique d'une maladie somatique à 60,9% (103) et le caractère psychiatrique d'un trouble comportemental à 51,5% (87).

Qualifiée majoritairement à un degré « peu important », l'intervention avec présence de la psychiatrie de liaison lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle au patient est à 50,3% (85).

Les interventions ne faisant pas l'unanimité sont les difficultés par rapport à une problématique sociale, l'alternative à une hospitalisation en soins somatiques, la réponse à une demande de la famille du patient, la résolution d'un conflit entre le patient et l'équipe soignante et enfin la participation à une réunion de concertation pluridisciplinaire.

Tableau III : Perception de l'importance des interventions pour la psychiatrie de liaison par les praticiens.

<i>Interventions :</i>	<i>Pas important</i>	<i>Peu important</i>	<i>Relativement important</i>	<i>Très important</i>
<i>Evaluation diagnostique d'un trouble psychiatrique</i>	1,8%	3,6%	42,0%	52,7%
<i>Information sur la pathologie psychiatrique rencontrée</i>	3,6%	13,0%	48,5%	34,9%
<i>Evaluation du risque suicidaire</i>	1,8%	1,2%	22,5%	74,6%
<i>Participation d'un syndrome psychiatrique dans un tableau clinique somatique</i>	3,0%	14,8%	47,3%	34,9%
<i>Comprendre le fonctionnement du patient afin d'optimiser la prise en charge globale</i>	3,0%	27,2%	47,3%	22,5%
<i>Développement du lien de l'équipe de psychiatrie de liaison avec l'équipe soignante</i>	4,1%	26,0%	47,3%	22,5%
<i>Participation à une réunion de concertation pluridisciplinaire</i>	11,2%	43,2%	35,5%	10,1%
<i>Résolution d'un conflit entre le patient et l'équipe soignante</i>	13,6%	42,0%	37,3%	7,1%
<i>Répondre à une demande de la famille du patient</i>	8,3%	34,3%	45,0%	12,4%
<i>Présence lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle au patient</i>	24,3%	50,3%	20,7%	4,7%
<i>Annonce d'une mauvaise nouvelle à la famille</i>	28,4%	49,1%	18,3%	4,1%
<i>Alternative à l'hospitalisation en soins somatiques</i>	17,8%	31,4%	42,0%	8,9%
<i>Part psychogène à l'origine de la symptomatologie somatique</i>	4,1%	28,4%	54,4%	13,0%
<i>Retentissement psychiatrique d'une maladie somatique</i>	4,7%	23,7%	60,9%	10,7%
<i>Caractère psychiatrique d'un trouble comportemental</i>	1,8%	13,0%	51,5%	33,7%
<i>Problématique sociale</i>	23,7%	44,4%	27,8%	4,1%

3.3. Aspect financier de la psychiatrie de liaison

La valorisation financière du séjour du patient par l'intervention de l'équipe de psychiatrie de liaison est connue de 63,9% (108) des répondants.

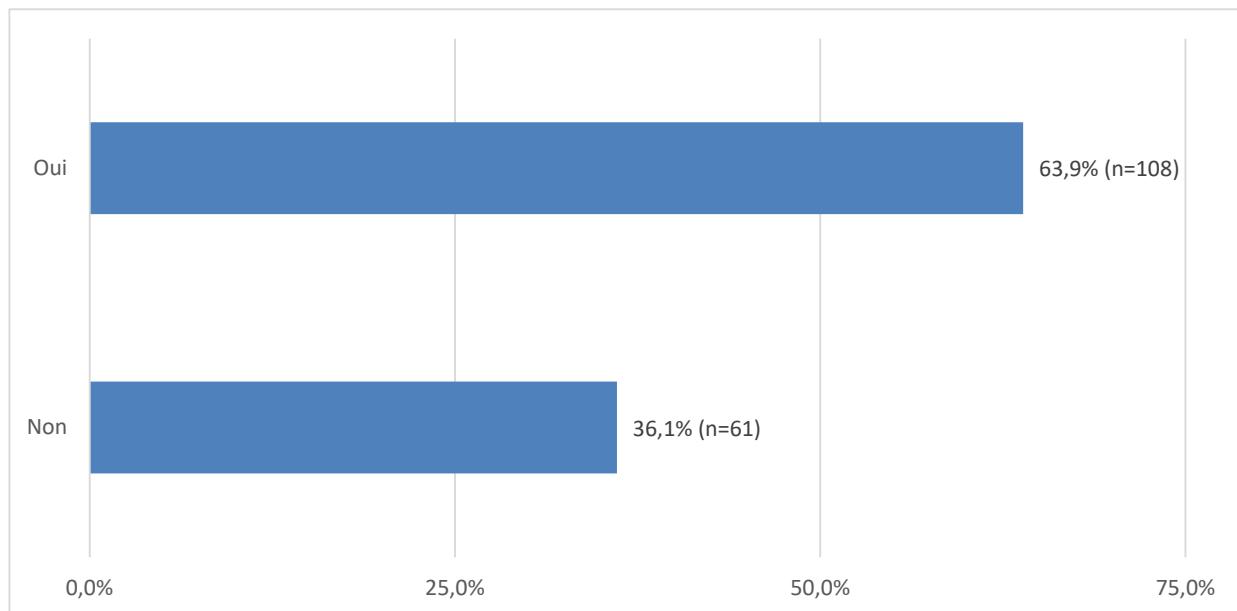


Figure 7 : Perception des médecins sur la valorisation financière du séjour du patient à la suite du passage de l'équipe de psychiatrie de liaison.

4. Des améliorations possibles

4.1. Consultations pluridisciplinaires

Les consultations pluridisciplinaires sont dans l'ensemble perçues comme étant intéressantes. Elles sont relativement intéressantes pour 52,7% (89) des praticiens et très intéressantes pour 30,8% (52).

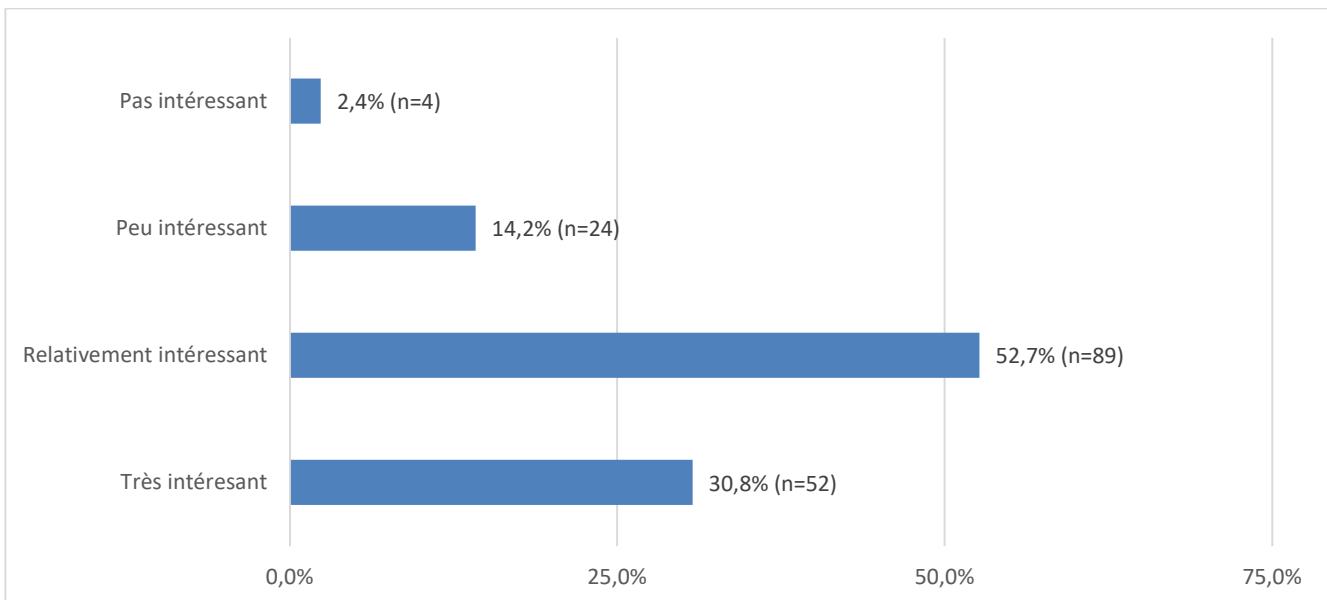


Figure 8 : Perception des médecins sur des consultations pluridisciplinaires.

4.2. Des unités médico-psychiatriques

Les unités médico-psychiatriques sont globalement intéressantes pour les praticiens. Elles sont relativement intéressantes pour 61,5% (104) et très intéressantes pour 26% (44).

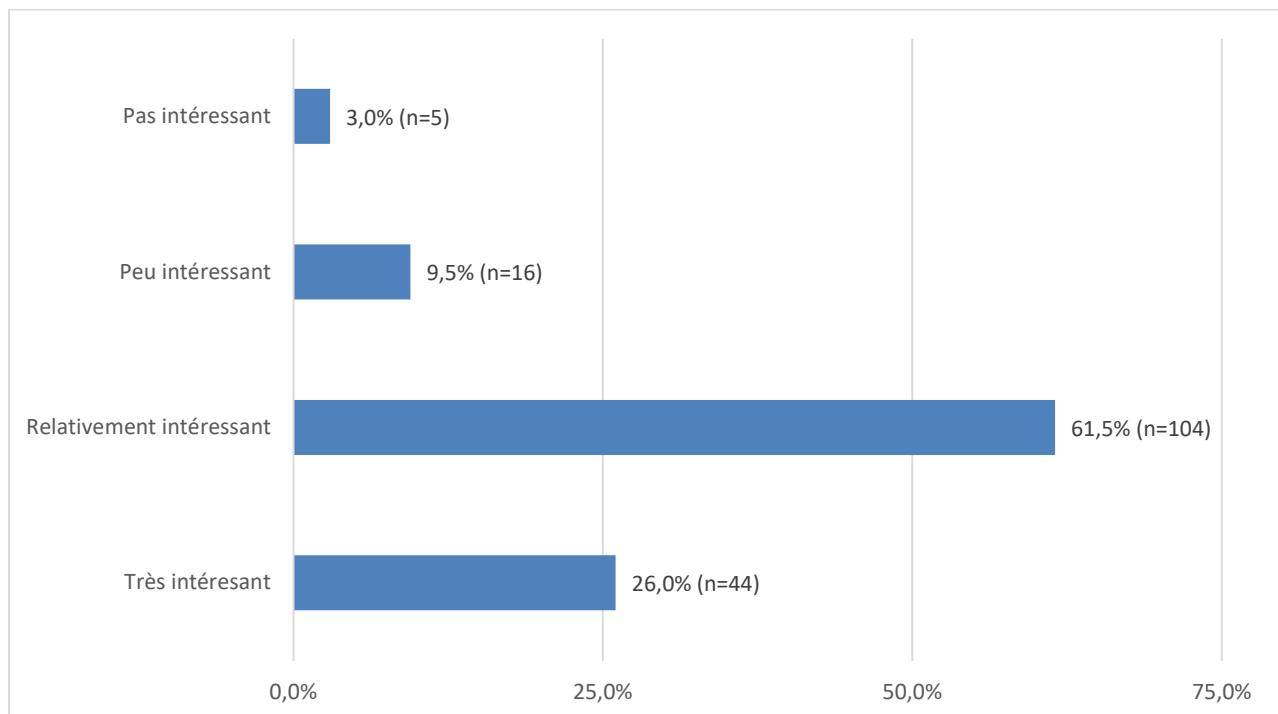


Figure 9 : Perception des médecins sur des unités médico-psychiatriques.

5. Autres réponses

La question ouverte portant sur les autres attentes au niveau de la psychiatrie de liaison, a été utilisée par 17,7% (30) des praticiens.

Parmi ces attentes, plusieurs questions d'organisation sont soulevées, telles que les prises en charges psychiatriques lors de consultations sans hospitalisation, les prises en charge de certains lieux dépendant du CHU d'Angers mais situés hors du site principal du CHU d'Angers (le service de Soins de suite de Saint-Barthélemy), la prescription médicamenteuse réalisée par l'équipe de psychiatrie de liaison elle-même, la demande informatisée difficile d'utilisation, la présence dans l'équipe de psychiatrie de liaison d'internes avec plus ou moins d'expérience.

Il est aussi mentionné des problèmes pour le suivi avec le centre hospitalier spécialisé de psychiatrie et les libéraux extérieurs, en particulier le manque de communication avec la psychiatrie extérieure au CHU d'Angers.

D'autres difficultés sont rapportées, notamment une dichotomie entre les étiologies psychiatriques et somatiques chez des patients poly-pathologiques nécessitant une expertise pluridisciplinaire. Les spécialités concernées sont la gériatrie, la neurologie, les soins palliatifs et l'oncologie.

Enfin des difficultés sont exprimées pour certaines annonces graves à la famille ou aux patients.

ANALYSE ET DISCUSSION :

1. Biais

Le choix a été fait d'interroger tous les médecins du CHU d'Angers pouvant interPELLER l'équipe de psychiatrie de liaison. Le questionnaire a été envoyé à 1418 personnels médicaux avec un retour de 169 personnes, donnant un taux de réponse de 11,9%.

Cependant, du fait de difficultés organisationnelles, il existe un biais de recrutement. La liste d'email des médecins fournie par le CHU d'Angers en juillet comprenait des médecins, notamment des internes qui n'était plus présents sur le CHU d'Angers.

Après vérification, les chiffres donnés par la direction du CHU sont de 535 médecins et biologistes à temps plein, 169 médecins et biologistes à temps partiel (dont des vacataires) et 382 internes sur le CHU. Le résultat est donc de 1086 personnels médicaux. Ces chiffres comptabilisent des médecins situés dans des unités où la psychiatrie de liaison n'intervient pas, ils ne sont donc pas concernés par cette étude. Par ailleurs, la psychiatrie de liaison intervient aussi sur l'ICO. Mais le questionnaire n'a pu être envoyé qu'aux internes de cet établissement et non aux autres praticiens.

Un biais de compréhension ou d'interprétation des questions peut être présent du fait de l'utilisation d'un auto-questionnaire. Cela a été pris en compte lors de la réalisation du questionnaire pour que les termes psychiatriques soient les plus explicites.

Un biais de volontariat peut-être aussi suspecté devant le taux de 89,9% des répondants ayant déjà fait appel à la psychiatrie de liaison sur le CHU d'Angers.

2. Analyse

L'objectif de ce travail était d'explorer la perception et les attentes des médecins utilisateurs du service de psychiatrie de liaison sur le CHU d'Angers afin d'en évaluer les difficultés et les évolutions possibles. L'étude a été réalisée pendant le semestre d'activité des internes de mai à octobre 2020. 169 médecins ont répondu à notre questionnaire diffusé par courriel, principalement des internes et des praticiens hospitaliers. Ce chiffre faible peut être expliqué par la période pandémique, par le manque de repères concrets sur l'apport potentiel de l'équipe de psychiatrie de liaison. La majorité des réponses émane logiquement des services les plus demandeurs de psychiatrie de liaison (la médecine interne, l'endocrinologie-diabétologie et nutrition, la neurologie et la gériatrie). Le taux d'utilisation du service de psychiatrie de liaison est de 89,9% parmi les répondants.

Devant un trouble psychiatrique perçu comme décompensé, les praticiens font appel au service de la psychiatrie de liaison dans 95,9% des cas. Mais seuls, 16,6% des médecins initient la prise en charge avec secondairement une demande de psychiatrie de liaison. Les explications sont des difficultés d'appréhension de la psychiatrie et de sa sémiologie, un souhait ou non de prendre en charge ce type de symptôme et parfois l'hyperspecialisation qui restreignent certaines spécialités dans leur prise en charge spécifique. La charge de travail est également souvent évoquée [14].

Les difficultés perçues par les médecins devant un patient présentant un trouble psychiatrique sont surtout d'une part la nature du trouble psychiatrique et son degré d'urgence, ce qui corrobore en partie l'hypothèse précédente. D'autre part la difficulté à transférer un patient dans une unité spécialisée en psychiatrie par manque de place

disponible est régulièrement exprimée. En effet, la psychiatrie n'est pas concernée par la tarification à l'activité (T2A) et moins contrainte peut être par des indicateurs que sont indices de performance, durées moyennes de séjour et autres indicateurs utilisés dans la pratique médicale. Il s'ajoute évidemment une diminution du nombre de lits d'hospitalisations en psychiatrie (- 60% des places entre 1976 et 2016) [15]. Le projet de désinstitutionnalisation inscrit dans la Loi de modernisation du système de santé de Janvier 2016, article 69 portant sur la santé mentale et l'organisation de la psychiatrie propose le développement des prises en charge alternatives, notamment ambulatoires. Or il s'oppose quotidiennement à cette dichotomie somatique/psychiatrique avec des réflexes des services à souhaiter un transfert en Psychiatrie plutôt qu'une prise en charge multidisciplinaire centrée sur le patient. C'est un des enjeux majeurs du développement de la Psychiatrie de Liaison [16]. La formation régulière et continue à la Psychiatrie doit être un enjeu comme en témoigne la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Celle-ci comporte un volet important sur la formation afin de « réformer les études en santé et renforcer la formation tout au long de la vie » [3].

Une autre difficulté évoquée correspond au refus du patient ou de la famille de soins psychiatriques (27% des cas). La vision péjorative historique de la psychiatrie dans la société et le vécu de certains patients déjà confrontés à des expériences difficiles d'ordre psychiatrique peut participer à cette problématique [17]. Ce résultat tient probablement encore à la stigmatisation de la maladie mentale par le patient et sa famille. Mais il tient peut-être aussi d'expériences difficiles des patients avec la psychiatrie. Il serait également intéressant de voir comment sont présentées la possibilité de rencontrer un psychiatre à l'hôpital général et la motivation de la demande.

Le responsable de la demande d'intervention du service de psychiatrie de liaison est le médecin dans 98% des cas, ce qui est attendu puisqu'il s'agit d'une prescription médicale. L'équipe paramédicale y est associée dans 57,2% des cas. Ces chiffres mettent en évidence la communication avec l'équipe. Et si les médecins expriment avoir des difficultés à cerner la nature des troubles psychiatriques pour plus de la moitié des répondants, la question mériterait d'être posée aux équipes paramédicales qui sont en fait en première ligne pour repérer et prendre en charge ces troubles. Les patients et leurs familles sont associés à la demande à 33,6% et 15,8% respectivement. Ainsi dans plus d'un tiers des cas, le patient et/ou la famille envisagent positivement l'intervention du service de psychiatrie de liaison. La psychiatrie de liaison est une option satisfaisante pour envisager un premier contact avec la psychiatrie. Des efforts restent à faire en particulier en France encore trop marquée par son recours à la psychiatrie institutionnelle alors que la psychiatrie de liaison s'implante dans les hôpitaux généraux depuis les années 80 [18].

La fréquence des demandes médicales d'intervention du service de psychiatrie de liaison est entre 2 à 3 demandes par an et 2 à 3 demandes par mois. Mais on observe une fréquence de 19,8% des praticiens qui font au moins une demande par semaine, ce qui apparaît plus lié à la pratique des médecins attentifs à l'intrication des problèmes psychiques et somatiques, leur sensibilisation à l'approche des troubles psychiatriques qu'à un type de service particulier. Lorsque la collaboration entre praticiens est efficace et respectueuse des prérogatives de chacun, le médecin demandeur se sent en confiance et n'hésite pas à faire appel au service de psychiatrie de liaison. Et si le patient en bénéficie pleinement, l'équipe soignante aussi, ce qui renforce la prévention positive envers ce type de démarche [4].

Le pourcentage de patients nécessitant une évaluation psychiatrique dans l'hôpital général est important et la littérature montre que le nombre de patients souffrant de trouble psychiatrique dans l'hôpital général est sous-estimé. Les séjours courts centrés sur la mise en œuvre de soins somatiques hyperspecialisés, le manque de sensibilisation ou parfois de formation du personnel soignant et/ou des médecins plus sollicités par la mise en œuvre des avancées médico-chirurgicales, font que parfois seuls les symptômes les plus évidents sont pris en compte, surtout lorsqu'ils perturbent la vie du service ou la prise en charge du patient.

Dans notre étude nous avons différencié le degré d'importance accordé aux indications de la Psychiatrie de liaison d'une part et aux interventions dans la pratique. La perception des indications de la psychiatrie de liaison met en évidence sans surprise la prédominance des tentatives de suicides. Pour 90.5% des répondants, l'intervention du service de psychiatrie de liaison est très importante pour procéder à l'évaluation du risque suicidaire. Ces chiffres sont retrouvés dans les autres travaux réalisés. La prise en charge suicidaire est confiée au psychiatre de manière historique et institutionnelle. Mais le psychiatre ne devrait pas être le seul à devoir gérer cette symptomatologie ou même à qualifier un potentiel risque suicidaire [12,13]. Un travail de formation sur le repérage et l'évaluation des conduites suicidaires concerne tous les soignants et devrait être mis en place dans chaque centre hospitalier. Des remarques similaires ont été formulées dans la littérature, notamment dans l'étude de Fanello où 68% des médecins interrogés ont exprimé être en demande de ces formations [19].

Et c'est souvent suite à ces situations que s'instaure un lien privilégié entre les médecins, les soignants et l'intervenant de l'équipe de psychiatrie de liaison. Une stratégie de type « systémique » prenant en compte tous les protagonistes est même parfois pratiquée [20].

Les autres indications de l'intervention du service de psychiatrie de liaison sont bien identifiées. Il s'agit des principaux syndromes psychiatriques, en particulier dépressifs, anxieux, au décours d'un sevrage ou positifs de la schizophrénie. Ces pathologies sont des enjeux de santé publique reconnus en France. La dépression, notamment, est la première cause d'incapacité dans le monde selon l'organisation mondiale de la santé. La prévention des addictions est d'ailleurs mise en avant par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 ainsi que dans le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 [2,21,22]. Or les constats sur la santé mentale en 2018 sont alarmants, la prévention et les interventions précoces sont insuffisantes et les diagnostics trop tardifs. Les ruptures de parcours sont trop nombreuses et entraînent une détérioration des trajectoires de soins et de vie [23].

D'autres indications de la psychiatrie de liaison émergent parmi les réponses des médecins. L'indication pour l'annonce de diagnostic grave est notée relativement importante et très importante pour 30,2% et 16,6% respectivement par les praticiens. Cette indication relève à priori du médecin qui réalise la prise en charge globale du patient et aussi de sa famille dans ce cas particulier [24]. Mais la psychiatrie de liaison peut être sollicitée dans un deuxième temps face à une décompensation psychique ou des difficultés relationnelles épuisant les ressources du service. Dans les faits les médecins y recourent peu. L'intervention d'un membre du service de psychiatrie de liaison est considérée pas ou peu importante à 74.6% et 77.5% respectivement pour les annonces d'un diagnostic grave au patient et à la famille. Cependant c'est important ou très important pour environ 25%. Cette différence entre l'indication prévisionnelle et l'intervention réelle peut être expliquée par la difficulté sur le plan décisionnel de cet acte particulièrement impliquant, avec parfois des problèmes éthiques, pour un médecin confronté à ses propres limites et représentations, sans possibilité

d'anticiper la réaction du patient et de ses proches [25]. Savoir que le recours à la psychiatrie de liaison est possible en cas de difficultés peut permettre au médecin d'affronter plus facilement cette situation.

L'indication d'intervention de la psychiatrie de liaison face à un syndrome confusionnel se répartit diversement. Pour environ la moitié cette indication est « pas ou peu » importante, pour l'autre moitié importante ou très importante. L'implication d'un trouble psychiatrique dans le syndrome confusionnel est un diagnostic d'élimination. Cette diversité de réponses objective la difficulté de diagnostic et de prise en charge de ce syndrome [26,27]. Mais dans les faits, peu de situations nécessitent de passer par une prise en charge pluridisciplinaire [28].

L'indication de recours à la psychiatrie de liaison face à l'agitation psychomotrice et aux troubles du comportement appelle majoritairement des réponses « relativement et très important ». Les troubles du comportement sont retrouvés dans de nombreux tableaux cliniques, notamment au cours de l'évolution des maladies neurodégénératives ou en tant que complications de certains troubles psychiatriques. Ils peuvent aussi interférer avec des pathologies somatiques, voire compromettre les stratégies thérapeutiques (douleurs chroniques, obésité, HTA...)

Les réponses reflètent la complexité de ces situations multifactorielles. Mais on ne peut ignorer la place préférentielle de la psychiatrie face aux troubles bruyants et inhabituels dans les services généraux, à la fois par difficulté diagnostique et thérapeutique et aussi par nécessité de prise en charge pluridisciplinaire du patient en cas d'intrication des dimensions somatique, psychique, sociale ou culturelle [29,30]. Les réponses pour l'intervention de la psychiatrie de liaison dans l'évaluation du caractère psychiatrique des troubles du comportement vont d'ailleurs dans ce sens (51.5% relativement important et 33.7% très important).

L'indication de la psychiatrie de liaison face au refus de soins d'un patient reçoit un peu plus de la moitié de réponses « important, très important ».

Les équipes médicales responsables du patient arrivent à les gérer de manière autonome dans la majorité des cas. Cependant, l'étude de Howanitz montre que 70% des patients pris en charge par le service de psychiatrie de liaison, changent d'avis dans les 24 heures suivant la consultation [31].

L'indication d'avis de la psychiatrie de liaison pour insomnie est qualifiée à 61.5% de peu important pour les praticiens. Cette symptomatologie fréquente et peu « bruyante » peut être rassurante de premier abord, d'autant que les séjours sont courts ou que la prise en charge de la pathologie somatique du patient requiert un service hyperspécialisé.

De nombreuses études ont pourtant mis en évidence les impacts des troubles du sommeil sur le risque suicidaire, les troubles dépressifs et les troubles anxieux [32-34]. Le diagnostic et la prise en charge des troubles du sommeil est un enjeu de santé publique.

L'indication de bilan pré-thérapeutique de traitements psychotropes est notée comme peu importante pour 56.2% des médecins. Ils semblent à même de réaliser les bilans adéquats. Il serait intéressant d'étudier si les prescripteurs y sont suffisamment formés et sensibles. D'autant que ces traitements ont une incidence notable sur la iatrogénie en particulier chez le sujet âgé. Ce risque a fait l'état d'un rapport de la haute autorité de santé en 2010 [35].

L'intervention de la psychiatrie de liaison est majoritairement importante ou très importante pour l'aide diagnostique de syndrome ou symptôme psychiatriques, mais aussi pour l'évaluation de l'intrication entre maladie somatique et psychique ou leur retentissement réciproque. Dans ce contexte l'importance de l'information sur les troubles psychiatriques est évidente dans les réponses. Mais aussi le lien entre l'équipe sur place et la psychiatrie de liaison. C'est en effet une des missions de la psychiatrie de liaison. Son action est orientée

vers le patient, le médecin, mais aussi l'équipe soignante et éventuellement l'entourage du patient. Il s'agit de permettre aux différents intervenants de coopérer au mieux pour une prise en charge du patient adaptée [36].

L'intervention de la psychiatrie de liaison est considérée majoritairement comme pas ou peu importante pour des difficultés liées à une problématique sociale.

La valorisation financière de l'intervention de la Psychiatrie de liaison est connue de 64% des répondants. La tarification est un point clé pour le développement de ces pratiques collaboratives. Depuis 2006 le RIMP, Recueil d'information médicalisée en psychiatrie, est utilisé avec une réactualisation annuelle. Il comporte entre autres les « consignes de codage avec la CIM-10 à usage PMSI et les directives d'emploi des diagnostics. » [37]. C'était en l'attente annoncée dès 2006 de l'élaboration d'un outil plus spécifique de tarification à l'activité psychiatrique. Cette étape vient d'aboutir avec la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie par arrêté du 24 décembre 2020 [38]. Cet outil très attendu par les psychiatres pourrait permettre de mieux mettre en évidence l'impact financier de la psychiatrie de liaison et donc d'encourager les pratiques en ce sens des services qui n'en verrait pas encore l'intérêt.

Les améliorations possibles listées par les répondants portent sans surprise principalement sur le travail pluridisciplinaire et en réseau qui de façon générale en France peine à se mettre en place [39].

CONCLUSION

La psychiatrie de liaison a prouvé son intérêt dans la prise en charge globale des patients et le service rendu à l'ensemble des services hospitaliers demandeurs.

Cette étude concernant les enjeux de la psychiatrie de liaison est une approche nécessaire, orientée sur les médecins demandeurs d'avis.

Ce travail a permis de repérer des pistes d'amélioration du service de la psychiatrie de liaison au CHU d'Angers tels que la demande des médecins d'avoir des informations voire des formations sur les différentes pathologies psychiatriques rencontrées. Ainsi qu'une communication sur l'organisation et le fonctionnement du service de psychiatrie de liaison.

Cette étude évoque la difficulté de gestion du risque suicidaire à l'hôpital général et le poids de la responsabilité qu'elle engage.

L'attrait de la psychiatrie de liaison pour les médecins dans leurs pratiques est évident et notamment pour certaines indications complexes. Cependant le psychiatre de liaison doit rester objectif et ne pas tomber dans le piège de la dichotomie psychique versus organique, notamment, dans le cas de patients dont des troubles psychiatriques ou apparentés pourraient masquer ou compliquer un autre diagnostic [40].

Les unités médico-psychiatriques et les consultations pluridisciplinaires sont un sujet à continuer d'étudier compte tenu des demandes des médecins.

Les prises en charge neuropsychiatrique et géronto-psychiatrique sont perçus spécifiques ce qui est aussi rapporté dans la littérature [41].

La psychiatrie est un outil important pour la prise en charge de la santé mentale. Son utilisation adéquate et efficiente doit passer par une meilleure information des médecins sur la psychiatrie de liaison et son rôle.

Les axes d'améliorations accessibles sont l'augmentation de la visibilité du service de psychiatrie de liaison afin que plus de services concernés comprennent qu'ils peuvent y faire

appel, la valorisation d'activité en psychiatrie pour une aide à la tarification et donc la valorisation financière.

La promotion de la formation est fondamentale, dans un premier temps avec des informations centrées sur le patient en prenant en compte les différents intervenants pour aider à modifier les pratiques et ensuite proposer des formations sur les difficultés les plus fréquemment rencontrées.

Et enfin, contribuer aux réseaux pluridisciplinaires est souhaitable afin de mieux prendre en charge les patients, de façon précoce, avec un suivi de soins et une action concertée.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Lemogne C. Psychiatrie de liaison. Médecine Sciences Publications; 2018.
- [2] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016.
- [3] LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. 2019.
- [4] Chocard A-S, Malka J, Tourbez G, Duverger P, Gohier B, Garré J-B. Psychiatrie de liaison: Quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison? Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr 2005;163:691-6.
- [5] Feldman E, Mayon R, Hawton K, Arden M, Smith EBO. Psychiatric Disorder in Medical Inpatients. QJM Int J Med 1987;63:405-12.
- [6] Rothenhäusler H-B. Mental disorders in general hospital patients. Psychiatr Danub 2006;18:183-92.
- [7] Arolt V, Driessen M, Bangert-Verleger A, Neubauer H, Schürmann A, Seibert W. Psychiatric disorders in hospitalized internal medicine and surgical patients. Prevalence and need for treatment. Nervenarzt 1995;66:670-7.
- [8] Söllner W, Diefenbacher A, Creed F. Future developments in consultation-liaison psychiatry and psychosomatics. J Psychosom Res 2005;58:111-2.
- [9] Yrondi A, Petiot D, Arbus C, Schmitt L. Impact économique de la psychiatrie de liaison dans un CHU français. L'Encéphale 2014;42.
- [10] Wood R, Wand APF. The effectiveness of consultation-liaison psychiatry in the general hospital setting: a systematic review. J Psychosom Res 2014;76:175-92.
- [11] Hales RE. The benefits of a psychiatric consultation--liaison service in a general hospital. Gen Hosp Psychiatry 1985;7:214-8.

- [12] Tabril T, Ouazzani Y, Chekira A, Aarab C, Berraho M, Aalouane R. La perception de la psychiatrie de liaison par les services médico-chirurgicaux, Fès, Maroc. Rev DÉpidémiologie Santé Publique 2019;67:345-50.
- [13] Royer T. Les enjeux de la psychiatrie de liaison: étude au CHU de Nancy sur les attentes des services somatiques n.d.:132.
- [14] Mallet D, Duchêne V. Globalité et médecine moderne. Laennec 2008;Tome 56:35-49.
- [15] Lopez A, Turan-Pelletier G. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 2017.
- [16] Ça bouge - mal - dans la formation en psychiatrie. VST - Vie Soc Trait 2014;N° 121:131-4.
- [17] Anguis M, Caria A, Roelandt J-L. La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites - Ministère des Solidarités et de la Santé 2001.
- [18] Coldefy M. L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences 2012:8.
- [19] Fanello S, Paul P, Delbos V, Gohier B, Jousset N, Duverger P, et al. Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires. Sante Publique (Bucur) 2002;Vol. 14:263-73.
- [20] Vautier V, Gorin C. L'approche systémique en psychiatrie de liaison à l'hôpital général : une autre manière d'aborder les situations de catastrophe. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr 2015;173:872-6.
- [21] James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet 2018;392:1789–858.
- [22] Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 n.d.
- [23] CAB_Solidarites. Feuille de route - Santé mentale et psychiatrie. Ministère Solidar Santé 2018.

- [24] Brocq H. Éthique et annonce de diagnostic. *J Psychol* 2008;n° 259:65-9.
- [25] Piazza S. Entretien en binôme réanimateur et psychologue : la traduction en question. *Anal* 2020;4:207-11.
- [26] Gentric A. Le syndrome confusionnel, du dépistage à la prévention. *Ann Gérontologie* 2009;2:79-80.
- [27] Voisin T, Delrieu J. Prévention, dépistage et prise en charge thérapeutique du syndrome confusionnel. In: Balaridy L, Gérard S, Mourey L, Vellas B, Rainfray M, editors. *Oncogériatrie*, Paris: Springer Paris; 2011, p. 159-64.
- [28] Legrand P. Place du syndrome confusionnel en psychiatrie: une revue de littérature 2016:154.
- [29] Grosclaude M. Les troubles du comportement démentiels à l'épreuve de la psyché. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie* 2019;19:56-60.
- [30] Hazif-Thomas C, Bouché C, Thomas P. L'apport de la transdisciplinarité pour les malades difficiles en psychiatrie du sujet âgé. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie* 2008;8:43-9.
- [31] Howanitz EM, Freedman JB. Reasons for refusal of medical treatment by patients seen by a consultation-liaison service. *Hosp Community Psychiatry* 1992;43:278-9.
- [32] Billiard M, Dauvilliers Y. Insomnie. *EMC - Neurol* 2004;1:209-22.
- [33] Metlaine A, Leon C, Léger D, Richard J-B, Soleilhac G, Sauvet F, et al. Sommeil et comportements suicidaires - résultats du baromètre santé 2017. *Médecine Sommeil* 2019;16:64.
- [34] Chan-Chee C, Bayon V, Bloch J, François B, Giordanella J-P, Leger D. Epidemiology of insomnia in France. *Rev Dépidémiologie Santé Publique* 2011;59:409-22.
- [35] Haute Autorité de Santé. Prescription des Psychotropes chez le Sujet Agé (Psycho SA) - Programme Pilote 2006-2013. Haute Aut Santé 2010.

- [36] Cottencin O, Versaevel C, Goudemand M. Pour une vision systémique de la psychiatrie de liaison. *L'Encéphale* 2006;32:305-14.
- [37] Guide méthodologique Psychiatrie 2020 | Publication ATIH n.d.
- [38] Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0005 du 06/01/2021 n.d.
- [39] Roelandt J-L. De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et pistes d'évolution. *Inf Psychiatr* 2010;Volume 86:777-83.
- [40] Diallo M, Faye M, Sy EHC, Sogoba Y, Kanikomo D. Hématomes sous-duraux chroniques révélés par des troubles psychiatriques. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie* 2019;19:241-6.
- [41] Fernandez C. À la frontière de la gériatrie et de la psychiatrie : que proposer ? *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie* 2019;19:315-7.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition par statut médical.	7
Figure 2 : Répartition des médecins par expérience professionnelle.	8
Figure 3 : Attitude des médecins devant un trouble psychiatrique décompensé.	10
Figure 4 : La répartition des responsables de la demande d'avis.	12
Figure 5 : Fréquence des demandes rapportées par les médecins.	13
Figure 6 : Difficultés rencontrées dans la pratique des médecins face à des patients présentant des troubles psychiatriques.	14
Figure 7 : Perception des médecins sur la valorisation financière du séjour du patient à la suite du passage de l'équipe de psychiatrie de liaison.	19
Figure 8 : Perception des médecins sur des consultations pluridisciplinaires.	20
Figure 9 : Perception des médecins sur des unités médico-psychiatriques.	20

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des médecins en fonctions des services.	9
Tableau II : Perception de l'importance des indications pour la psychiatrie de liaison par les praticiens.	16
Tableau III : Perception de l'importance des interventions pour la psychiatrie de liaison par les praticiens.	18

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	2
MÉTHODES	4
1. Objectif	4
2. Type d'étude	4
3. Période d'étude	4
4. Population d'étude	4
5. Développement du questionnaire	5
RÉSULTATS	7
1. Population interrogée	7
1.1. Les statuts médicaux	7
1.2. L'expérience professionnelle	8
1.3. La répartition des services	8
2. L'expérience des praticiens par rapport à la psychiatrie de liaison du CHU d'Angers.....	10
2.1. L'attitude face à un patient présentant un trouble psychiatrique.....	10
2.2. La demande d'avis de psychiatrie de liaison	11
2.3. Le responsable de la demande d'avis	11
2.4. Le nombre de demandes d'avis annuels.....	12
2.5. Les difficultés rencontrées en pratique	13
3. Les perceptions des indications et des interventions de la psychiatrie de liaison	15
3.1. Le degré d'importance suivant les indications :	15
3.2. Le degré d'importance des interventions dans la pratique.....	17
3.3. Aspect financier de la psychiatrie de liaison	19
4. Des améliorations possibles	19
4.1. Consultations pluridisciplinaires	19
4.2. Des unités médico-psychiatriques	20
5. Autres réponses	21
ANALYSE ET DISCUSSION	22
1. Biais	22
2. Analyse	23
CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE.....	33
LISTE DES FIGURES	37
LISTE TABLEAUX.....	38
TABLE DES MATIERES	39
ANNEXES.....	I

ANNEXES

Questionnaire sur la psychiatrie de liaison

Cette étude souhaite interroger le personnel médical du CHU d'Angers sur le rôle de la psychiatrie de liaison.

Il s'adresse au service qui font appel au service de psychiatrie de liaison adulte.

L'objectif de ce travail est d'établir un état des lieux de la psychiatrie de liaison du CHU d'Angers (du point de vue des demandeurs), de recenser leurs attentes et perceptions.

Cette étude pourra permettre par la suite de modifier les modalités de prise en charge par l'équipe de psychiatrie de liaison.

Merci d'avance pour votre temps (5 minutes) et vos réponses.

Le questionnaire a pu être envoyé à des personnes qui ne sont pas concerné par la psychiatrie de liaison. Veuillez m'excusez pour cela.

GUERLAIS Vincent

Adresse mail : vxguerlais@gmail.com

*Obligatoire

Qui êtes-vous :

1. Actuellement vous êtes : *

Une seule réponse possible.

- Interne
- Chef de Clinique des Universités/ Assistant des hôpitaux
- Praticien Hospitalier Contractuel
- Praticien Hospitalier
- Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
- Maître de Conférences-Praticien hospitalier

2. Dans quel service de spécialité exercé vous ? *

Une seule réponse possible.

- Allergologie
- Anesthésie-réanimation
- Cardiologie
- Centre Flora Tristan
- Centre de coordination en cancérologie
- Chirurgie cardiaque vasculaire et thoracique
- Chirurgie osseuse adulte
- Chirurgie plastique
- Chirurgie viscérale
- Dermatologie et Vénérologie
- Endocrinologie-diabétologie et nutrition
- Equipe mobile d'accompagnement en soins de support et palliatifs
- Gériatrie
- Gynécologie obstétrique
- Hématologie
- Hépatogastro-entérologie et oncologie digestive
- Institut de cancérologie de l'ouest (ICO)
- Maladie infectieuse et tropicales et médecine interne
- Médecine physique et rééducation fonctionnelle
- Médecine interne
- Médecine intensive- réanimation et médecine hyperbare
- Médecine vasculaire
- Médecine légale
- Médecine nucléaire et biophysique
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Néphrologie- Dialyse- Transplantation
- Ophtalmologie
- ORL et Chirurgie cervico-faciale
- Pathologie professionnelles et santé au travail
- Pneumologie

- Radiologie
- Rhumatologie
- Soins de suite et réadaptation
- Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
- Unité multidisciplinaire de prise en charge de la douleur chronique
- Urgence adulte
- Urologie

3. Depuis combien d'années exercez-vous dans votre spécialité ? (Depuis la fin de votre externat) *

Une seule réponse possible.

- Inférieur à 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- Plus de 20 ans

La psychiatrie de liaison dans votre travail :

4. Quelle est votre attitude devant un patient qui présente un trouble psychiatrique décompensé dans votre service ? (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Vous réalisez vous même la prise en charge psychiatrique
- Vous demandez un avis psychiatrique
- Vous prenez un rendez-vous pour une consultation extérieure (Centre médico-psychologique, psychiatre libéral, psychologue)
- Vous demandez l'intervention du psychologue du service

5. Avez-vous déjà fait appel au service de psychiatrie de liaison *

Une seule réponse possible.

Oui *Passer à la question 7*

Non *Passer à la question 6*

Vous n'avez jamais fait appel au service de psychiatrie de liaison :

6. Est-ce : (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Par manque de temps
- Par manque de connaissances du service de psychiatrie
- Par des délais d'interventions trop long
- Parce que la situation ne nécessitait pas l'avis d'un psychiatre
- Par difficulté logistique

Autre :

Passer à la question 10

Vous avez déjà fait appel au moins une fois au service de psychiatrie de liaison :

7. La demande de l'avis est faite : (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Sur votre avis
 - Sur demande du patient
 - Sur demande de la famille
- Sur proposition de l'équipe paramédicale

8. En moyenne, la fréquence des demandes que vous réalisez est de : *

Une seule réponse possible.

- 2 à 3 fois par semaine
- 1 fois par semaine
- 2 à 3 fois par mois
- 1 fois par mois
- 2 à 3 fois par an
- Inférieur à 2 à 3 fois par an

9. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans votre pratique ? (Plusieurs réponses possibles)*

Plusieurs réponses possibles.

- Difficultés à joindre le service de psychiatrie de liaison
- Refus du patient ou de la famille
- Difficultés à cerner la nature du trouble psychiatrique et son degré d'urgence
- La charge du travail
- Manque de collaboration avec les psychiatres
- Difficultés de transfert dans une unité d'hospitalisation en psychiatrie

Autre : _____

Votre vision de la psychiatrie de liaison :

10. Concernant ces indications, quel degré d'importance leur attribuez-vous ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas important	Peu important	Relativement important	Très important
Agitation psychomotrice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plaintes somatiques inexplicées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refus de soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tentatives de suicides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble anxieux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Syndrome confusionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble du comportement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Délire et hallucination	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Syndrome de sevrage (Cannabis, anxiolytique ou opiacés)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bilan pré-thérapeutique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annonce d'un diagnostic grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajustement thérapeutique ayant des antécédents psychiatriques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluation psychiatrique d'un traumatisme (Psychique ou physique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thérapeutique psychotrope	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Au cours d'une consultation de psychiatrie de liaison, estimez pour chaque champ d'intervention le degré d'importance pour votre pratique : *

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas important	Peu important	Relativement important	Très important
Evaluation diagnostique d'un trouble psychiatrique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Information sur la pathologie psychiatrique rencontrée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluation du risque suicidaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluation de la participation d'un syndrome psychiatrique dans un tableau cliniquesomatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comprendre le fonctionnement du patient affin d'optimiser la prise en charge globale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Développement du lien de l'équipe de psychiatrie de liaison avec l'équipe soignante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participation à une réunion de concertation pluridisciplinaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Résolution d'un conflit entre le patient et l'équipe soignante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Répondre à une demande de la famille du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Présence lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle au patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annonce d'une mauvaise nouvelle à la famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alternative à l'hospitalisation en soins somatiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Evaluation de la part psychogène à l'origine de la symptomatologie somatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluation du retentissement psychiatrique d'une maladie somatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluation du caractère psychiatrique d'un trouble comportemental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés par rapport à une problématique sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Pensez-vous que l'intervention de l'équipe de psychiatrie de liaison permette une valorisation financière du séjour du patient ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Pour finir, pensez-vous qu'il serait intéressant de développer :

13. Des consultations pluridisciplinaires (médicaux-psychiatriques) *

Une seule réponse possible.

Pas intéressant

Peu intéressant

Relativement intéressant

Très intéressant

14. Des unités médico-psychiatriques *

Une seule réponse possible.

Pas intéressant

Peu intéressant

Relativement intéressant

Très intéressant

15. Avez-vous d'autres attentes concernant la psychiatrie de liaison :

Perception de l'équipe de psychiatrie de liaison du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers par les services demandeurs et évaluation de leurs attentes.**RÉSUMÉ**

La psychiatrie de liaison au sein des hôpitaux généraux se développe depuis le 20eme siècle. Peu d'études ont été réalisées pour recueillir les avis des médecins demandeurs sur son intervention dans le processus de soin. L'objectif de cette thèse est de réaliser un état des lieux de la perception des médecins demandeurs d'avis sur la psychiatrie de liaison au CHU d'Angers. Un questionnaire a été envoyé par courrier électronique de juillet à octobre 2020 à tous les médecins qui peuvent faire appel à la psychiatrie de liaison du CHU d'Angers. 169 réponses de 33 services ont été prises en compte. 95,9% des médecins demandent un avis psychiatrique devant un patient présentant un trouble psychiatrique. Les difficultés principales face à des patients présentant une symptomatologie psychiatrique sont la nature et le degré d'urgence du trouble psychiatrique, l'indication d'un transfert dans une unité spécialisé et le refus du patient ou de la famille. Les indications et les interventions les moins unanimes sont les annonces de diagnostic grave, le syndrome confusionnel, les refus de soins, les problématiques sociales, l'alternative à une hospitalisation en soins somatiques, la réponse à une demande de la famille du patient, la résolution d'un conflit entre le patient et l'équipe soignante et enfin la participation à une réunion de concertation pluridisciplinaire.

Cet état des lieux a permis de mettre en évidence des demandes et des difficultés ressenties actuellement par les médecins du CHU d'Angers. Des souhaits de formations et d'informations sur les troubles psychiatriques y sont évoqués.

Les difficultés évoquées sont la prise en charge des patients présentant des pathologies intriquées entre deux disciplines comme la neuropsychiatrie ou la gérontopsychiatrie ainsi que les difficultés de diagnostic et d'hospitalisation des patients psychiatriques. L'amélioration des connaissances et de la communication de la psychiatrie de liaison pourrait permettre une meilleure collaboration des différents praticiens pour la prise en charge des patients.

Mots-clés : Psychiatrie de liaison ; Enjeux ; Attente ; Service médico-chirurgicaux

Perception of the liaison psychiatry team at the Angers University Hospital Center by the requesting departments and assessment of their expectations**ABSTRACT**

Consultation-liaison psychiatry in general hospitals has been developed since the 20th century. Few studies have been carried out to collect the opinions of requesting physicians on its interventions in the care process. The objective of this thesis is to carry out an inventory of the perception of doctors seeking advice on liaison psychiatry at the Angers University Hospital. A questionnaire was sent by email from July to October 2020 to all doctors who can call on the liaison psychiatry at Angers University Hospital. 169 responses from 33 departments were taken into account. 95.9% of doctors ask for a psychiatric opinion in front of a patient with a psychiatric disorder. The main difficulties in dealing with patients presenting psychiatric symptoms are the nature and degree of urgency of the psychiatric disorder, the indication for transfer to a specialized unit and the refusal of the patient or the family. The least unanimous indications and interventions are announcements of a serious diagnosis, acute confusional state, refusals of care, social problems, the alternative to hospitalization in somatic care, the response to a request from the patient's family, resolution of a conflict between the patient and the healthcare team and finally participation in a multidisciplinary consultation meeting.

This inventory made it possible to highlight the demands and difficulties currently being felt by the doctors at the Angers University Hospital. Training and information wishes on psychiatric disorders are mentioned there.

The difficulties mentioned are the management of patients with pathologies intertwined between two disciplines such as neuropsychiatry or gerontopsychiatry as well as the difficulties of diagnosis and hospitalization of psychiatric patients. Improving the knowledge and communication of consultation-liaison psychiatry could allow better collaboration between different practitioners for patient care.

Keywords : Consultation-Liaison Psychiatry; Stakes; Waiting; Medico-surgical service