

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

Année 1990

Thèse n° 186

**PLACE ET ROLES
D'UN PSYCHIATRE
A L'HOPITAL GENERAL**

THESE

POUR LE

DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 23 Novembre 1990

par

Jean-François THERME

né le 15 Septembre 1959 à Saint-Etienne

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur LEGER	Président
Monsieur le Professeur ARNAUD	Juge
Monsieur le Professeur BONNAUD	Juge
Monsieur le Professeur VALLAT	Juge

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

- DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur BONNAUD
- ASSESEURS : Monsieur le Professeur PIVA
Monsieur le Professeur COLOMBEAU

PERSONNEL ENSEIGNANT

. **Professeurs des Universités**

ADENIS Jean-Paul	Ophthalmologie
ALAIN Luc	Chirurgie infantile
ARCHAMBAUD Françoise	Médecine interne
ARNAUD Jean-Paul	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BARTHE Dominique	Histologie, Embryologie
BAUDET Jean	Clinique obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien	Clinique médicale cardiologique
BONNAUD François	Pneumo-Phtisiologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie
BORDESSOULE Dominique	Hématologie et Transfusion
BOULESTEIX Jean	Pédiatrie
BOUQUIER Jean-josé	Clinique de Pédiatrie
BRETON Jean-Christian	Biochimie
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert	Anatomie pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie thoracique et cardiaque
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CUBERTAFOND Pierre	Clinique de chirurgie digestive
de LUMLEY WOODYEAR Lionel	Pédiatrie
DENIS François	Bactériologie - Virologie
DESCOTTES Bernard	Anatomie
DESPROGES-GOTTERON Robert	Clinique thérapeutique et rhumatologique
DUDOGNON Pierre	Rééducation fonctionnelle
DUMAS Michel	Neurologie
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine du Travail

DUNOYER Jean	Clinique de Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUPUY Jean-Paul	Radiologie
FEISS Pierre	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
GAROUX Roger	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	Réanimation médicale
GAY Roger	Réanimation médicale
GERMOUTY Jean	Pathologie médicale et respiratoire
GUERET Pascal	Cardiologie et Maladies vasculaires
HUGON Jacques	Histologie-Embryologie
LABADIE Michel	Cytogénétique
LABROUSSE Claude	Biochimie
LASKAR Marc	Rééducation fonctionnelle
LAUBIE Bernard	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
LEGER Jean-Marie	Endocrinologie et Maladies métaboliques
LEROUX-ROBERT Claude	Psychiatrie d'Adultes
LIOZON Frédéric	Néphrologie
LOUBET René	Clinique Médicale A
MALINVAUD Gilbert	Anatomie pathologique
MENIER Robert	Hématologie
MERLE Louis	Physiologie
MOREAU Jean-Jacques	Pharmacologie
NICOT Georges	Neurochirurgie
OLIVIER Jean-Pierre	Pharmacologie
OUTREQUIN Gérard	Radiothérapie et Cancérologie
PECOUT Claude	Anatomie
PESTRE-ALEXANDRE Madeleine	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PILLEGAND Bernard	Parasitologie
PIVA Claude	Hépatologie-Gastrologie-Entérologie
RAVON Robert	Médecine légale
RIGAUD Michel	Neurochirurgie
ROUSSEAU Jacques	Biochimie
SAUVAGE Jean-Pierre	Radiologie
TABASTE Jean-Louis	Oto-Rhino-Laryngologie
TREVES Richard	Gynécologie - Ostétrique
VALLAT Jean-Michel	Thérapeutique
VANDROUX Jean-Claude	Neurologie
	Biophysique

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

CELS René

Je dédie cette thèse

A Pascale, ma femme, avec tout mon amour et mon respect,

A Nicolas, avec toute ma fierté et ma tendresse,

A mon père, complice de ce travail et à ma mère, car je leur dois tant,

A Yves et Pascale,

A mes beaux-parents avec toute ma gratitude,

A Jean-Pierre et Sophie pour leur accueil et leur sollicitude,

A Jean-Jacques, Dominique et Roger, sans qui je n'aurais peut-être pas
continué dans cette voie,

A Jean-Yves et tous mes amis.

A notre président de thèse

Monsieur le Professeur LEGER

Professeur des Universités de Psychiatrie d'Adultes
Psychiatre des Hôpitaux
Chef de Service

*Vous nous avez guidé et encouragé dans l'apprentissage de la
Psychiatrie,*

*A chaque instant nous avons bénéficié de votre immense culture,
de l'attention que vous nous avez toujours portée et de la justesse
de vos décisions,*

*Nous vous devons d'avoir inspiré et guidé ce travail portant sur
un Service dont vous êtes l'initiateur,*

*Nous vous remercions de l'honneur que vous nous accordez en
acceptant de présider cette thèse.*

*Nous vous assurons de notre reconnaissance et notre profond
respect.*

A Monsieur le Professeur VALLAT

Professeur des Universités de Neurologie
Médecin des Hôpitaux

Vous nous avez enseigné la rigueur scientifique et la justesse de votre démarche clinique.

A chaque instant vous nous avez apporté votre connaissance et prêté toute votre attention.

Vous avez toujours su allier humour et conscience professionnelle.

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous accordez en acceptant de juger cette thèse.

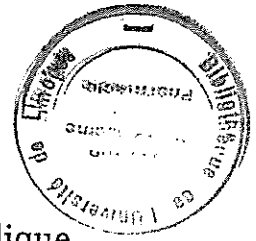
Nous vous assurons de notre reconnaissance et notre profond respect.

A Monsieur le Professeur BONNAUD

Professeur des Universités de Pneumo-phtisiologie
Médecin des Hôpitaux
Doyen de la Faculté de Médecine

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail.

Nous vous assurons de notre gratitude.



A Monsieur le Professeur ARNAUD

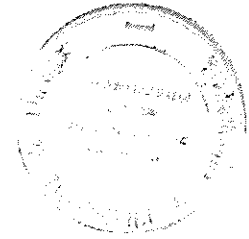
Professeur des Universités de Chirurgie Orthopédique
et Traumatologique
Médecin des Hôpitaux

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail.
Nous vous assurons de notre gratitude.*

Au personnel du Service Hospitalo-Universitaire, à Annick.

PLAN

PLAN



I - INTRODUCTION

II - PSYCHIATRIE ET MEDECINE

II.1. Leurs rapports historiques

II.2. Les originalités psychiatriques

- A) L'abord du malade psychiatrique
- B) Les notions de
 - décompensation
 - souffrance
 - mort
- C) La notion de guérison
- D) Le modèle psychiatrique

II.3. Le mouvement psychosomatique, ou les prémices du retour

II.4. L'émergence du concept de Psychiatre de liaison, ou le retour à l'Hôpital Général

II.5. Résonance en France et poids de la sectorisation

II.6. Etat actuel de la Psychiatrie à l'Hôpital Général en France

III - LE PSYCHIATRE A L'HOPITAL GENERAL

III.1. Sa place

III.2. Son rôle (ou celui qu'il s'attribue)

- A) Le Psychiatre et l'Urgence
- B) Le Psychiatre et la Consultation
- C) Le Psychiatre et la Liaison
- D) Le Psychiatre et la Recherche
- E) Le Psychiatre et l'Enseignement

III.3. La demande (ou le rôle attribué)

III.4. Les rapports avec le pouvoir administratif

III.5. Le Psychiatre de liaison face à ses pairs

III.6. Le Psychiatre de liaison face aux Médecins Hospitaliers

III.7. Perspectives d'avenir

IV - L'ANTENNE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MEDICALE DU CHRU DE LIMOGES

IV.1. Historique

IV.2. Fonctionnement

- A) Moyens
- B) L'organisation
- C) Recueil des données
- D) Activité de l'Antenne de Psychiatrie

**V - ACTIVITE DU SERVICE DE PSYCHIATRIE DE LIAISON EN 1989
DISCUSSION SUR LE ROLE TENU PAR CETTE UNITE ET SUR
LA DEMANDE MEDICALE**

V.1. Méthodologie

A) Explicitation du recueil des consultations

1. *Les données épidémiologiques*
2. *Les antécédents psychiatriques*
3. *La demande*
4. *Le diagnostic*
5. *L'avis*
6. *L'origine*

B) Le Questionnaire

V.2. Critique de la Méthodologie

V.3. Données générales sur le CHRU de Limoges

**V.4. Service de Psychiatrie de liaison et Service d'accueil
des Urgences**

V.5. Service de Psychiatrie de liaison et Services Médico-chirurgicaux

V.6. Discussion

VI - CONCLUSION

VII - BIBLIOGRAPHIE

VIII - ANNEXES

IX - TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

I - INTRODUCTION

Quelle place tient un Psychiatre à l'Hôpital Général ? Quel rôle joue-t-il ? Quelle demande lui adresse-t'on dans un Etablissement de soins devenu, par l'avènement de l'ingénierie, de la biologie et des autres sciences fondamentales, un centre hyperspécialisé où le facteur temps régule le flux ininterrompu des admissions ? A ces nombreuses interrogations, les réponses quoique très différentes sur la forme, soulignent toutes sur le fond, la nécessité qu'il a de réintroduire la parole ; parole comprise dans son acception de communication, de dialogue, trop souvent occulté au profit de l'écoute bienveillante et de formules prêtes à l'emploi, qui nous semblent désinvesties de tout sens relationnel donc affectif ; formule de type : *"ne vous inquiétez pas, ce n'est pas grave"*, *"votre bilan est normal, rassurez-vous"*, *"vous sortirez bientôt"* !

Dans ce fonctionnement très opératoire au sens où MARTY définissait la régression psychosomatique, le malade a du mal à trouver sa place. Il l'assume généralement des plus passivement, se laissant porter au gré des examens, des consultations et des visites médicales. Et s'il ne s'y retrouve pas toujours, l'éventualité d'une sortie prochaine lui permet de garder une illusion donc un devenir ; celui d'un départ et d'un retour dans un milieu où il pourra de nouveau s'exprimer dans son registre habituel et familial. Bien trop souvent, cet univers hospitalier "aseptique", froid, rigide impose au malade la soumission, la dépendance et parfois la régression. Soulignons que l'attitude contraire est impensable et mal vécue et que cette a-normalité d'un élément d'un groupe aboutit

le plus souvent à l'intervention d'un personnage encore trop à part dans le monde médical : le psychiatre. Comme nous l'explicitons, les liens du psychiatre avec le corps médical en général ont toujours été ténus, louvoyant entre des séparations d'allure définitive et des retours plus ou moins fusionnels tout au long de l'histoire de cette spécialité. Si le médecin a pour vocation de soigner et si possible de guérir des symptômes s'intégrant dans une maladie avec ses signes cliniques objectifs, leurs traductions radiologiques, biologiques, etc ..., le psychiatre s'attache lui à comprendre un message parlé, donc subjectif, s'appuyant certes sur une méthodologie, une clinique spécifique, mais n'ayant pour renforcer ses hypothèses diagnostics que son œil et son oreille comme principaux "examens complémentaires". Alors est-il vraiment thérapeute ? Guérit-il une pathologie mentale plus ou moins consciemment rapportée à des instances diaboliques, instances dérivant d'une pensée infantile et magique toujours enracinée dans la "culture" ? Fait-il réellement partie du monde médical actuel ou n'en est-il encore qu'un hôte plus ou moins désirable ?

L'évolution cahotique de sa place au sein de l'Hôpital Général mais l'enracinement progressif de ce que les Américains ont dénommé psychiatre de liaison, semble apporter un début de réponse à cette dernière interrogation.

Au travers l'expérience du service de Psychiatrie et de Psychologie médicale du CHRU de Limoges, nous allons essayer de dégager ce que le monde médical (chirurgie et urgence incluses) attend de nous, ce que nous pouvons ou devons lui répondre et ce que nous aimerions lui dire et lui faire comprendre.

Bien trop souvent notre action s'apparente à un jeu de rôles ; drôle de jeu où nous nous voyons affublé tour à tour de l'habit du "chamane" aux incantations mystérieuses, du "videur" évacuant les cas problématiques et dérangeants, du "gendarme" devant mettre à la raison quelques malades récalcitrants aux yeux d'une équipe, ou encore "de l'examen complémentaire", petit "bon bleu" noyé dans les examens biologiques, les électrocardiogrammes, les résultats radiologiques et autres, mais dont la présence est nécessaire pour l'apaisement d'un doute, d'un scrupule voire d'une culpabilité. Etre Psychiatre à l'Hôpital Général n'est pas seulement celà, car si ces rôles font partie de notre travail, la finalité de notre présence, outre la prise en charge de certains malades, est bien la **réintroduction d'une dimension psychologique** trop communément occultée à nos yeux.

**PSYCHIATRIE et
MEDECINE**

II - PSYCHIATRIE ET MEDECINE

II.1. Leurs rapports historiques

Au cours des siècles, les deux grandes instances que sont le psychisme et le somatique ont connu des fortunes diverses mais toujours empreintes d'un mouvement oscillatoire de balancier, rapprochant et éloignant l'une de l'autre au gré des aléas culturels et des progrès scientifiques. Pour rejoindre PELICIER, il nous semble intéressant de repérer certaines époques qui forment le "socle archaïque" sur lequel s'erigent les sciences psychiatriques et médicales d'aujourd'hui.

- **La première époque** englobe les cultures primitives et va jusqu'à la Renaissance. Le fou ou déviant est alors celui qui défie la nature et/ou les Dieux. A l'archaïsme naturaliste baigné de magie et de toute puissance des civilisations Orientales, se substituent la religion et l'hérétique du Moyen Age (possédés du Diable ou pactisant avec ses suppôts que seule l'Inquisition et ses grands bûchers réduiront au silence). A la pensée polydèiste et panthéiste primitive succède l'âme religieuse des théologiens, le fou dérogeant à ces deux systèmes de pensée dans le sens où il représente l'aspect négatif de ceux-ci.

Le Monde Médical essaie de raccrocher dans ses progrès initiaux, ces anomalies en expliquant leurs symptômes par des dérèglements hormonaux ou sympathiques. A la médecine Hippocratique succède celle de GALLIEN non sans que PLATON et sa théorie de l'âme supérieure immortelle et ARISTOTE n'avancent une vision plus holistique de la maladie somatique et psychique, les médecins auparavant discernant très nettement ces deux aspects. Déjà à cette époque, émergent trois courants que nous retrouverons toujours ultérieurement : les Somaticiens, les Psychistes et les "Humanistes holistiques".

- **La seconde époque** va de la Renaissance au XVII^{ème} Siècle. Si le clivage somatopsychique persiste, les points d'ancrage sont plus solides. DESCARTES au travers son "Dualisme" reconnaît à l'homme une âme pensante qu'il intègre toutefois, dans sa neuropsychologie spéculative, à la glande pinéale bien que cette hypothèse ne le satisfasse point. Quelques années plus tard, WILLIS et SYDENHAM décrivent l'hystérie masculine et féminine de manière fort concise, abandonnant les idées initiales de genèse utérine pour les replacer dans un contexte plus cérébral. Le fou se rapproche donc du monde médical selon l'oscillation décrite plus haut. Il n'en reste pas moins vrai que malgré ces explications, il dérange toujours et le Royaume de France pullule d'aumôneries, de maladreries et autres lieux pitoyables. Pour aller dans le sens de l'Histoire, est alors édictée la loi du 22 Avril 1656 établissant à Paris puis en Province, la création d'Hôpitaux Généraux : la Pitié, la Salpêtrière, Bicêtre sont alors ouverts recevant une multitude de malades où, comme le souligne FOUCAULT, les déséquilibrés mentaux côtoyaient les asociaux, les hérétiques, les brigands ; séparés qu'ils étaient des "vrais malades". Si la reconnaissance de la maladie

mentale s'esquisse, ainsi que son approche dans des lieux de soins, elle est encore considérée plus comme une asocialité que comme une pathologie reconnue.



- **La troisième époque** va enraciner un peu plus la maladie psychique comme maladie organique ou biologique. Elle débute avec PINEL, TUKE, DAQUIN et CHIARUGI. Chacun de leur côté otèrent "les chaînes aux malades mentaux". La psychiatrie s'échappait donc de la fange de la plus basse société avant de pouvoir être reprise par la Médecine de manière cette fois plus marquée. BAYLE, en 1822, révolutionnait la genèse des désordres mentaux en rattachant la moria syphilitique à une atteinte cérébrale organique. Dans cet espace ainsi créé allaient s'engouffrer de nombreuses théories dont le support était celui de la lésion cérébrale comme cause du désordre psychique ; ainsi en est-il des comportements alcooliques décrits par LUNIER. L'avènement de la neurologie et des sciences anatomocliniques confortera cette optique : TROUSSEAU, WERNICKE, BROCA et bien sûr CHARCOT se chargeant de mettre à mal des théories psychiatriques peu scientifiques. Mais le balancier semblait trop proche de la fin de sa course et comme bien souvent il prenait une inflexion rapidement opposée et de grande amplitude.

- **La quatrième époque** est à l'origine de ce mouvement. Elle a transformé la Psychiatrie, l'a libérée du monde médical d'une manière que beaucoup ont crû définitive. Avec le génie de Sigmund FREUD au travers sa théorie de l'inconscient, des conflits intrapsychiques, de la sexualité infantile et du développement des névroses, la Psychanalyse a engendré un hiatus béant d'avec les sciences médicales. Nombre de psychiatres, réticents au début, se sont joints à ces

théories, trouvant là matière à s'autonomiser par rapport aux somaticiens, chose qu'ils n'avaient jamais pu envisager sérieusement auparavant.

Avec ces explications venant d'un scientifique reconnu, l'Europe puis le monde entier s'ouvraient à la psychopathologie. Certes l'impaludation de VON JAUREG, le choc insulinique ou l'électroconvulsivothérapie tentaient un ènième rapprochement, mais l'ambition et la toute puissance dégagées par les théories freudiennes l'emportaient largement.

Cependant un doute émergeait déjà. Si l'on pouvait admettre l'inconscient, la psychanalyse était présentée comme un traitement et ce traitement, malgré toutes ses réussites, avait des échecs. Ce sont ces échecs qui seront la source du nouveau mouvement du balancier.

- **La cinquième et dernière époque** marque le nouveau retour du psychiatre vers le somaticien. D'une part les découvertes fortuites des propriétés de certains médicaments comme la chlorpromazine (Largactil^R) ouvraient le champ encore inexploré de la chimiothérapie et de la psychiatrie biologique. D'autre part des brèches étaient ouvertes dans l'édifice Freudien ou tout au moins des éclaircissements théoriques étaient avancés. Des névroses actuelles naissait le mouvement psychosomatique américain (ALEXANDER, DUNBAR) puis français (MARTY, de M'UZAN) comme le souligne PASNAU.

Ainsi la psychiatrie rejoignait d'elle-même le giron médical après une escapade freudienne hors des sentiers de l'organicisme, et l'amplitude du mouvement semble marquée ; mais avec un balancier ...!!.

II.2. Les originalités psychiatriques

La psychiatrie a pour spécificité de s'attacher à l'étude du subjectif, de l'impalpable à l'inverse de la médecine somatique. Qu'il s'agisse de la prise en charge d'un malade, de la compréhension de la souffrance, de la douleur, le psychiatre aura toujours pour volonté d'intégrer le pathologique dans une histoire : celle de son malade. Il se heurtera souvent à la froide notion de guérison factuelle du spécialiste. De là naîtront d'énormes divergences issues le plus souvent d'incompréhensions mutuelles ; tant la démarche de soins en définitive peut apparaître similaire si l'un et l'autre veulent bien y prêter attention. Dans un premier temps nous essaierons d'analyser les divergences les plus remarquables avant d'aborder ce qui pourrait permettre une convergence de deux intelligences très complémentaires dans les faits.

A) *L'abord du malade psychiatrique :*

L'examen psychiatrique a cela de commun avec l'examen médical de débiter par un interrogatoire reprenant les essentielles notions d'antécédents personnels ou familiaux, de mode de début de la maladie et de l'histoire de celle-ci. Certes le psychiatre s'attarde avec minutie sur la biographie, sur les rôles parentaux, les relations fraternelles, mais globalement la démarche est similaire. Le recueil des données anamnésiques permet déjà au somaticien de se faire une opinion sur les troubles présentés et le diagnostic pourra être proposé après un bon examen somatique et les explorations complémentaires d'usage. Or le psychiatre, lui, n'a pas ce type d'aide au diagnostic. Un trouble de l'humeur ne se palpe pas, un deuil pathologique ne se radiographie point et ne

présente pas d'altération biologique, et c'est bien là que se situe la première incompréhension avec le somaticien. Même si celui-ci est tout à fait apte à comprendre le fait psychiatrique, il aura toujours une certaine réticence dans l'acceptation de la maladie mentale, basée sur un diagnostic peu scientifique selon lui car découlant d'un échange communicatif, de paroles et d'interprétation d'un vécu projeté par l'éclairage de l'histoire du malade. L'entendement médical est entravé par cette notion de subjectivité, par l'incapacité de pouvoir étayer ce diagnostic par des arguments patents, palpables. Il est vrai que la démarche somaticienne aboutissant à un diagnostic sur une douleur précordiale est une démarche universelle et pragmatique, maintes fois reprise. Au yeux du Médecin, il existe une démarche en psychiatrie beaucoup trop simpliste.

B) Les notions de Décompensation - de Souffrance - de Mort

- **La décompensation psychologique** est assez proche de la décompensation médicale. Dans cette dernière, tout état antérieur prémorbide favorisera l'émergence d'une pathologie quand le seuil de tolérance à celle-ci se verra affaibli par des événements internes ou externes.

En psychiatrie cette notion est similaire. Ainsi le psychiatre rattachera la survenue d'un état dépressif à la béance d'une faille narcissique virtuelle jusqu'alors au sein d'une structure de personnalité. Cette béance renverra à la survenue d'événements parfois anodins mais fantasmatiquement importants car résonnant avec des lésions affectives anciennes et le plus souvent infantiles sur lesquelles s'est érigée cette structure. Certes tout ceci apparaît fort logique,

mais le somaticien perd souvent pied dans ces explications qu'il trouve souvent oiseuses voire non fondées et trop interprétatives. Lui cherchera plutôt le fait, la réaction à ce fait. Une dépression secondaire à un contexte de perte d'emploi est dès lors tout à fait compréhensible et à la limite ne justifie point d'intervention psychiatrique tant le diagnostic est évident et assuré. N'allez pas parler de fonction symbolique de l'emploi sous peine de vous heurter à un mur d'incompréhension ou à des railleries. Le psychopathologique a donc droit de cité en médecine dès lors qu'il répond à une situation de crise réactionnelle, l'émergence abrupte d'un syndrome sera souvent mal vécue car brassant les vieilles idées de surnaturelles, non maîtrisables, ce d'autant qu'il s'agira d'un délire, d'hallucinations ou d'agitation clastique.

- **La notion de souffrance** est souvent sujette elle aussi à la réprobation du milieu médical.

Comme le souligne P. BENOIT, elle existe à deux niveaux :

- un niveau actuel somatique ou psychique, biologique ou psychologique,
- un niveau inactif, profondément enraciné dans la personnalité et qui, lui, demeure en permanence.

Il n'est d'ailleurs pas illicite de penser que cette souffrance inscrite et refoulée soit à l'origine de nombreuses vocations médicales. Face à la souffrance, réactivant donc peu ou prou les rapports du thérapeute à l'encontre de la douleur, l'acte immédiat sera de soulager, d'obtenir une sédation rapide afin d'une part d'accomplir auprès de son malade son métier de soignant, mais aussi et cela plus ou moins consciemment, d'endiguer ou de refouler l'éventuelle réminiscence de son propre mal être face à cet état.

Le psychiatre, s'il n'autorise aucunement cette souffrance, voit en elle autre chose qu'une simple douleur physique. Comme l'a illustré FREUD, la douleur morale telle que la ressent le mélancolique est souffrance psychique voire physique et souffrance de la vérité et de la réalité. Nul n'est plus conscient de son état que ce type de malade. La souffrance peut être porteuse d'éléments positifs dans le sens où elle révèle la manière d'être réelle d'un homme dans une situation de danger. Si la sédation est nécessaire, il ne faut pas occulter par des explorations incessantes, par un déterminisme purement somatique, ce qui se joue à ce moment de la maladie et ce à quoi renvoient la douleur et son vécu quant à la personnalité du souffrant.

En un mot, souffrir n'est pas seulement présenter une symptomatologie algique, c'est aussi colorer affectivement cette algie, d'où l'intérêt que porte le psychiatre à cette notion et l'intérêt qu'elle devrait susciter chez les médecins somaticiens sous peine de déboucher sur des chronicisations bien trop nombreuses encore ; sources de dépendance et d'hospitalisation très négatives.

- **La notion de mort** peut recouvrir les deux notions précédentes. Quiconque est hospitalisé pour une pathologie grave est de principe un "mort en puissance" si la technique médicale ou chirurgicale et la pharmacopée n'interviennent pas.

La position du médecin face à cette situation est dès lors ambiguë. Tout aurolé de sa fonction de guérisseur, il n'en doit pas moins porter à la fois celle de celui devant éviter l'issue fatale, mais aussi celle du prêtre ou du confesseur devant assister les derniers instants d'un de ses sujets (JEAMMET).

Or si la fonction de guérisseur ne lui pose que peu de problèmes, il en va tout autrement dans l'accompagnement d'un mourant potentiel. Certes le recours aux antalgiques, morphiniques et autres analgésiques centraux est devenu d'une telle maniabilité et d'une telle sécurité qu'elle évite bien souvent le partage douloureux de l'exitus avec son malade ; mais ceci renvoie une nouvelle fois à la perception personnelle de chacun face à la mort. Voir et parler à un moribond c'est se mettre dans sa situation, la partager. Avoir recours à une conduite de fuite thérapeutique où, à l'opposé, à un acharnement à grand renfort d'explorations complémentaires et de techniques sophistiquées est à verser au registre du refus d'écouter le mourant. Or celui-ci veut parler et a beaucoup de choses à dire. Le psychiatre qui ne voit dans la mort que cette compulsion de répétition amenant l'inerte à l'animé puis au retour à l'inguérissable réalité, tentera non pas de rassurer le mourant mais de l'accompagner dans l'acceptation inéluctable de son destin. Cette acceptation ne se fera pas sans aléas et les réactions pourront aller du refus de croire, à la rage, au dépit, au marchandage, voire à la dépression : mais dans ce moment de la vie où se rejoue pour BERGER la scène primitive, c'est bien d'un étai idéalisé dans son autorité, sa toute puissance dont ont besoin le malade et ses proches.

Bref, qu'il s'agisse de décompensation, de souffrance ou de mort, il persiste une certaine incompréhension entre somaticiens et psychiatres. Celle-ci tient le plus souvent en la conscience ou non de son propre dynamisme psychique dans des situations interrogeant l'Inconscient. Elle nécessite avant tout un dialogue car seul celui-ci permettra l'unification de points de vue et évitera de trop grossières erreurs psychologiques hors de propos pour des malades en position de faiblesse.

C) La notion de guérison

La guérison s'entend de manière fort différente selon qu'elle se prononce dans un discours médical ou psychiatrique.

Le médecin guérit, c'est-à-dire qu'il permet un retour à l'état antérieur dit normal et qu'il efface en partie la marque laissée par la maladie. C'est sa fonction telle que l'entend le public et ses collègues.

Le psychiatre, lui, voit les choses un peu différemment. D'une part il soigne, ce qu'il ne veut pas dire qu'il guérit. Il permet ainsi à un malade de retrouver un fonctionnement psychologique normal, c'est-à-dire adapté à la réalité sociale qui l'entoure. D'autre part il cherche à ce que la cicatrice laissée par le traumatisme soit des plus minime et des plus solide en reconnaissant toutefois le pouvoir pathogène de celle-ci. Et le pathogène est dans ce cadre là très sérieux puisqu'il peut entraîner tout un système vers l'effondrement! Derrière une prise en charge un peu superficielle et très factuelle (prescription), se profile un suivi beaucoup plus profond cherchant à amener le malade à mieux cerner l'origine de son malaise, tout du moins quand celui-ci est d'accord.

Cette perception de la non guérison d'un malade dit psychiatrique est une de celles entendues le plus souvent dans la bouche des somaticiens. Le fait psychiatrique quand il apparaît est définitif. Soyez asthénique ou insomniaque et ayez des antécédents dépressifs vous amènera très probablement à rencontrer le psychiatre avec une petite note laconique : "probable rechute de son

syndrome dépressif" ! Avoir été "étiqueté" psychiatrique vous laisse immanquablement une marque indélébile, pas forcément péjorative d'ailleurs, mais toujours bien présente dans les dossiers et rapidement repérable dès qu'un symptôme n'offre pas la garantie d'une bonne organicité.

Cette notion de guérison nous semble importante car elle représente l'espace existant entre deux approches où d'un côté règnent l'actuel et le factuel dans une optique très synchronique et de l'autre le dynamique et le transférentiel dans une vue beaucoup plus diachronique.

L'incompréhension est sûrement en grande partie issue de ces deux approches où s'affronte la temporalité figée de l'immédiat à celle plus mouvante de l'Histoire.

D) Le Modèle Psychiatrique

Pour conclure sur les écueils que rencontre tout psychiatre s'intégrant dans l'univers somatique, il nous paraît important d'insister sur les différents modèles théoriques régissant ces deux domaines distincts.

Du côté somatique, deux grands modèles émergent de l'Histoire (BRISSET). Le premier est **Hippocratique** et reste très présent de nos jours. L'homme fait partie d'un ensemble bien agencé dont il est lui-même un sous-ensemble régi par des lois interactives. La maladie tout naturellement va déséquilibrer ce bel agencement, pouvant même conduire à la mort par le désordre

qu'elle apporte, sauf connaissance thérapeutique permettant le retour à l'état antérieur. La maladie est donc appréciée dans une perspective historique où elle désorganise un système essayant de se défendre (état de crise), essayant de reprendre le dessus (pronostic), tentant de surmonter ce handicap (guérison ou décès).

Dès la Renaissance et de manière plus marquée actuellement, s'impose le second modèle : **Mathématique** et **Mécanique**. Celui-ci peut être, lui, qualifié de numérique et d'expérimental. Il est objectivant car l'observateur se place face à l'objet pour en percevoir les caractères apparents. Il l'analyse donc de manière qualitative et quantitative avec la possibilité de vérifier ces assertions. Ce modèle paraît donc très efficace tant dans sa recherche que ses applications, car il débouche toujours sur des prises en charge exactes et codifiées, sur des classifications et sur un enseignement universel. Il règne donc par sa maîtrise sur l'univers médical d'aujourd'hui, perdant toutefois dans sa volonté de précision et d'exactitude, dans sa soif de pénétrer toujours plus loin (chimie des molécules) cette notion globalisante qu'apportait le modèle précédent dit naturaliste.

Le psychiatre quant à lui et depuis l'avènement Freudien, possède un modèle très différent du précédent : le modèle **psychanalytique**.

Son objectif est, à partir d'une expérience actuelle, de remonter dans l'Histoire d'un malade afin de raccrocher cette expérience au vécu de ce dernier, à sa personnalité et à sa structure, dans le but de redonner un sens à sa vie. Ainsi le malade est sa maladie et sa thérapeutique, le thérapeute n'étant

que l'intermédiaire transférentiel permettant l'auto-résolution des conflits ou tout du moins la compréhension de ceux-ci.

Le modèle psychanalytique a cela de commun avec le modèle hippocratique de s'attacher au passé, à l'histoire, voire la préhistoire d'un sujet. S'il ne s'oppose pas forcément aux lois mathématiques et mécaniques, il se heurte cependant à de réelles résistances qui ne font que renforcer le fait que le psychiatre est de toute évidence quelqu'un à part dans le monde médical, s'il en fait vraiment partie.

Face à l'hétérogénéité de ces deux théorisations, des tentatives ont été faites pour aplanir les différences somato-psychiques ou mathématico-psychanalytiques afin de rassembler deux intelligences ne devant pas s'exclure comme elles le font malheureusement. Pour lire de la même manière une même réalité sous deux optiques différentes, ont émergé des modèles organodynamiques, linguistiques, sociologiques, etc... Très intéressant pour notre travail nous paraît être le modèle psychosomatique, tentative d'union entre la symptomatologie somatique aperçue sous un angle mécaniciste, et sa source profondément ancrée dans le fonctionnement psychologique.

II.3. Le mouvement psychosomatique, ou les prémices du retour

Bien que son origine puisse être plus ancienne, la théorie psychosomatique selon DEJANS et MARTY naquit de certaines insuffisances des théories Freudiennes. Tout au long de son travail, FREUD insista sur les névroses actuelles qui regroupaient : névrose d'angoisse, hypocondrie, psychasthénie et névrose traumatique. Leurs particularités résidaient dans l'immédiateté des symptômes, court-circuitant l'inconscient à partir d'un événement réactionnel traumatisant. Cette notion de traumatisme débordant à un moment donné les capacités adaptatives d'un sujet, outre l'éventuelle prédisposition structurelle du malade, mettait à jour la difficulté de canaliser une angoisse automatique, commune à chacun et née précocement d'une séparation longuement explicitée par BOWLBY. Ce signal d'alarme acquis renverrait à une constitution physiologique dérivant des premières étapes biologiques maturatives de l'enfant.

Toute la théorisation psychosomatique partira peu ou prou de ce postulat, de ce schéma biologique et psychologique engrammé dans la mémoire de nos cellules.

GRODDECK en fut l'un des précurseurs. Loin d'imposer une théorisation abstraite, c'est dans une clinique expressive, dans l'interprétation brutale et massive des symptômes présentés par des malades somatiques, par des comparaisons avec son expérience, qu'il imposa son ça somatopsychique, le tout dans un climat de confiance et de vérité crue.

Pour lui seule la persuasion d'une interprétation d'un symptôme somatique permettra à un malade de rattacher l'expérience de celui-ci à un fait psychologique court-circuité dans son trajet conscient - inconscient par un fonctionnement de type psychosomatique. Cette conception sera reprise plus tard par ALEXANDER et DUNBAR (PASNAU) de manière différente mais sur les mêmes bases. Le premier voit dans les symptômes psychosomatiques l'incapacité de ressentir un affect, à décharger le contenu émotionnel d'une situation tant le psychisme est écrasé par une activité automatique constitutionnelle. Comme il est nécessaire de trouver une échappatoire à cette énergie sous tension, celle-ci se focalisera tout d'abord sur un organe, créant ainsi une symptomatologie fonctionnelle qui, si elle persiste, peut devenir lésionnelle et donc pathologique.

Ainsi en est-il de la colère et de l'agressivité qui, si elles ne sont pas extériorisées, peuvent retentir sur le système cardiovasculaire par le biais de la régulation neurovégétative, conduisant alors à d'éventuelles fluctuations tensionnelles, voire à une hypertension durable.

DUNBAR divergera d'ALEXANDER dans le fait qu'elle accordera à la personnalité prémorbide une place privilégiée dans l'éclosion du symptôme. Ce n'est pas tant la nature de l'émotion qui fixe la localisation d'un symptôme mais bien le type de la personnalité. Ainsi parle-t-elle de personnalité diabétique, hypertendue, angoreuse, etc... Le fait extérieur peut avoir des conséquences sur cette personnalité ce qui n'est pas le cas dans la théorie d'ALEXANDER qui, lui, s'oppose au caractère exogène de l'atteinte.

En France, ce sont les travaux de l'Ecole de Paris : MARTY, de M'UZAN, DAVID qui prédominent. A la base de ceux-ci il y a l'ubiquité du symptôme psychosomatique et donc la moindre importance de la structure de personnalité sous-jacente. Ces symptômes sont vus dans une dynamique plus psychanalytique d'où il ressort, comme le souligne BERGERET, que le langage psychique est désacralisé, asymbolique. La pensée opératoire est maîtresse, réduisant le fantasme à la plus simple expression. Ces malades ont un fonctionnement mécanisé, automatique, aseptisé. Aucune émotion ne peut s'en échapper ce qui donne à la relation une froideur et une grande distance. Dans cette lutte incessante pour éviter les conflits internes, ces malades apparaîtront forts, hyperadaptés et réalistes. Ils se moulent dans la norme avec une grande facilité d'identification, témoignant de la faiblesse de leur vie affective et pour SIFNEOS d'une désafférentation de celle-ci dans ce qu'elle a de plus corticale et donc de plus spécifique (Alexithymie). La dépression est un des modes préférentiels de régression psychosomatique ; de même bien sûr que l'expression corporelle d'un conflit ou l'émergence d'une névrose dite de caractère ou de comportement.

Malgré les imperfections et les reproches adressés à ces théories, elles restent très présentes dans le monde médical d'aujourd'hui et nombre de somaticiens, s'il ne s'y réfèrent toutefois pas, en ont entendu parler et les manient de façon peut-être maladroite, parfois même inconsciente, mais les manient, ce qui n'est pas la moindre des reconnaissances.

II.4. L'émergence du Concept de Psychiatre de liaison ou le retour à l'Hôpital Général

A la suite du mouvement psychosomatique et sous l'impulsion d'Adolf MEYER, la psychiatrie Américaine réintroduira progressivement le monde médical et donc l'Hôpital Général. Selon LIPOWSKI, les prémices de ce qu'il dénomme Psychiatrie de liaison datent des années 1930-1940 où, dans un premier temps, furent créés des services de consultation permettant une réponse ponctuelle aux diverses demandes émanant d'une institution. Ces "antennes" consultatives n'étaient dotées d'aucun lit et HENRY insistait déjà sur les problèmes que cela paraissait poser dans certains cas de figure.

Sous l'impulsion de l'école psychosomatique, l'attention des administratifs et des somaticiens fut attirée vers les composantes biologiques et psychosociales de certaines maladies mentales. Furent alors demandés des programmes de recherche, une planification des enseignements et des enquêtes épidémiologiques et cliniques dont les résultats apparurent probants. Ainsi et à partir de 1945, les unités de psychiatrie de liaison se multiplièrent dans les centres hospitaliers, débordant même les frontières nord-américaines pour essaimer au Canada et particulièrement à Montréal dans l'unité de psychiatrie de liaison du Pr. LIPOWSKI.

A la volonté de s'implanter de la première époque succéda celle de croître de la seconde. Le psychiatre ayant sa place à l'Hôpital Général, son rôle prit de l'ampleur, et à la simple vocation consultative s'attachait celle de médecin

de liaison, capable de s'insérer dans une équipe médicale et d'aider celle-ci à résoudre les divers problèmes surgissant au cours de son fonctionnement. Des lits furent accordés aux psychiatres de liaison entérinant les objectifs de LIPOWSKI auprès des organismes de santé américains.

Toutefois deux freins ralentirent l'expansion de ce mouvement :

- d'une part le manque de crédit financier alloué à cette forme d'exercice de la psychiatrie, par des directions hospitalières hostiles,
- d'autre part la non reconnaissance de cette discipline par la NIMH.

Les spécialistes ne pouvant espérer de débouchés dans cette filière s'en écartèrent ou optèrent pour d'autres orientations plus florissantes : psychanalyse, psychobiologie, thérapies familiales, etc...

Il fallut attendre 1970 et la reconnaissance de la psychiatrie de liaison comme sous-spécialité psychiatrique pour que la période actuelle marquée par l'essor de ce mode de prise en charge du malade atteigne son apogée. Une centaine de spécialistes se formèrent ; un enseignement spécifique s'intégra dans le cursus des étudiants en médecine et des futurs psychiatres, des crédits furent débloqués pour la recherche dans des orientations aussi diverses que la greffe rénale, les transplantations, les toxicomanies, l'alcoolisme, etc ... Deux revues étaient créées dont les thèmes traitaient de l'interface somato-psychique, les publications devinrent conséquentes ; bref, la psychiatrie de liaison était née et soutenue par ses pairs et le monde médical, traduisant ainsi le retour du psychiatre à l'Hôpital Général.

II.5. Résonance en France et poids de la sectorisation

En France et depuis PINEL, la psychiatrie s'est autonomisée. L'asile se développe en prenant en charge le malade dit psychiatrique. La loi de 1838, sous-tendue par l'action d'ESQUIROL, est la première loi d'assistance aux aliénés assignant la société à soigner ce type de malade dans des établissements spécifiques. Comme le souligne BONNAFE, ceci aura pour conséquence l'augmentation du nombre d'internements en placement volontaire ou d'office (de 18 000 à 120 000 en 100 ans). Parallèlement à l'amélioration des soins et à l'avènement des thérapeutiques "biologiques", les enceintes asilaires se virent associées à des unités de psychiatrie libres ou de soins ouverts prenant place au sein des hôpitaux Généraux, le plus souvent associées d'ailleurs aux services de neurologie. Est créée la discipline neuropsychiatrique, démantelée par le courant réformiste de 1968.

Chaque établissement hospitalier possède par ailleurs son service d'urgence psychiatrique dénommé : Service d'isolement pour les agités. En 1936, le 13 Novembre, est décrété le nouveau statut du personnel psychiatrique, l'Asile devenant : **Hôpital Psychiatrique**. De nombreuses circulaires donnent aux psychiatres un rôle plus ouvert sur l'extérieur et le social avec nécessité d'accroître les dispensaires d'hygiène mentale, les hôpitaux de jour, les centres de crises. Apparaîtront les **Centres Hospitaliers Spécialisés**, dernières étiquettes apposées aux défunts services asilaires.

A l'Hôpital Général, la situation reste sensiblement identique, les services intégrés de psychiatrie étant l'exception et suppléant les anciens services d'agités. Dans cette dynamique de changement, de volonté d'améliorer l'environnement social du malade mental, la circulaire du 15 Mars 1960 réglementant la naissance du Secteur psychiatrique allait être importante. Comme l'indique BARRES, les objectifs définis par cette nouvelle politique de soins et de prévention psychiatriques, convergeaient sur la volonté de prendre en charge un malade dans son milieu de vie, de le traiter et de le suivre dans le cadre d'un projet de soins, formulé par une même équipe psychiatrique s'articulant avec les services sociaux présents.

A ces objectifs étaient assignés des moyens :

- Découpage géographique en aires démographiques des secteurs,
- Equipe pluridisciplinaire occupant ce secteur avec à sa tête un psychiatre hospitalier,
- Dotation en équipements, permettant ce type de suivi : Hôpital de jour, ateliers protégés, centres de post-cures, etc...
- Dotation de lits d'hospitalisation au sein d'un CHS, lits dont le nombre était déterminé suivant la démographie médicale.

Si cette loi révolutionnait le monde psychiatrique et la prise en charge des malades mentaux, elle entraînait à l'usage un certain nombrilisme et occultait toute une vue de la maladie psychiatrique : celle prise en charge par les somaticiens dans les Hôpitaux Généraux. Car celle-ci n'était pas négligeable et représentait, au vu des objectifs et des moyens donnés à la sectorisation, une population facile à cerner

Effectivement, les séjours hospitaliers sont les plus courts possibles, bénéficient d'un encadrement médical de référence, permettent la surveillance de nouveaux traitements biologiques, regroupent en une unité de temps, de lieu et d'action tous les partenaires socio-familiaux du malade, point de départ à un suivi et à une prévention de la récurrence assez idéale. Malheureusement, le corporatisme psychiatrique, bien souvent anachronique, verra d'un mauvais œil l'instauration de la sectorisation à ce type d'établissement reprochant notamment "l'écroulement" fait par ces unités hospitalières ou la médecine à deux vitesses réalisée : les cas difficiles pour le CHS (oligophrénie, psychotiques, etc...), les cas faciles pour les services rattachés à l'Hôpital Général. Ainsi le développement de ces derniers se verra entravé malgré de nombreuses voix s'élevant pour la réintégration et le renforcement des liens avec les somaticiens. Comme persistait à dire GUYOTAT : *"Les psychiatres doivent s'arrêter de faire bande à part en dehors ou contre l'institution médicale non psychiatrique, du moins tant qu'elle n'est pas elle-même sectorisée. Moyennant quoi il pourrait se faire du bon travail"*.

Malgré ce frein, ces trente dernières années virent la réintroduction du psychiatre à l'Hôpital Général et ce de manières fort diverses, cette présence pouvant être :

- celle d'un service inclus dans l'Hôpital,
- celle d'un service de consultation sis dans ce même établissement,
- celle d'intervenant dans les services de garde psychiatrique des unités d'accueil et d'urgence d'un CHRU,
- en passant par les vacataires desservant certaines unités ou des psychiatres se déplaçant d'un CHS.

Le psychiatre réintègre donc l'Hôpital Général et le mouvement, fortifié par celui venu d'Outre-Atlantique, s'étend en France de manière significative, pour fleurir ces dix dernières années et aboutir récemment à un rapport d'Assistance sur le concept et la réalité de la psychiatrie de liaison présenté au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française (GUILLIBERT - GRANGER)

II.6. Etat actuel de la Psychiatrie à l'Hôpital Général en France

Nous reprendrons quelques données soulignées par REYNAUD qui nous permettront, en l'absence de statistiques plus précises de nous faire une idée sur l'implantation du psychiatre à l'Hôpital Général.

Selon les directives de la Direction Générale de la Santé, il existe en 1988, 232 services de psychiatrie intégrés à un Hôpital Général, contre 469 faisant partie d'un CHS, soit un rapport de 1 pour 2 assez intéressant car traduisant une croissance des premiers cités.

L'exercice de la psychiatrie au sein de l'Hôpital Général, qui regroupe les CHRU comme les Centres Hospitaliers Départementaux ou Régionaux non Universitaires, est très divers mais s'articule en gros autour de 4 axes respectant le principe de la sectorisation.

- Le Service de psychiatrie classique (60 à 80 lits) dans l'Hôpital Général avec des antennes dans les autres unités médicochirurgicales et avec le service d'urgence de cet établissement.
- Le Service Hospitalo-Universitaire sur le même mode que le précédent. S'il représente le profil d'intégration idéal dans le monde médical, il est le plus enclin aux attaques de ses pairs qui voient en lui la recherche d'une psychiatrie d'élite au profit d'une "psychiatrie de masse" des CHS.
- Des unités restreintes en lits et en personnels chargées de faire face le plus souvent à l'urgence psychiatrique
- Des services dits de Consultation - liaison psychiatrique, souvent rattachés à un secteur géographique englobant le CHRU et qui eux aussi font face à leurs Collègues du CHS leur reprochant un tri des malades et une orientation des malades hors secteur.

Au sein de ces structures les psychiatres ont un statut des plus variable allant de l'Hospitalo-Universitaire en passant par le praticien hospitalier, le vacataire, le psychiatre libéral. Il faut insister aussi sur le fait que l'installation de tel service s'est faite le plus souvent au coup par coup, ce qui se traduit par l'hétérogénéité des pratiques, et que les psychiatres hormis certains universitaires, ont bien peu de poids face à la machine administrative et les Commissions Médicales exécutives (la lutte pour s'octroyer un espace vital et du personnel qualifié tenant plus à une querelle de marchand de tapis qu'à une réflexion "adultomorphe").

Leur pratique que nous détaillerons, doit faire face à trois impératifs repris par ALBY et FERRERI :

- **Etre un spécialiste devant répondre à l'urgence.** Le psychiatre hospitalier est avant tout psychiatre de l'urgence qui doit s'attacher à répondre à toute demande le plus rapidement possible. Sa prise en charge globale du malade doit permettre une orientation dans les 24 heures (selon la Législation). Nous différencierons cependant l'urgence des services du même nom, de l'urgence des unités de l'établissement qui, elles, peuvent être prises en charge sur place.

- **Etre le référent psychologique ;** ce que les Anglo-saxons ont défini comme étant l'activité de liaison. Le psychiatre doit aider une équipe médicale dans ses réactions face aux malades et à la maladie.

Son rôle dans l'instauration ou la restauration du dialogue soignant-soigné, dans son intervention en tant que tiers neutre reprenant à son compte la charge anxieuse d'un groupe est à ce titre prépondérante, souhaitable et souhaitée par de nombreuses unités (dialyse, hémopathie, etc ...).

- **Etre un consultant disponible** à toute heure et à tout endroit. Le psychiatre s'attache à répondre à toute interrogation posée au somaticien par le fait psychiatrique. Il a donc un rôle diagnostique dans l'évaluation d'une pathologie, thérapeutique dans les orientations qu'il donne, mais aussi didactique.

Au travers la maladie psychiatrique, son déclenchement, ses symptômes, son évolution, il devra faire passer un message et enseigner un savoir dont il n'est pas l'unique détenteur et qu'il doit généraliser.

- **Etre enfin un chercheur.** Cet aspect de la psychiatrie devient important et à plus d'un titre ; permettant l'élaboration de concepts, de théories, ou plus prosaïquement et de manière fort matérialiste, de prouver l'utilité économique d'une telle pratique, tant l'aspect financier d'une discipline est actuellement le seul à pouvoir infléchir un pouvoir administratif des plus monolithique quant au coût de la santé.

Après s'être ainsi doté de structures spécifiques, de personnels qualifiés, et avoir établi avec ceux-ci des modalités cohérentes de prise en charge, l'Hôpital Général va largement recourir aux psychiatres, et de plus en plus comme le dénotent toutes les études sur ce sujet.

**LE PSYCHIATRE à
L'HOPITAL GENERAL**

III - LE PSYCHIATRE A L'HOPITAL GENERAL

III.1. Sa place

Le retour du psychiatre à l'Hôpital Général, comme nous l'avons déjà souligné, s'est souvent fait précipitamment, éludant en grande partie, de par ce facteur temps, les échanges entre psychiatres, somaticiens et administratifs, sur l'organisation de cette implantation. La place qui lui est dévolue n'est donc pas toujours celle qu'il aurait souhaitée ; mais contre mauvaise fortune bon cœur, il s'y est adapté et a recherché à remodeler cette dernière. Aux yeux des somaticiens suivant ainsi leurs demandes, ce que l'on souhaite avant tout dans l'appel au psychiatre c'est son intervention rapide et sa prise de décision immédiate. Dans cette optique d'"urgence" il paraît donc raisonnable d'affirmer que sa place est avant tout intramuros pour une plus grande célérité dans sa réponse à un appel.

Une fois admis ce concept et comme le soulignent la plupart des auteurs (DE BOUCAUD - FERRERI entre autres) sa situation doit lui permettre, tout en étant proche des somaticiens, de pouvoir compter sur une structure organisée et donc fonctionnelle, que nous étiquetterons "de référence", et par laquelle il ne perdra pas son identité de psychiatre et la reconnaissance des autres en tant que tel. Force est de reconnaître qu'inévitablement, s'il ne peut tabler sur un tel fonctionnement et par l'agencement spécifique du temps

et de l'espace régissant l'univers qu'il côtoie, il perdra un peu de sa fonction et de sa neutralité, son rôle premier étant de replacer dans la temporalité (la maladie débute avant l'hospitalisation et se guérit aussi après) et la spatialité (le malade n'est pas une pièce isolée mais un des éléments d'un puzzle) (KIPMAN) le malade et sa maladie.

Deux pratiques nous semblent à même de respecter cette notion :

- **L'unité psychiatrique sectorisée** avec ses lits d'hospitalisation ainsi que son personnel médical et paramédical. Que ce service soit de psychiatrie générale ou plus spécifiquement d'urgence, il semble bien (BOUCHARUAT) représenter le type de fonctionnement le plus adéquat ; ce que traduit parfaitement son volume tant en hospitalisation qu'en consultation.
- **La consultation de psychiatrie et de psychologie médicale.** Incluse elle aussi au sein de l'Hôpital Général, cette unité "légère" et "peu onéreuse" est aussi très performante (BROWN). Toutefois l'absence de lits lui est très préjudiciable, ou tout du moins aux malades ; car être bref, concis et juste dans une prise en charge n'est pas toujours possible, ceci rapporté au temps imparti à l'examen, bien trop court pour se faire dans certaines situations, une idée globale d'un patient et de sa pathologie.

En ce qui concerne le vacataire ou le psychiatre inclus dans une équipe médicale et s'y cantonnant (nous n'engloberons pas ici la pédiatrie), la dynamique de ces services, malgré la personnalité du psychiatre et sa volonté de

rester en dehors d'un système rationalisant, le poussera fort naturellement et intelligiblement sur un mode de fonctionnement stéréotypé et artefacté avec le risque de devenir à plus ou moins long terme le spécialiste de la prise en charge des malades du SIDA, des hémodialyses, des malades atteints de leucémie, etc ...

Une fois placé dans un Hôpital Général et comme insiste GUILLIBERT, il est important d'apprécier, non plus qualitativement mais quantitativement au travers des quotas de charge de travail, la place qu'on lui donne réellement.

Au travers une enquête par questionnaire, adressée à 43 chefs de service de psychiatrie dont 34 universitaires, il ressortait que :

- l'activité du psychiatre consultant représentait le quart des consultations d'un service de psychiatrie dans 50 % des réponses,
- que la moitié des services d'un Centre Hospitalier général faisait en moyenne appel au psychiatre,
- que les services les plus demandeurs étaient médicaux avec par ordre d'importance : la Médecine Interne (58 %), la Gastroentérologie (45 %), la Neurologie (23 %), etc ... L'Urgence et son service ainsi que la Pédiatrie n'étant pas comptabilisées dans cette étude de par des liens noués de manière fort différente et souvent beaucoup plus solides avec les psychiatres.

Il transparaisait que la place du psychiatre à l'Hôpital Général, loin d'être usurpée, était tout à fait notable et grandissante, ce qui bien sûr, concorde avec le point de vue de la très grande majorité des psychiatres travaillant dans ces Etablissements.

III.2. Son Rôle (ou celui qu'il s'attribue)

Etre psychiatre dans un Hôpital Général, une fois situé dans celui-ci est avoir un rôle. Or celui-ci peut s'entendre de deux manières suivant où l'on se situe. Il y a le rôle que l'on aimerait tenir et celui que plus prosaïquement l'on vous fait tenir à travers une demande.

Nous nous intéresserons dans un premier temps à celui qu'un psychiatre aimerait jouer en soulignant avec PELICIER qu'il ne sera jamais celui d'un missionnaire chargé d'évangéliser une population médicale athée, ni celui d'un spadassin pourfendant les idées reçues ou d'un psychiatre perdant son identité au profit d'un idéal déterministe et scientifique.

Il sera avant tout à l'écoute du malade et de sa maladie, du somaticien et de l'équipe soignante, dans un rôle de "**porte-parole**" au sens premier du terme.

La parole, dans la dimension anthropologique que devrait prendre une maladie, se doit d'être véhiculée et resituée dans son contexte "historique" (DUBREUCQ). N'entendre qu'une plainte, qu'une souffrance physique et dénier

le cortège affectif l'entourant, est commettre une bévue qui, si elle se révèle sans effet à court terme, engendre à long terme de trop nombreuses chronicisations "iatrogènes" (dans le sens entendu par ISRAEL).

Donc et globalement, si le psychiatre à l'Hôpital Général doit être un porte-parole, il devra l'être dans cinq grands domaines. Pour reprendre LIPOWSKI et la définition qu'il donne à ce rôle, nous dirons que le psychiatre se devra :

- d'intervenir sur l'Urgence Psychiatrique où qu'elle se situe,
- de répondre à une démarche consultative,
- d'assurer une liaison que nous redéfinirons,
- et de faire partager son savoir au travers un enseignement.

A) *Le Psychiatre et l'Urgence :*

L'urgence est, par définition "*ce qui ne souffre pas de retardement*" (CAROLI). Il en est des urgences psychiatriques comme des urgences médicales, même si les premières n'ont pas toujours été admises dans cette acception.

Pour de nombreux praticiens, la confusion mentale, l'agitation, ne sont pas des urgences comparées à l'infarctus, la péritonite, etc... qui eux le sont de par la mortalité présentée. Seule la tentative d'autolyse présente à leurs yeux ce caractère, là encore de par le risque encouru.

La pratique semble leur donner raison car l'urgence psychiatrique est plus urgence de la demande qu'urgence du symptôme. Ce que l'on attend du psychiatre est l'évacuation d'un malade "potentiellement dangereux pour lui ou les autres" vers une sortie (CHS ou autre) plus que la sédation de cet état par un traitement adéquat après qu'un diagnostic ait été posé.

Le paradoxe des unités d'accueil et d'urgence tient en effet dans la nécessité qui leur est faite de ne garder que 24 heures ou moins toute admission dite "psychiatrique" alors que bien souvent l'admission dans ce type d'unité est une réassurance pour tout le monde : *"la-bas on le prendra en charge et on réglera son problème"*.

Vu le laps de temps accordé et la difficulté de dénouer des situations de crise psychologique, il est alors plus que probable que le diagnostic porté sera hâtif voire hésitant ; et les recommandations pas toujours très justes, faute de renseignements et d'observations suffisants.

L'urgence psychiatrique sera donc plutôt celle décrite par DUPRE : *"Ensemble des psychopathies dont la soudaineté, l'évolution aiguë et la gravité particulière imposent au praticien l'obligation et la responsabilité d'un diagnostic hâtif, d'une intervention thérapeutique immédiate et d'une décision médicolégale"*.

Ce dernier aspect prend à notre époque une acuité qu'elle n'avait sûrement pas autrefois.

Il est effectif, en effet, que tout malade psychiatrique est de nos jours montré au psychiatre avec en arrière fond cette éventuel aspect médico-légal que peut revêtir telle ou telle décision. Négliger un risque suicidaire est offrir aux familles de possibles requêtes légales si passage à l'acte il y a. D'où l'indispensable couverture spécialisée et le non moins fameux : Sortie contre avis médical qui, en définitive, n'est autre que le résumé de ce que nous avons souligné plus haut : le constat d'un manque de temps pour réunir un ensemble de données suffisantes tenant au malade et à sa famille afin d'appréhender une crise qui, le plus souvent, renvoie à un dysfonctionnement familial par non communication.

Le Rôle du psychiatre est donc dans cette "course contre le temps" de se "presser lentement" (DENIS) :

- **se presser**, car l'urgence est la demande et répond à une inquiétude émanant d'un malade, d'une famille, d'un médecin ou d'une équipe médicale

- **lentement**, car le psychiatre doit gagner du temps quand il ne peut posséder une Unité d'hospitalisation d'urgence et de lits de crise et s'il veut éviter de trop lourdes erreurs d'orientation (ce qui fait dire à GUYOTAT la nécessité vitale d'avoir de tels lits au sein d'un service d'accueil).

Cette attitude débouche parfois sur quelques incompréhensions car tout le monde n'appréhende pas forcément l'idée qu'une Urgence psychiatrique est autre chose qu'un simple diagnostic et qu'elle doit tenir compte aussi de tout l'environnement socio-familial du malade.

La personnalité du psychiatre et la conviction qu'il a de sa pratique permettent le plus souvent et au fil du temps, une bonne articulation avec les somaticiens travaillant dans ces unités d'urgence.

Pour conclure ce chapitre, nous insisterons sur un rôle du psychiatre souvent omis bien que toujours présent : la prévention. Cette dimension dans le feu de l'action est plus ou moins consciemment obérée. Elle est toutefois présente dans tout avis donné et se doit d'être explicitée. Faire sortir un malade après un geste suicidaire n'est pas seulement souligner que celui-ci n'est qu'un grand anxieux en proie à des problèmes professionnels ; mais donner à la famille, au praticien, une conduite pratique (consulter le médecin traitant, revoir en consultation spécialisée, prendre contact avec un psychiatre libéral, etc ...). Cette prévention secondaire peut apparaître comme allant de soi au travers les recommandations écrites ou orales du spécialiste ; il n'en est toutefois rien et un effort tout particulier devra se porter sur elle, car l'expérience montre que bien souvent la récurrence ou la pérennisation d'une symptomatologie tiennent à une prise en charge après coup insuffisante, car mal explicitée.

B) Le Psychiatre et la Consultation

L'activité de consultation est dans toutes les statistiques la plus importante d'une unité de psychiatrie en Hôpital Général. Outre les liens noués avec les services somatiques hospitaliers, la densité de malades explique en partie celle-ci. Idéalement, la consultation ne devrait être qu'un avis donné sur un malade, jamais une prise charge globale de celui-ci (AVANT). L'acte même de consulter entre dans la ligne d'un projet de soin élaboré et de manière très ponctuelle. Il doit permettre au service demandeur d'en faire bon usage en n'omettant aucun élément (notamment psychologique ou social), omissions sources de chronicisations inutiles.

D'où l'intérêt qu'a le psychiatre à rester clair et précis dans sa réponse, sans jamais déborder sur l'à-côté d'une interrogation formulée. En pratique et selon SCHWAB, six circonstances théoriques motivent l'avis du psychiatre :

- Y a-t-il une pathologie mentale dans les symptômes présentés ?
- Existe t-il des facteurs psychologiques déclenchants dans une pathologie somatique ?
- La personnalité du malade lui permettrait-elle de supporter le poids de sa maladie ?

- Peut-il exister des séquelles psychologiques invalidantes à une maladie ?
- Pouvez-vous instaurer un traitement ?
- Y a-t-il nécessité à transférer un malade dans un centre spécialisé ?

En pratique, l'on ne retrouve guère que trois grands cas de figure :

- Celui de la prescription d'un psychotrope (au cas où ceux déjà prescrits ne seraient pas efficaces),
- Celui de réalité d'une plainte somatique qui ne fait pas ses preuves aux yeux du somaticien,
- Celui du transfert sur un CHS.

Le rôle du psychiatre est donc au travers ces trois demandes, la reformulation de l'interrogation quand elle est nécessaire, en recentrant le problème dans une approche plus globale du malade et de sa maladie ; tout en tenant compte de la personnalité du requérant, car la demande émane toujours d'un doute, témoignant d'une inquiétude donc d'une anxiété face à un problème. La proposition d'une conduite pratique sera alors donnée en sachant bien que seul le demandeur en fera usage. Cette proposition sera écrite ; l'inscription étant importante afin de bien souligner la responsabilité qu'a le demandeur vis-à-vis de son malade. Trop souvent en effet, et surtout dans

notre spécialité, le "transfert" de cette responsabilité sous-tend l'appel, le rôle du psychiatre n'étant pas de prendre en charge tous les malades vus à l'Hôpital mais de donner un simple avis aussi éclairé que possible afin d'orienter une démarche de soins.

C) Le Psychiatre et la liaison

Pour AYME, la liaison est un terme typiquement anglosaxon dont le sens a plus ou moins été dilué ces dernières années.

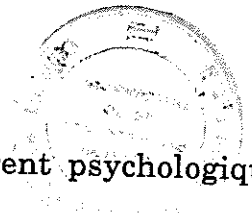
LIPOWSKI qui en est le créateur, y voit avant tout la fonction que doit avoir un psychiatre à l'Hôpital Général : enseigner et amener à faire comprendre le fait psychique à des médecins dont l'éducation et la formation aux sciences médicales ont plus ou moins occulté la dimension psychologique de toute affection. Pour lui cette fonction doit se traduire pratiquement par des rencontres, des groupes de travail et pas uniquement l'énoncé d'un avis rédigé sur un bout de papier.

PASNAU reprend cette notion pour en édicter six principes directeurs. Pour lui, la liaison psychiatrique doit introduire :

- un travail par lequel psychiatre et somaticien abordent ensemble et essaient de cerner une décompensation psychologique. Ce travail nécessite un contact étroit et est plus qu'un face-à-face ou un échange de correspondance,

- une prise en charge immédiate de tout malade pouvant poser des problèmes relationnels de par sa maladie (greffes d'organe par exemple)
- une réunion de tout le staff médical et paramédical dès lors qu'un malade pose problème et se trouve rejeté du milieu où il est soigné (cas des troubles du comportement allant des refus de traitement à l'agressivité ou la violence),
- l'implication des proches dans la maladie d'un des leurs ; car fort souvent existent des troubles de la communication inutiles et générateurs d'incompréhension surtout dans un milieu hospitalier où comme nous l'avons vu l'efficacité (temps - résultat) reste la règle et oublie l'espace relationnel,
- un mode de prise en charge psychothérapeutique bref et énergique devant faire ressortir les motifs de la crise et apporter des éléments de réponse,
- enfin, et surtout, une dimension humaniste mise sous l'éteignoir par la technicité et le rendement imposé à un centre hospitalier.

De ces six principes, nous ressortirons la notion fondamentale qu'être psychiatre à l'Hôpital Général conduit à réinstaurer la psychologie médicale au travers la relation médecin-malade décrite par BALINT.



Le psychiatre sera donc avant tout le référent psychologique (LEGER) plus que l'agent de "liaison" ou le "psychiatre lié" (TRAPPET) et comme Marie CARDINE, nous soulignerons qu'en définitive la psychiatrie dans son approche biopsychosociale est déjà et par définition un acte de liaison et qu'il semble inutile de réinventer un terme explicitant bien mal une réalité on ne peut plus pratique.

La liaison ainsi définie fait donc partie intégrante du rôle du psychiatre et elle sera constamment présente dans toute intervention. Elle se heurtera cependant à deux notions pratiques : le temps et l'espace (DE BOUCAUD). Il est effectivement difficile d'aller parler à un somaticien d'un malade posant problème, tant chacun vit dans une spatio-temporalité particulière.

Chaque fois que l'occasion le lui permettra et sans retenue (ni pudique ni hautaine), le psychiatre devra donc expliciter son avis s'il désire l'adhésion d'un malade, d'un médecin, d'un groupe soignant à un plan de soins.

D) Le Psychiatre et la recherche

Dans la situation où il se trouve, avec toutes les facilités et les techniques sur lesquelles il peut s'appuyer, le psychiatre se doit de jouer un rôle de chercheur, tant la vitalité d'une discipline dépend de cette capacité à mieux comprendre la clinique, le traitement, l'épidémiologie d'une pathologie.

D'après RODIN, le psychiatre peut exercer cette recherche sur quatre axes principaux mais non limitatifs. Ceux-ci sont :

- **l'axe descriptif** : les enquêtes essaient de définir une population. Les données épidémiologiques qui en ressortent sont importantes, pouvant être d'ordre général (description d'une population de malades hospitalisés ou plus restrictif (description d'un groupe défini de malades). Elles soulignent certains marqueurs tel l'accroissement de l'âge des malades admis à l'Hôpital Général et présentant des troubles psychologiques.
- **l'axe évaluatif** : les enquêtes d'évaluation et notamment celles des coûts financiers sont des données majeures car conduisant à la reconnaissance de certaines disciplines et à la mise à leur disposition d'un budget. Elles devraient se développer car elles seules peuvent infléchir le pouvoir administratif dans ces options gestionnaires. Celui-ci arrive à comprendre qu'un psychiatre ait sa place au sein d'un Hôpital Général ; mais lui prouver que l'activité de celui-ci, pour peu qu'on lui en donne les moyens, réduit une durée d'hospitalisation, une somme d'examen complémentaires, bref une dépense que ne supporte que difficilement la Sécurité Sociale et donc l'Etat, c'est peut-être lui ouvrir les yeux sur le rôle préventif que possède le psychiatre et sur les gains financiers qu'il est susceptible de faire réaliser à l'Hôpital. Dans une dynamique de marché, seul cet argument est recevable ; il sera cependant difficile d'évaluation et demandera une méthodologie rigoureuse.

- **l'axe psychopathologique** : par des études qui portent sur la psychopathologie d'une maladie et sur son déterminisme biologique et/ou psychosocial. Le champ est ici très vaste, nous insisterons surtout sur le développement de certaines théories immunogénétiques et neuroendocriniennes de la dépression dans certaines maladies organiques ou sur le terrain favorisant l'émergence d'une pathologie tel l'asthme, l'angor, etc... (COHEN-COLE).
- enfin **l'axe diagnostic** : par des études s'intéressant à la prévalence des maladies mentales chez les hospitalisés (MAYOU). Là encore, la recherche est très active et fait ressortir certains critères intéressants. Dans ce cadre, certains auteurs (PASNAU) verraient même la nécessité d'établir de nouvelle Nosographie (le DSM III R étant difficilement applicable à une population hospitalière pour certaines pathologies : dépression, tentatives de suicide, etc ...)

Quelque soit le domaine abordé, la recherche psychiatrique doit se développer car elle témoigne de l'activité dynamique d'un service et donc de son utilité en tant qu'unité spécialisée à part entière.

E) Psychiatre et Enseignement :

Ce dernier rôle qui n'en est pas moins en pratique le plus important reste à développer. Comme insistent SCOTTO et SUTTER, l'enseignement de la psychiatrie en France demeure très déficitaire de par un manque de temps et de moyens mis à la disposition des enseignants. Le nombre d'étudiants futurs médecins généralistes ou spécialistes fréquentant une Unité de psychiatrie (de loin la meilleure méthode de formation) n'est que de 5 à 30 %, ceci étant largement insuffisant.

Par sa situation au sein même de l'Hôpital, par le fait qu'il côtoie praticiens, internes et étudiants, le psychiatre tient une place de choix dans la possibilité de donner un enseignement.

Celui-ci malheureusement n'est souvent que très ponctuel alors qu'il le souhaiterait plus formel. Il s'agit de rencontres de couloirs, d'explications téléphoniques ou retranscrites sur un bon de consultation alors que le psychiatre désirerait lui, réunir certains futurs médecins afin de leur adresser un message en cinq points :

- Soyez conscient de l'enracinement de la vie psychiatrique dans la vie en général,
- Soyez conscient de l'importance de facteurs environnementaux et psychologiques dans l'émergence ou la pérennisation d'un symptôme,

- Soyez conscient que votre intervention n'est pas uniquement celle d'un médecin chargé de faire un diagnostic mais qu'elle met en jeu une relation au travers de paroles échangées,
- Soyez conscient de vos limites en connaissant ce qui dépasse votre entendement et évitez des diagnostics hâtifs en restant le plus souvent pragmatique,
- Soyez conscient enfin que la psychiatrie a une nosographie, des courants théoriques et thérapeutiques et que vos connaissances doivent aborder ces divers aspects.

Ce message d'une grande simplicité et qui recoupe en permanence la relation médecin - malade se doit d'être la pierre angulaire de l'enseignement psychiatrique à l'Hôpital Général.

Pour récapituler les rôles que se donnerait un psychiatre dans une telle institution, nous avancerions qu'il se voudrait préventif dans l'urgence, psychologue dans la liaison, conseiller dans la consultation, chercheur du fait psychiatrique et enseignant de tout ceci. Trop souvent malheureusement ceci ne reste que de l'ordre de l'imaginaire et la réalité le ramène à de toutes autres considérations.

III.3. La demande (ou le rôle attribué)

De toutes les études, il ressort que le somaticien appelle peu le psychiatre malgré les diverses statistiques portant sur l'importance des perturbations psychologiques rencontrées chez des malades hospitalisés (MAYOU) (de 30 à 60 %).

SMALL en recoupant de nombreuses enquêtes estime que 3 % des hospitalisés aux Etats-Unis reçoivent ou recevront un avis du psychiatre (en moyenne). Cette faible demande s'explique très bien et pour plusieurs raisons :

- celles tenant aux malades qui refusent le fait psychiatrique et dénie toute irruption du psychologique dans leur pathologie quelqu'elle soit,
- et celles tenant aux praticiens qui hésitent beaucoup avant de demander ce type de consultation.

Selon PASNAU et MACKEGNEY, cette attitude s'expliquerait par le refus d'étiqueter psychiatrique une pathologie d'allure somatique, mais aussi sur le déni du fait mental tout autant que sur l'ignorance de celui-ci. Par ailleurs et de plus en plus, les somaticiens désirent mettre en exergue leurs connaissances et traiter eux-mêmes ces cas "fonctionnels" dans leurs unités. Le tout fait l'extrême faiblesse des chiffres retrouvés quant aux consultations psychiatriques à l'Hôpital Général.

- Néanmoins et pour certaines pathologies, le somaticien demande conseil au psychiatre et dans cette optique le rôle qu'il lui donne est : d'affirmer un diagnostic, de proposer un traitement adéquat et de transférer le malade sur un CHS si la prise en charge semble trop lourde. Ce rôle, il le lui donne d'autant plus qu'il travaille dans une unité médicale (PABLO) et que la population est âgée.

Il est effectif que depuis quelques années, la gériatrie tient une place considérable à l'Hôpital Général.

Ainsi SMALL estime qu'aux Etat-Unis, 35 % des lits médicaux aigus sont occupés par des patients de plus de 65 ans et que parmi ceux-ci 40 à 50 % présentent des désordres psychologiques francs. Comme conjointement leur polypathologie, leur isolement les rendent peu autonomes et solitaires, ils deviennent des "charges sociales" difficiles à gérer car le biais des longs ou moyens séjours et des maisons de repos ou retraite, s'épuise progressivement.

En plus de l'avis demandé, c'est donc bien souvent une orientation institutionnelle que l'on laisse sous-entendre au psychiatre quand on lui soumet le cas d'un âgé dépressif ou régressif, anxieux ou confus. Or comme celui-ci n'a pas vocation d'assistance sociale, certaines tensions peuvent naître quant à ces demandes parfois itératives.

• Si l'on étudie d'un peu plus près les demandes (GRIVOIS et GOBAR), les appels les plus fréquents sont ceux concernant :

- un malade agité,
- un malade dit confus,
- un suicidant ou un suicidaire,
- un malade anxieux et/ou dépressif, mangeant peu, dormant mal, irritable ou triste,
- un malade opposant au traitement, aux règles de service, à la hiérarchie, voulant sortir Contre Avis Médical (le "Psychopathe du service"),
- un malade déjà suivi pour des problèmes psychiatriques antérieurs,
- enfin un malade pour lequel aucun diagnostic n'a pu être porté et pour lequel on s'interroge sur une éventuelle "somatisation", "conversion", "simulation" ou "hypocondrie".

En regroupant l'ensemble de ces demandes et en leur attribuant un rôle spécifique, nous dirions que le psychiatre devrait être tout à la fois :

- Le "videur" chargé de diriger ce qui ne peut être assumé dans un Centre Hospitalier Général,
- Le "gendarme" seul capable de faire entendre raison à l'insoumis,
- Le "responsable" prenant sur lui les risques d'une sortie contre avis médical d'un malade,

- Le "chamane" exorcisant ce que les thérapeutiques et les examens complémentaires n'ont pu guérir ou mettre en évidence,
- Le "chimiothérapeute" capable de contenir confus, agités et autres maniaques,
- Le "confident" partageant l'angoisse d'une situation ou d'une pathologie,
- mais aussi et fort heureusement, le thérapeute prenant en charge un état de crise ou qui assure le suivi d'un malade au passé marqué par une certaine fragilité psychologique.

Bref, si l'habit ne fait pas le moine, ceux qui lui sont donnés, font le psychiatre à l'Hôpital Général ! et si celui-ci les revêt, c'est un peu la main forcée et avec la ferme résolution d'être perçu autrement.

Pour terminer cette vue d'ensemble des demandes provenant des unités médicochirurgicales, il paraît bon d'insister sur la pathologie qui les motive. Celle-ci n'a rien de bien spécifique mais nous soulignerons avec GUILLIBERT que l'Urgence est avant tout la tentative d'autolyse, l'ivresse et ses manifestations, l'agitation, l'angoisse somatique, la dépression ainsi que les toxicomanies, alors que la consultation d'étage renvoie elles plus aux troubles de l'humeur, à l'anxiété, aux manifestations névrotiques et bien sûr aux syndromes psychoorganiques dont font parties : delirium, confusion, syndrome démentiel, etc ...

Ainsi et de prime abord, le rôle dévolu au psychiatre est loin de répondre à ses espérances ; mais à long terme et à force de persuasion, d'explications, d'enseignement, de rencontres et d'amitiés, il arrivera à se façonner une fonction reconnue par tous.

III.4. Les rapports avec le pouvoir administratif

De tout temps et surtout depuis 1970, les rapports entre psychiatres et administratifs ont toujours été tendus. Très fréquemment les psychiatres ont fait face aux fins de non-recevoir des Directeurs d'Hôpitaux, dans leur volonté d'introduire, d'aménager, de compléter un service, une unité, une consultation psychiatrique intramuros.

Si à la base existent de toute évidence des raisons tenant à la sécurité même des malades pris en charge ou pouvant être acceptés par l'Hôpital Général, et aux responsabilités de ce dernier dans la gestion des cas difficiles, PIPET insiste, lui, sur deux notions lui semblant importantes :

- La première est que l'administrateur, de par sa formation, de par la restructuration rapide des centres hospitaliers et la volonté des psychiatres de s'y intégrer, s'est vu déborder dans un domaine qu'il ne maîtrisait pas, faute de connaissance ou qu'il ne voyait que sous l'angle de la dangerosité, de la responsabilité et des procès ; bref, imprégné de la loi de 1838.

- La seconde est que la plupart du temps, le malade dit psychiatrique est autonome. Cette autonomie va largement contribuer à desservir les intérêts du psychiatre car elle signifie peu de soins infirmiers par rapport aux autres unités, donc peu ou pas d'infirmiers mis à disposition et donc peu ou pas de moyens pour une spécialité qui en plus est des plus économique dans son fonctionnement.

De ce fait, il apparaît que le dialogue avec l'administration sera complexe ce d'autant que celle-ci ne trouve pas très attractive une spécialité dont les progrès ne sont pas aussi visibles et porteurs socialement que ceux enregistrés par les techniques radiographiques, les greffes chirurgicales, etc... Pour HOLTZ et bien d'autres, le seul moyen de vraiment attirer l'attention sur notre existence sera de mettre le doigt sur la seule chose capable d'intéresser la direction hospitalière : le coût financier.

Un Hôpital coûte cher, sa gestion est difficile et l'on cherche tout ce qui est susceptible de canaliser les dépenses voire de les réduire. Or le psychiatre qui, comme on l'a vu, ne demande que peu de chose pour travailler, peut avoir sa place dans une politique d'économie de la santé. En limitant une débauche d'examen complémentaires, en traitant une symptomatologie psychiatrique chronicisant une pathologie somatique, en tentant (s'appuyant en cela sur une politique de secteur) de faire décroître une durée d'hospitalisation, il ne peut qu'entraîner une baisse du coût de la prise en charge. Cependant et là est son tort, son action ne s'appuie pas concrètement sur des chiffres et des programmes concertés avec l'administration. Malgré

les difficultés méthodologiques, les résultats que pourraient transcrire ces études seraient alors les plus probants indicateurs de la réelle place d'un psychiatre à l'Hôpital Général, chose qu'ont compris et mis en pratique avec succès les Anglo-saxons.

III.5. Le psychiatre de liaison face à ses pairs

Les rapports établis entre psychiatres de liaison et psychiatres travaillant en institutions psychiatriques ou ayant une pratique libérale sont généralement cordiaux, ce d'autant que nombre d'entre eux participent au fonctionnement des unités incluses dans les Hôpitaux Généraux. Comme le souligne AYME et GUYOTAT, il n'existe à proprement parler que deux critiques qui peuvent être à l'origine de discordes :

- La première est que la psychiatrie à l'Hôpital Général peut concourir à un écrémage ou à une psychiatrie à deux vitesses. Certains estiment que les malades proposés aux psychiatres de liaison sont plus intéressants car posant peu de problèmes de chronicité, le potentiel d'un Hôpital à les placer en institution semblant aller de soi.

Le "turn-over" est donc rapide et le rendement de telles unités accrues avec, de surcroît, une certaine aura médiatique tenant à cette situation privilégiée.

- La seconde, peut-être plus marquée, tient à la sectorisation. Certes cette politique a permis une individualisation du soin et a conforté le psychiatre dans le fait de soigner et de prévenir plus efficacement la maladie mentale. Toutefois, transposée à l'Hôpital Général ou au CHRU, cette règle engendre des incompréhensions, surtout quand une unité sectorisée détient cette possibilité d'entrer aux Urgences et dans les services médicochirurgicaux. Bien souvent on le soupçonne de "détourner" des malades et de les adresser "hors secteur" dans les pavillons du CHS dont il dépend ; ce problème comme en témoigne GUYOTAT est surtout sensible dans les grandes agglomérations où il devrait exister un secteur démographique spécifique pour chaque Hôpital Général important, comme il existe des départements pénitentiaires.

III.6. Le psychiatre de liaison face aux Médecins Hospitaliers

Les rapports entre psychiatres et "somaticiens" ont toujours été particuliers, suivant le plus souvent et comme nous l'avons déjà souligné, l'évolution des idées et des modèles théoriques. Avec son retour à l'Hôpital Général et l'émergence d'un courant scientifique, beaucoup pensaient que psychiatres et somaticiens travailleraient à l'unisson dans une optique psychosomatique de prise en charge d'un malade. Force est de reconnaître que cela n'est pas toujours réalisé (BESANÇON).

- D'un côté le somaticien, par un manque de connaissance, se sent rapidement débordé par un problème psychologique qu'il n'arrive pas à analyser, si tant est qu'il cherche à le faire. Le langage de la maladie mentale est pour

lui d'accès difficile car peu attaché à la réalité scientifique. Cette croyance dans l'irréalité de ce qu'il ne peut comprendre est à la base même de son incrédulité quant au rôle du psychiatre.

Si celui-ci arrive en effet à saisir le message adressé par un malade dans cette dimension mystérieuse, peut-il être lui-même quelqu'un de normal ? (KOUERNICK) ou alors possède-t-il quelques dons magiques (LEGER) ? Selon ces deux cas de figure on le laissera bien à l'écart ou on l'investira d'un pouvoir "phallique" (SAPIR) où tous les rôles vus précédemment lui seront donnés. En aucune façon il ne sera reconnu pour ce qu'il est et pour sa spécificité, ce qui ne pourra engendrer de sa part que de la colère dans son éviction ou une certaine omnipotence dans ses pouvoirs a-normaux.

- De l'autre côté le psychiatre, qui lui, réagit souvent en "écorché vif", reproche au somaticien, outre les deux situations précédentes, de ne le voir que comme un examen complémentaire, un parapluie en cas d'urgence, un videur lors d'agitation et enfin de ne jamais être informé de l'évolution d'un symptôme une fois son avis demandé.

Pour BESANÇON, ce psychiatre a aussi des travers dont il devrait se défaire afin que s'établisse une meilleure compréhension :

- d'une part il devrait s'informer de l'évolution scientifique, des progrès techniques et pharmaceutiques en ne restant pas sur ses connaissances médicales d'étudiant,

- d'autre part il devrait délaisser cette position un peu mégalomane de celui qui seul comprend et appréhende l'inconscient (tenant là des propos similaires à ceux du somaticien mais dans un registre différent) ; cet inconscient source de toutes les pathologies qui ne seraient rien sans lui. La psychanalyse comme le souligne BESANÇON n'est qu'un moyen thérapeutique, non un moyen diagnostique et l'utiliser dans toute circonstance est lui porter tort et la pervertir, ce qui fut largement le cas ces trente dernières années.

Des efforts doivent donc être entrepris des deux côtés (PEQUIGNOT), *"le médecin ayant besoin du psychiatre, comme le psychiatre du médecin"*. Plutôt que de se sentir rejeté ou manipulé, le psychiatre devrait comprendre les difficultés d'un confrère qui ne sait forcément pas tout et il devrait voir dans une demande un appel à un savoir, à une connaissance qu'il se doit de dispenser. Il est en effet le mieux placé pour reconstruire l'image d'un malade souvent morcelé de par le fonctionnement hospitalier d'aujourd'hui et expliciter le pourquoi du comment d'un symptôme.

Quant au somaticien, il devrait reconnaître l'importance prise par le psychisme dans toute maladie, reconnaître que la relation médecin-malade existe et est dynamique et qu'il ne la maîtrise pas toujours. Il devra donc lui aussi s'informer, apprendre ou réapprendre certaines notions et lier avec le psychiatre des relations professionnelles qui ne seront pas seulement celles d'amis de salles de garde.

De cette harmonisation des idées naîtra une vue plus globale de la maladie et du malade dont chacun pourra bénéficier.

III.7. Perspectives d'avenir

Pour conclure, nous insisterons sur le fait que le souhait le plus cher partagé par tout psychiatre travaillant en Hôpital Général est un développement accru de la prévention des maladies mentales. Or et jusqu'à preuve du contraire, les deux personnages clé de cette prévention sont le médecin généraliste et le somaticien hospitalier. D'où l'effort à faire dans ces deux directions. Cet effort passe, pour ce qui nous intéresse, par la reconnaissance de notre activité au sein d'une institution médicale. Cette reconnaissance doit être patente, et dans l'avenir, la présence d'une unité psychiatrique au sein de chaque Hôpital Général paraît raisonnable. Cette unité, pour être efficace, devrait comprendre un centre de crise, une consultation spécialisée et une équipe de liaison en rapport permanent avec les services demandeurs. De cette position, le rôle du psychiatre s'orientera selon deux axes privilégiés (LIPOWSKI) :

- **L'enseignement** : Il nécessite temps, patience et compréhension et doit viser en priorité les futurs médecins. La méthode d'enseignement se voudrait plutôt magistrale mais il apparaît que l'étude d'un cas au sein même du milieu où il se trouve est beaucoup plus démonstrative et donc efficace. Il permettra ainsi à tout praticien de diagnostiquer, d'évaluer et de gérer une situation de crise en n'excluant jamais la dimension psychologique de celle-ci. Le recours au psychiatre, dans cette optique, devrait logiquement tendre à diminuer, celui-ci n'intervenant que dans quelques cas particuliers renvoyant à un aspect plus spécifique de l'exercice de sa discipline.

- **La recherche** : Au sein d'un établissement à la pointe du progrès, le psychiatre a tout à gagner dans sa démarche visant à mieux comprendre la maladie mentale. Il apparaît que certains domaines de recherche sont très prometteurs (psychoendocrinologie, psychoimmunologie, psychogénétique) ; mais que d'autres devraient être développés (dimension psychosociale, pharmacologie, épidémiologie). De cette source de connaissances ne pourra déboucher qu'un enseignement plus complet et de cet enseignement naîtront de nouveaux axes de recherche dans un va-et-vient des plus salutare pour les psychiatres et les somaticiens. Cette dynamique selon PASNAU est en marche et actuellement sa progression est constante, ce qui est très réconfortant.

**L'ANTENNE de PSYCHIATRIE et
de PSYCHOLOGIE MEDICALE
du CHRU de LIMOGES**

IV - L'ANTENNE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MEDICALE du CHRU de LIMOGES

IV.1. Historique

Sa création ou tout du moins sa mise en service remonte au 28 Septembre 1979, date de la fermeture du pavillon SAINT-ROCH, ancien service Hospitalo-Universitaire de 30 lits siégeant au sein de l'ex-Hôpital Général. Cette ancienne unité dirigée par le Professeur LEGER dut faire face à deux grands remaniements tenant à la modernisation du système de santé et à l'influence des politiques sur ce système.

D'un côté fut erigé et mis en fonction le CHRU DUPUYTREN, Centre hospitalier et Universitaire Régional.

De l'autre, fut construit, en tenant compte de la sectorisation, le CHS ESQUIROL, nouveau centre spécialisé psychiatrique prenant le relais de l'ancien Hôpital Asilaire de "Naugeat".

De par l'édification de ces deux établissements et l'éloignement de la Salle St-ROCH, le fonctionnement du service de Psychiatrie Universitaire se heurta à des problèmes matériels qui, s'ils n'étaient que temporaires, n'en furent pas moins importants (Problèmes des urgences, des

consultations au CHRU, des enseignements, etc ..., qui à chaque fois nécessitaient un déplacement donc une perte de temps). Toutefois, et dans l'optique de la fermeture du service, des demandes et des projets furent proposés par le Pr. LEGER dès 1974, afin d'aménager le nouveau Service Hospitalier Universitaire dans sa position et son fonctionnement. La première esquisse de cette unité s'avérera celle finalement retenue après de multiples aléas. Elle soulignait que :

- le but d'une telle antenne était de répondre aux urgences et aux consultations externes (des services somatiques ou des praticiens libéraux),
- les moyens nécessaires se résumaient à 2 bureaux médicaux, 1 secrétariat et 1 salle d'attente,
- le personnel devait comprendre 1 secrétaire, 1 interne et 3 étudiants hospitaliers, l'organisation reposant sur un chef de service universitaire et ses assistants, le fonctionnement comportant la présence de l'interne les matins et le tour de garde des psychiatres l'après-midi.

Durant cinq années, ce projet ne fit pas l'objet d'une réunion de la Commission Médicale Exécutive jusqu'à ce qu'arrive l'année 1979 et la fermeture de la Salle St-ROCH. Devant la nécessité de prendre rapidement une décision, se réunissaient les présidents des CME du CHRU et du CHS (où allait être transférée l'unité de psychiatrie sectorisée), les directeurs des deux établissements, les membres du service de psychiatrie universitaire et du service d'accueil des urgences du CHRU.

De cette première réunion ressortaient deux points d'accord :

- la Création d'une unité d'urgence psychiatrique au sein du CHRU,
- la direction de celle-ci par le Pr. LEGER.

De plus, il était proposé la création de 10 lits (accordés par le Ministère de la Santé) devant prendre en charge tous les problèmes d'urgence psychiatrique existant au sein de l'établissement. Hormis les psychiatres, les divers intervenants infléchissaient cette première proposition et optaient pour une des deux solutions suivantes :

- créer 3 lits d'urgence psychiatrique sous la responsabilité du chef de service des urgences
ou
- créer une unité de 10 lits, sise à proximité de l'accueil existant et sous la responsabilité d'un psychiatre.

Un enquête était proposée quant à l'intervention des psychiatres aux urgences et au sein des services du CHRU afin d'orienter ce dernier choix. Du rapport effectué par l'unité d'urgence, il ressortait que moins d'un malade vu aux urgences journalièrement (0,8 %) était transféré en psychiatrie et que seul 0,7 % de ceux vus dans les étages prenait la même orientation. Dans ces conditions et devant le recours assez rare au psychiatre de garde (15 appels en 2 ans), la solution des 10 lits était écartée au profit de la seconde, le centre d'urgence psychiatrique étant même envisagé au sein du CHS.

C'est ainsi que fut conçue l'unité de liaison actuelle dont l'organisation acceptée comprenait :

- la prise en charge de tous les problèmes psychiatriques du CHRU et la possibilité de consultations spécialisées externes.
- celle-ci s'effectuant à partir d'un secrétariat, de deux bureaux médicaux, d'un bureau pour l'activité d'une psychologue, d'une salle d'attente au rez-de-chaussée du CHRU dans un service dit "Porte".
- les personnes intervenant étant : un interne, un étudiant en médecine, un psychologue temps plein, une secrétaire et des psychiatres du CHU, dont certains vacataires effectuant un roulement dans cette unité et participant au service de garde.

Cette unité de psychiatrie et de psychologie médicale débuta son activité fin Septembre 1979.

L'Histoire ne s'arrêta toutefois pas là, car ce "corps étranger" implanté dans le CHRU se verra confronté à un nouveau problème : celui de l'extension d'un autre service de consultation avec lequel il partageait un couloir et des bureaux et qui demandera plus ou moins implicitement une restructuration des installations donnés au psychiatre. Après maints aléas, la direction de l'Hôpital décidera de mettre le secrétariat des deux spécialités en commun, de partager la salle d'attente et de donner un bureau supplémentaire à ce service.

C'est ainsi que s'établit le fonctionnement du service de psychiatrie à ce jour, service ayant dû faire face à de nombreux problèmes témoignant de toute évidence d'une crainte, voire d'un refus des administratifs et de certains somaticiens dans la présence de psychiatres intramuros.

IV.2. Fonctionnement :

A) Moyens

L'unité est intégrée au Rez-de-Chaussée du CHRU. Elle se compose d'un secrétariat à partir duquel le chef de clinique assistant prend en charge le fonctionnement de cette structure avec un interne nommé tous les 6 mois et une psychologue à vocation plus pédopsychiatrique.

A ces trois postes s'ajoute la présence :

- du chef de service dispensant deux matinées de consultations hebdomadaires,
- de l'agrégé de Pédiopsychiatrie présent, lui, une demi-journée par semaine,
- d'un Psychosomaticien effectuant des consultations spécialisées les vendredi matin, et
- de vacataires qui assurent une fonction hospitalière au sein des Services de Gynécologie, de Médecine Interne et de Neurochirurgie.

Quant à l'unité de Pédopsychiatrie, elle s'est progressivement autonomisée à partir de l'unité d'adulte. Elle fonctionne actuellement avec les Services de Pédiatrie Universitaires, ayant son secteur d'hospitalisation, ses lits pédiatriques et un praticien hospitalier temps-plein.

B) L'organisation :

Nous scinderons l'activité de l'antenne en quatre pôles principaux :

- **L'urgence.** Cette activité est celle pour laquelle le service a été conçu. Tous les appels provenant du service d'accueil du CHRU ou des étages médico-chirurgicaux sont recueillis au secrétariat qui en avertit les médecins. De par le fonctionnement de l'unité, l'activité d'urgence occupe essentiellement toutes les matinées d'une semaine, les appels y étant beaucoup plus fréquents que l'après-midi. Si les médecins temps-plein prennent en charge ces demandes dans la journée, ils sont relayés le soir et les week-end par un service de garde comprenant des spécialistes qui pour la plupart ont exercé une fonction hospitalière et dépendent du service hospitalo-universitaire.
- **Les Consultations d'Etage.** En chiffre, elles représentent l'une des deux activités les plus importantes de l'antenne. Elles intéressent les Médecins présents journalièrement qui reçoivent ou se déplacent afin de voir des malades pour lesquels un rendez-vous a été fixé au préalable. Ces rendez-vous sont importants car dans son exercice, le psychiatre préfère s'entretenir avec un patient dans l'intimité et la discrétion d'un bureau médical plutôt que de le rencontrer dans une chambre où il est rarement seul et où le dialogue est difficile. Ces consultations se déroulent le plus souvent l'après-midi, le matin étant réservé aux visites médicales et aux diverses explorations.

- **Les Consultations externes.** Elles concernent autant les malades revus après leur sortie de l'Hôpital, que les malades suivis au sein même de l'antenne après qu'ils aient été adressés par leur médecin. Cette activité est la plus importante et se charge de "combler" le temps "laissé libre" par les pôles précédents.
- **L'enseignement et la recherche.** Si ces deux axes paraissent dignes d'intérêt, ils sont très insuffisamment développés à ce jour. Hormis quelques enseignements effectués dans le cadre des Urgences mais qui restent ponctuels et la mise en place de protocoles d'étude ; et au vu du potentiel rencontré par le psychiatre de liaison au sein d'un établissement tel que le CHRU, un effort important est nécessaire à réaliser dans cette direction, comme nous l'avons déjà explicité dans le chapitre précédent.

C) Recueil des données :

Pour permettre une évaluation de notre activité et pour nous permettre de regrouper certains éléments cliniques concernant des malades vus à plusieurs reprises à l'antenne de liaison, un recueil de données est nécessaire. Comme malheureusement l'informatisation de l'unité n'est pas encore réalisée, ce recueil s'effectue ainsi : Tout appel, toute demande de consultation est archivée sur un registre. Pour faciliter la tâche de notre secrétaire et dans une optique de demande, une fiche manuscrite est exigée pour toute consultation (importance aussi dans la comptabilisation de notre activité), "bon bleu" explicitant le motif de celle-ci. Après enregistrement, le psychiatre consulté rédige une réponse dont il fait un double, double permettant d'ouvrir un dossier qui sera

classé par ordre alphabétique et rangé au secrétariat. Outre les renseignements médicaux, chaque nouveau malade fait l'objet de l'ouverture d'une fiche sur laquelle sont reportées des données socio-professionnelles.

D) Activité de l'Antenne de Psychiatrie

En reprenant les registres annuels depuis 1979, il apparaît que l'activité de l'Unité de psychiatrie de liaison ne cesse de croître. Depuis le premier dénombrement de 1980, les patients vus dans l'unité passent de 2 792 à 5 199 en 1989, soit le double. Il est évident que parallèlement le nombre de consultations totales effectuées au CHRU s'est accru lui-aussi dans des proportions un peu inférieures.

En détaillant cette activité, nous soulignerons qu'en ce qui concerne les consultations extérieures, le nombre croît annuellement avec en 1989 un pourcentage de 40,3 % du total de l'activité de l'Unité. Ce chiffre est considérable et il traduit un peu plus le fait que travailler dans un établissement universitaire est mieux vécu tant par le malade que le médecin requérant. Ce chiffre est enfin d'autant plus parlant que sur ces 5 dernières années, il n'y a pas de relativisation possible puisque conjointement à cet accroissement de consultations, moins de malades nous sont adressés par les services d'urgence et les services somatiques. Sur ces cinq dernières années, et en nous intéressant principalement aux trois pôles consultatifs, nous notons une diminution (en pourcentage) des appels provenant du service des urgences : 31 % en 1985 contre 23,3 % en 1989 ce qui, en comptabilisant les demandes, donne toutefois

une stabilité de 1 300 malades en 1985 contre 1 209 en 1989. Quant aux services d'Étage (médioco chirurgicaux), l'inflexion est plus marquée : 31,6 % en 1987, contre 23 % en 1989, soit 1 738 malades contre 1 194 l'année dernière. Au vu de l'activité croissante de tous ces services au sein du CHRU, force est de constater que cette décroissance tient soit en la diminution des problèmes psychologiques rencontrés, soit, et c'est ce que nous souhaiterions, à l'impact de notre action auprès de nos confrères, plus à même de prendre en charge eux-mêmes certains malades.

Pour clore ce bref point de vue de nos activités, nous insisterons sur le fait que les médecins demandent plus souvent conseils aux psychiatres que les chirurgiens, ce qui est constant dans la littérature et qu'en extrapolant beaucoup, les deux médecins temps-plein de l'unité ont vu en 1989 : 17 à 18 malades journaliers, ce qui est non négligeable si l'on considère que l'un des deux s'absente fréquemment soit pour suivre un enseignement, soit une formation de recherche, etc...

Comme le soulignait DENIS, être Psychiatre aux Urgences est loin d'être de tout repos et prédispose bien volontiers à l'usure prématurée.

TABLEAU A

Statistiques des Consultations Psychiatriques de 1980 à 1989

Années	Total Consultations	Consultations externes	
1980	2 792	1 244	44%
1981	2 855	1 016	38,4%
1982	2 956	1 137	38,5%
1983	2 947	938	31,7%
1984	3 868	1 449	37,4%
1985	4 300	1 458	33,9%
1986	3 962	1 255	31,7%
1987	5 534	1 801	32,7%
1988	5 677	1 977	34,6%
1989	5 199	2 098	40,3%

TABLEAU B

Détail des activités du Service

Années	Total Consultations	Consultations externes	Urgences	Consultations d'Etage
1985	4 300	33,9%	31%	22,1%
1986	3 962	31,6%	31%	23,4%
1987	5 534	32,6%	25,3%	31,6%
1988	5 677	34,8%	23,2%	30,6%
1989	5 199	40,3%	23,3%	23%

TABLEAU C
*Consultations des Services les
plus demandeurs de 1985 à 1988 (%)*

	1985	1986	1987	1988
Pédiatrie	22,5	25,5	25,3	27
Médecine Interne	32,3	33	18	17,5
Gastro-Entérologie	7	6,5	9	13,1
Neurologie	14	14,7	12	8,3
Chirurgie Générale	7,4	7	6,4	3,7
Rhumatologie	2,5	3,1	5,2	4,6
Réanimation	2,3	3,5	3	1,8
Total Consultations des Services	952	926	1 739	1 737

**ACTIVITES du SERVICE de
PSYCHIATRIE de LIAISON en 1989
DISCUSSION sur le ROLE TENU
par CETTE UNITE et sur la
DEMANDE MEDICALE**

**V - ACTIVITES DU SERVICE DE PSYCHIATRIE
DE LIAISON EN 1989
DISCUSSION SUR LE ROLE TENU PAR CETTE UNITE
ET SUR LA DEMANDE MEDICALE**

V.1. Méthodologie

Le but de cette enquête est de faire le point sur l'activité de notre unité en ce qui concerne ses rapports avec les praticiens du CHRU et les malades hospitalisés et consultants. En pratique, il s'agissait de reprendre l'ensemble des demandes provenant des services Médico-chirurgicaux dits d'Etage et du Service d'accueil des urgences, de janvier 1989 à Décembre 1989 en excluant l'activité pédopsychiatrique ainsi que l'activité des consultations externes pour ne s'intéresser qu'aux appels intramuros.

La finalité de cette étude est d'apprécier quantitativement les demandes nous parvenant ; ainsi que qualitativement, en étudiant les divers avis donnés pour chacune d'entre elles. Ceci nous a permis de définir une population de malades et d'en tracer certaines données épidémiologiques, de définir ce que l'on attendait de nous face à cette population et de décrire nos attitudes, le tout cernant ainsi notre rôle en tant que psychiatre de liaison.

Pour ce faire, nous avons repris l'ensemble des dossiers archivés des malades vus en 1989 en ne comptabilisant que la première consultation

effectuée (certains étant vus à plusieurs reprises durant 12 mois). Pour chacun des consultants étaient retenus :

- le service d'appel
- des données socio-professionnelles : âge, sexe, situation familiale, situation professionnelle,
- les antécédents psychiatriques et surtout la notion de suivi psychiatrique antérieur,
- la demande,
- le diagnostic établi après entretien, avec les difficultés inhérentes à ce genre de recueil car le diagnostic et sa formulation pèchent par manque d'unicité (pas de référence à une classification donnée),
- l'avis émis quant au traitement et l'orientation à donner au malade consultant et l'origine de la symptomatologie.

A ce travail de dépouillement, nous avons associé un questionnaire adressé à chaque temps-plein hospitalier du CHRU, questionnaire dont le but était de recouper ou non les résultats donnés par notre étude initiale.

A) Explicitation du recueil des consultations :

1) Les données épidémiologiques : Chez tous les malades vus en consultation, nous avons retenu l'âge (découpage de 10 en 10 ans), le sexe, la situation familiale (scindée en malades : veufs - divorcés - séparés - célibataires - vivant en famille) et la situation professionnelle (activité professionnelle - inactivité : retraité - chômeur - invalide - en longue maladie).

2) **Les antécédents psychiatriques** : Nous n'avons pu détailler celle-ci car le plus souvent seule la notion : "*a présenté des problèmes psychiatriques*" ou "*a des antécédents psychiatriques*" apparaît. Nous nous sommes donc arrêté à la formulation suivante :

Malade avec ou sans antécédent psychiatrique

Malade ayant été déjà vu ou n'ayant jamais été vu à l'unité de psychiatrie de liaison

3) **La demande** : Celle-ci figure le plus souvent sur le "bon bleu" accompagnant le malade. Quand elle n'y est pas, elle est quasiment toujours reformulée par le psychiatre consulté dans le début de sa réponse ; celui-ci ayant dû joindre le requérant afin qu'il explicite le but de sa demande. Ainsi nous pouvons pour chaque malade retenir le pourquoi de sa consultation.

Sur l'ensemble des dossiers analysés, nous avons retrouvé 44 demandes différentes provenant du service d'accueil et 53 des services d'Etage. Il était donc nécessaire de les regrouper pour en ressortir des entités plus faciles à analyser statistiquement (**Tableau 1**).

Celles-ci se décomposent ainsi, pour les 5 principales :

- **Service d'accueil**

- Conduite à tenir face :
- à une tentative d'autolyse
 - à une ivresse ou aux troubles du comportement induits par l'alcool
 - aux symptomatologies dépressive et anxieuse
 - aux troubles du comportement et agitations

- aux manifestations somatoformes

- **Services d'étage**
 - Conduite à tenir et traitement d'un syndrome dépressif
 - Conduite à tenir et traitement d'un anxiété
 - Conduite à tenir face à des troubles du comportement
 - Conduite à tenir face à un alcoolisme
 - Conduite à tenir face à un syndrome psychoorganique

TABLEAU 1
Classification des DEMANDES

CLASSIFICATION	DEMANDE DES SERVICES
Tentatives d'autolyse	Tentative d'autolyse médicamenteuse par arme à feu par pendaison, ...
Ivresses et troubles du comportement liés à l'alcool	Ivresse - Intoxication alcoolique Oenolisme, etc...
Symptomatologie anxieuse et dépressive	Anxiété - Dépression - Epuisement Suicidaire - Tristesse - Asthénie - Ralentissement - Mélancolie
Agitations et troubles du comportement	Agitation - Blessure - Rixe - Mutilation Troubles du comportement - Mutisme
Manifestations somatoformes	Spasmophilie - Somatisation Hypocondrie anxieuse - Conversion
Syndromes psychoorganiques	Démence - Séropositivité HIV et dépression Psychoorganicité - Sclérose en plaque et caractériopathie, etc... Confusion
Pathologie de registre psychotique	Délire - Automatisme mental Schizophrénie - Hallucinations, etc...

4) **Le diagnostic** : Celui-ci, au travers les divers intervenants de l'unité, n'a pu être ramené à une classification 5 axes telle celle du DSM III_R. Le plus souvent le diagnostic retrouvé l'est sous la forme : dépressivité, dépression grave, dépression névrotique, conversion, hystérique, etc... 52 diagnostics différents sont portés quant aux consultants des Urgences, 69 pour ceux des Etages. Là encore, et de manière très grossière, des regroupements en entités ont été nécessaires pour l'analyse statistique de nos données. Ces entités n'ont sûrement pas la précision des axes du DSM III_R mais elles sont suffisantes pour illustrer le rôle que nous tenons au sein du CHRU. Ainsi seront regroupés sous l'étiquette : troubles de l'humeur ; les dépressions névrotique réactionnelle, d'épuisement, mélancolique et les dépressivité ou deuil pathologique (**Tableau ci-dessous**).

TABLEAU 2
Classification des DIAGNOSTICS

CLASSIFICATION	DIAGNOSTICS PORTES
Troubles de l'humeur	Dépression - Dépression réactionnelle Dépression névrotique - d'épuisement Deuil - Glissement - Mélancolie Psychose maniaco-dépressive - Dépressivité
Alcoolisme et conduite addictive	Alcoolite - Alcoolose - Somalcoolose Alcoolisme secondaire
Pathologie anxieuse et symptômes névrotique	Angoisse - Anxiété - Conversion - Dépendance - Hystérie - Inhibition anxieuse Insomnie d'endormissement - Névrose obsessionnelle - Névrose traumatique Régression - Personnalité névrotique
Syndrome psychoorganique	Confusion - Démence - Korsakoff Psychoorganique - Dépression sur Lupus - Sclérose en plaque
Symptômes et/ou structures } psychotiques	Schizophrénie - Psychose chronique - Psychose - Psychose hallucinatoire chronique - Paranoïa - Parapsychose Hallucination - Délire - Automatisme mental

5) **L'avis** : sera différencié selon les deux groupes de consultants :

• Pour les Urgences, il se résume en :

- *Sortie* ⇨ avec avis médical
- ⇨ contre avis médical

Pour les sorties avec avis médical, une orientation sera donnée quant à un éventuel suivi (Omnipraticien - Spécialiste - Assistante sociale, etc ...)

- *Hospitalisation* ⇨ CHS
- ⇨ CHRU
- ⇨ Clinique psychiatrique

Les admission en CHS pouvant être en :

- ⇨ Soins ouverts
- ⇨ Placement Volontaire (Nouvel HDT)
- ⇨ Placement d'Office (Nouvel HO)

• Pour les Services Médico-chirurgicaux, l'avis lui se décomposera en traitement et recommandations :

- *Par traitement* nous entendons :
 - l'absence ou la prescription d'un psychotrope
 - son équilibre
 - son arrêt
 - la nécessité de transférer le malade en service spécialisé ou de le laisser sortir rapidement
- *Par recommandations* :
 - la nécessité d'un suivi spécialisé ultérieur
 - le recours à une Assistante sociale
 - le placement dans un établissement de moyen ou long séjour
 - le recours à une maison de retraite.

6) **L'origine** enfin sera, elle, exclusivement reportée pour les malades vus aux urgences et se résumera dans les notions de :

- problèmes conjugaux et familiaux
- problèmes professionnels
- problèmes médicaux
- isolement
- deuil.

B) Le questionnaire :

L'objectif visé dans la rédaction de ces dix questions était, d'une part, qu'elles soient de réponses rapides quant à nos interrogations sur nos fonctions dans cette unité de liaison et, d'autre part, d'appréhender une vue très globale de ce que devrait être, pour les somaticiens, un psychiatre travaillant dans un établissement hospitalier général. Dans les deux cas, et théoriquement, ce questionnaire (**Voir en Annexe**) devait recouper la première partie de notre travail et confirmer certaines idées directrices.

V.2. Critique de cette Méthodologie

Cette critique s'articulera autour des notions de quantitatif et de qualitatif en ce qui concerne l'analyse des données.

- **Quantitativement**, il est certain que le nombre de consultants vus à l'unité de liaison et dénombré au secrétariat n'est pas tout à fait exact.

En effet et essentiellement durant les gardes de week-end et les interventions de vacataires dans certains services, quelques consultations ne sont pas répertoriées ou le sont de façon fort incomplète. Leur nombre n'est pas négligeable puisque 192 avis ne seront pas exploitables dans notre travail pour le service d'accueil et 207 pour le service d'étage.

- **Qualitativement**, le problème demeurant essentiel est l'introduction d'un système de classification cohérent. Malgré toutes ses imperfections, le DSM III_R apparaît le plus licite à utiliser actuellement (ZUMBRUNNEN), étant de plus toujours bien perçu par le monde médical car didactique, clinique, voire mathématique.

Bien sûr nombreux seront ceux lui reprochant ses lacunes (pas d'item sur les tentatives d'autolyse ainsi que sur certains syndromes psychoorganiques) mais il a pour lui son universalité et son utilisation dans quasiment toutes les études et recherches cliniques. Il devient donc impératif à notre avis de l'utiliser, plus que la CIM₉ (OMS) qui ne l'est qu'insuffisamment et trop imparfaitement pour être prise en compte dans notre étude. Un autre problème mérite d'être souligné : celui de l'interprétation faite pour certaines demandes quand le

motif de celle-ci est omis ou peu explicite. Quasiment tout le temps, le psychiatre reformule la demande initiale dans sa réponse ; même s'il n'emploie pas scrupuleusement les termes utilisés par les requérants. En pratique l'idée directrice est toujours conservée ; et interpréter "dépression ?" un "*Malade triste et ralenti depuis quelques jours*" obtenus au téléphone ; renvoie à la même interrogation. Le biais est donc minime et l'étude à notre avis garde sa validité.

En ce qui concerne le questionnaire :

Celui-ci peut apparaître simpliste voire déborder le thème du rôle du psychiatre à l'Hôpital Général. Il nous semble toutefois important au travers ces dix questions de mieux comprendre la demande des somaticiens et dans le fond ce qu'ils attendent de nous. Pour cela des données assez générales sur la population de malades qu'ils ont à prendre en charge et qui présentent un trouble psychologique ou psychiatrique patent, donc témoignant d'une certaine décompensation psychique, s'expliquent. De même, des interrogations quant à la place que tient pour eux le psychiatre au sein du monde médical ou que tient le psychisme dans l'éclosion d'une maladie ou sa pérennisation. Les questions 1, 8 et 9 seront celles d'ailleurs posant aux somaticiens le plus d'interrogations et le plus de discussions. (**Voir Annexe**)

V.3. Données générales sur le CHRU de Limoges

Le Centre Hospitalier est un complexe regroupant cinq établissements dont trois sur le même plateau. Il compte 2 364 lits d'hospitalisation, emploie 800 médecins et étudiants, 28 services ayant eu ou ayant des contacts avec notre unité de liaison.

L'activité de ce CHRU est en croissance régulière avec, par exemple, 61 593 admissions et 146 227 consultations en 1987 et en 1989, 65 151 admissions pour 174 000 consultations externes.

V.4. Service de Psychiatrie de liaison et Service d'Accueil des Urgences

Le nombre d'admissions au service d'accueil et d'hospitalisation des Urgences pour la période nous intéressant a été de 23 982 patients (données du service de statistique du CHRU). Ceux-ci se répartissent en trois groupes :

- Les malades vus à l'accueil dans le cadre d'une simple consultation :
11 258, soit 6,5% de l'ensemble des consultations effectuées au CHRU
- Les malades hospitalisés dans les lits d'urgence (occupation de ceux-ci supérieure à 24 h) : 4 615
- Les malades entrés aux Urgences mais hospitalisés directement dans le service auquel ils étaient destinés : 8 109

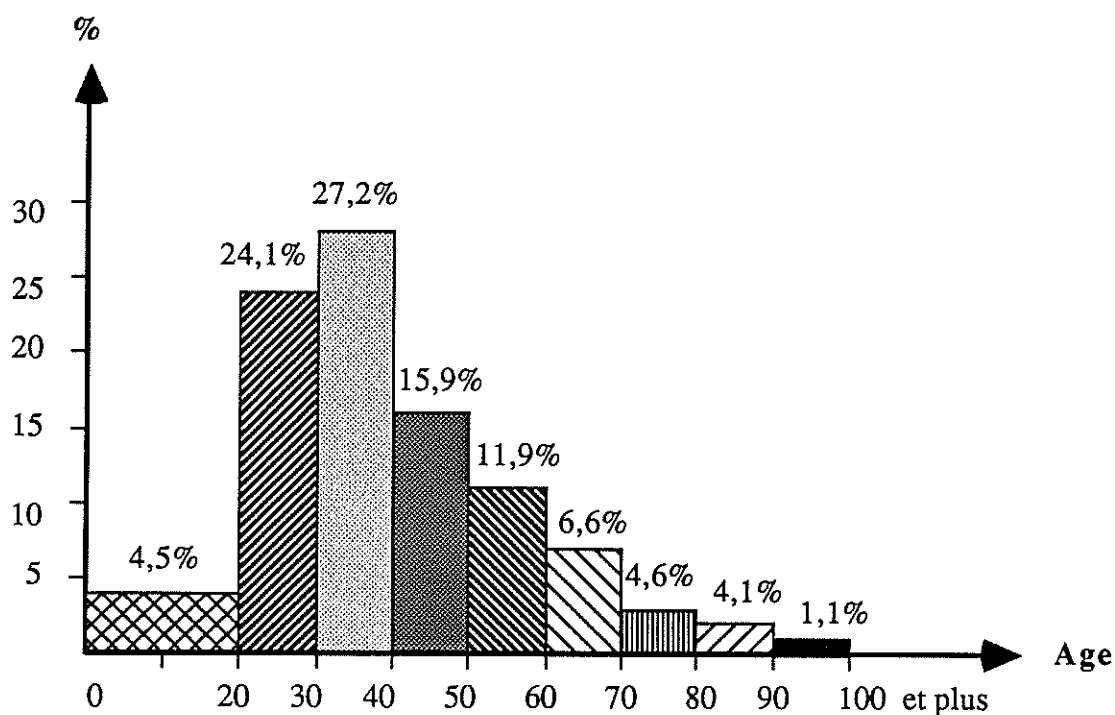
Sauf de très rares exceptions, seuls les deux premiers groupes nous intéressent, soit 15 873 malades.

Durant l'année 1989, nous avons pu exploiter 1 017 consultations, les 192 autres n'offrant pas les renseignements nécessaires pour rentrer dans l'étude. Au total 1 209 malades ont été vus à l'unité de liaison en provenance du service d'urgence, soit 5% de l'activité de celui-ci (1 malade sur 20). En sériant un peu plus cette population, nous remarquerons que le service d'accueil a fait appel à nous dans 300 cas, les autres demandes émanant du service d'hospitalisation des Urgences.

Ceci nous permet d'avancer que 20% des hospitalisés aux Urgences le sont pour un problème psychiatrique soit, en moyenne, 1 malade sur 5, ce qui est considérable puisque correspondant à 18 malades par semaine. L'étude de cette population met en évidence :

- La prédominance du sexe féminin dans un rapport de 6 femmes pour 4 hommes (624/393)
- Un âge moyen de 42 ans (44 ans pour les femmes, 40 ans pour les hommes). Par tranche d'âge, le pourcentage croît régulièrement à partir de 20 ans pour s'infléchir après 40 ans avec une très légère hausse au-delà de 71 ans. (**Tableau 3**).

TABLEAU 3
*Répartition des Consultants par tranches d'âge
au Service des urgences*



- Si nous considérons les antécédents psychiatriques définis exclusivement par une prise en charge psychiatrique antérieure, sans expliciter le type de pathologie présentée, 41% des malades vus sont concernés. Parmi ceux-ci, 3 sur 4 ont été vus une fois ou suivis depuis 1979 par notre unité, ce qui tendrait à prouver une certaine chronicisation des décompensations ou tout du moins une plus grande fragilité de cette population. Pour l'année 1989, 95 des 1 017 consultants seront revus (46 d'entre eux ayant été pris en charge au CHS Esquirol) dans le service, soit 9% (1 malade sur 10).

- Le statut socio-professionnel tel que nous l'avons défini dans notre méthodologie montre que la majorité des malades vus présente des problèmes professionnels (inactivité) et familiaux (isolement) et ce pour 73,6% de notre échantillon.
- Les tentatives d'autolyse sont recensées au nombre de 559 soit la plus fréquente des demandes d'avis (54,6% du Total) ; 516 d'entre elles étant d'origine médicamenteuse. Par ordre décroissant viennent ensuite les problèmes liés à l'alcool (12,3%), les troubles émotionnels et affectifs (10,7%), les troubles du comportement avec agitation (5,9%) enfin les malaises d'origine non déterminée (5,4%). Relevons aussi que les troubles psychotiques n'intéressent que 16 malades sur l'année 1989, soit seulement 1,6% des consultations d'urgence, ce qui est fort peu (**Tableau 4**).
- Cinq grandes catégories de symptômes émergent quant au diagnostic porté, la principale renvoyant à la pathologie dépressive en général : 43% des cas. Loin derrière et avec des statistiques similaires sont retrouvées les conduites addictives, les épisodes psychotiques aigus, la pathologie anxieuse et les symptômes renvoyant à une décompensation névrotique (**Tableau 5**).
- L'avis porté se découpe en hospitalisation en milieu spécialisé et en sortie des urgences avec ou sans suivi psychiatrique.
43,2% des malades seront adressés dans des pavillons psychiatriques (5,2% en Placement Volontaire) ;
50,3% sortant du CHRU (dont 7,5% contre Avis Médical) (**Tableau 6**).
- L'origine de la symptomatologie est supposée dans 69,3% des cas, avec en premier lieu les difficultés familiales pour 35,4% des consultants.

TABLEAU 4
Demandes du Service des Urgences

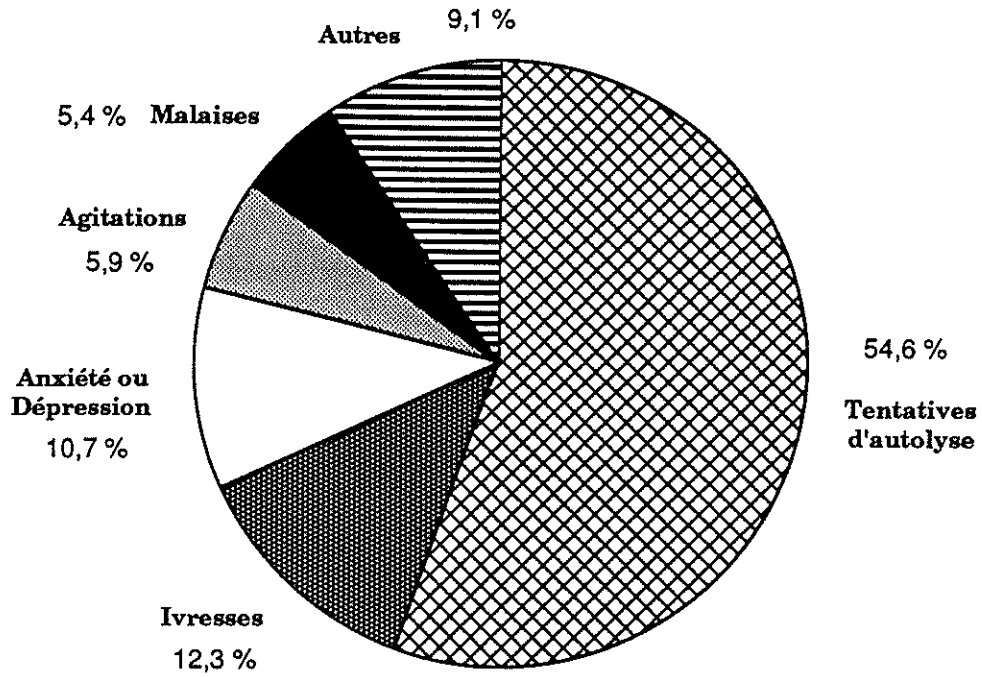


TABLEAU 5
Diagnostics du Service des Urgences

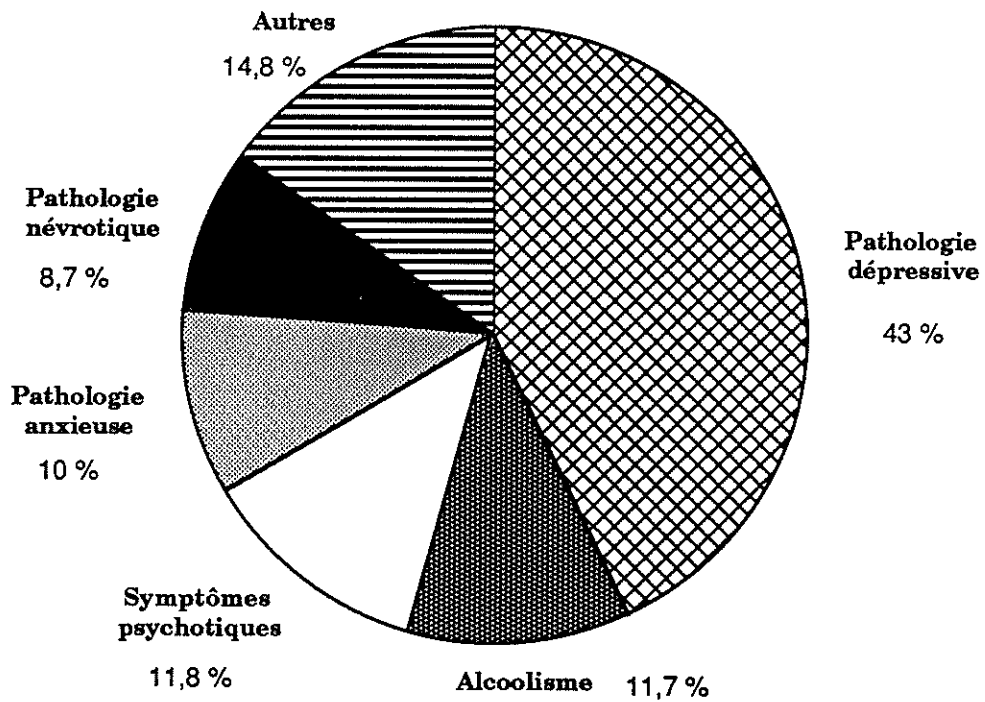
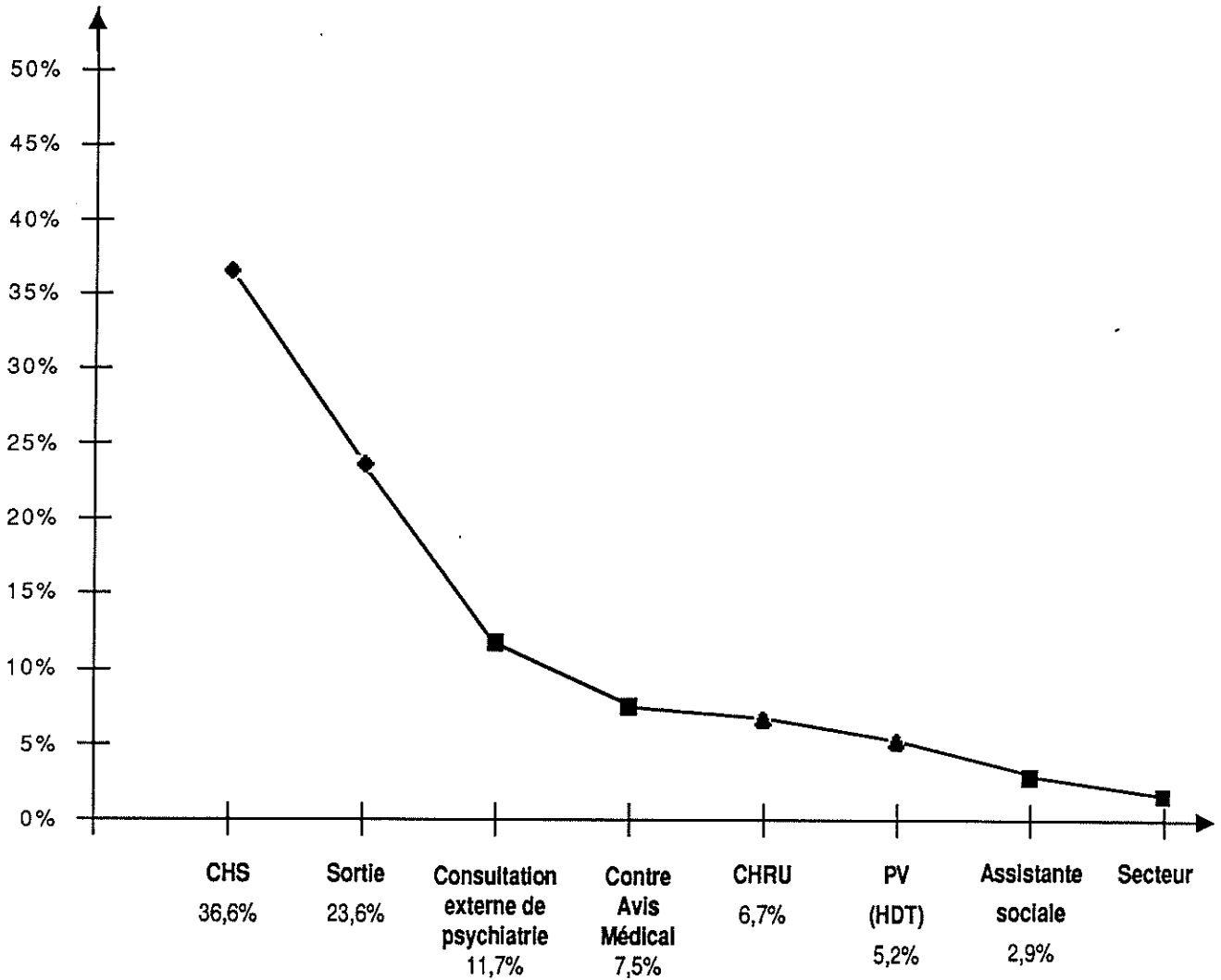


TABLEAU 6
*Orientation des malades vus
au Service d'Urgence*



Ne pouvant tout détailler de cette étude et dans l'optique de notre travail, nous nous sommes attachés à étudier les cinq conduites pratiques les plus fréquemment utilisées face à la demande et aux caractéristiques des malades qui nous ont été montrés, afin d'en cerner certaines particularités pouvant guider nos décisions, donc notre rôle.

- Concernant l'avis : **transfert sur le CHS**, nous remarquons que 47% de la population intéressée par cette mesure a des antécédents psychiatriques, que la grande majorité des malades ont entre 20 et 60 ans, que les diagnostics avancés sont, pour les 3 principaux, les troubles de l'humeur dans 51,5% des cas, les conduites addictives dans 14,4% des cas et la pathologie anxieuse (5,3%). Comparée à la population vue sur l'année 1989 dans l'unité de liaison et adressée par le service d'accueil (population que nous dénommons "générale"), il apparaît que **les antécédents psychiatriques** et la **pathologie dépressive** [χ_2 respectifs 3,8(0,05) et 5,2(0,02)] sont les deux principales caractéristiques significatives guidant cette orientation.

Si l'on se réfère aux antécédents, 77% des malades en possédant ont déjà été vus dans l'unité sur ces 10 dernières années, ce qui laisse présumer que, connaissant en partie l'Histoire du malade et de sa maladie, sa personnalité et son entourage, le psychiatre juge en connaissance de cause le recours à l'admission en CHS.

Quant aux troubles de l'humeur, on remarquera que sur 193 cas, 124 ont été diagnostiqués après une tentative d'autolyse mais qu'aucun facteur

ne ressort de manière significative statistiquement dans l'explication de ce transfert en milieu spécialisé.

Le motif de la demande n'a aucune significativité par rapport à la population de référence, les tentatives d'autolyse (52,2%), les ivresses (14,4%) et les syndromes dépressifs (10,4%) venant en tête.

- Pour l'avis : **Sortie du Service des Urgences** (soit 23,7% du total des avis), l'étude des différents items montre que seuls 75 malades sur 241 vus dans ce cadre ont des antécédents psychiatriques [$\chi_2 = 8,5$ ($\alpha < 0,001$)]. L'âge reste dans les mêmes tranches de 20-60 ans. Plus intéressante est l'étude des situations socio-professionnelles. 102 malades ont un travail (42,3%), ce qui est très significatif statistiquement [$\chi_2 = 4,97$ ($\alpha < 0,002$)]. Le diagnostic fait ressortir la prévalence des états anxieux et des manifestations névrotiques ($\alpha < 0,001$), les motifs d'admission aux Urgences étant là encore dominés par les tentatives d'autolyse (150/241).

Bref, le choix du psychiatre dans cette décision paraît guidé par l'absence d'antécédents psychiatriques, par un entourage socio-professionnel très présent et par des manifestations cliniques qui, au moment de l'examen, font ressortir une pathologie anxieuse ou névrotique.

- Pour l'avis : **Sortie Contre Avis Médical** qui ne représente que 7,5% des avis donnés dans l'unité, plusieurs éléments sont intéressants :
 - d'une part les antécédents ne jouent aucun rôle significatif statistiquement

- d'autre part, l'âge, le statut socio-professionnel n'ont rien de particulier comparés à la population de référence,
- par contre, le motif d'admission est dans 55 des 77 cas une tentative de suicide avec pour origine un conflit le plus souvent familial ($\alpha < 0,001$), entraînant une dépression essentiellement réactionnelle.

Ces malades présentent donc un tableau de dépressivité réactionnelle à un conflit conjugo-familial avec, au paroxysme de la crise une tentative d'autolyse médicamenteuse. L'absence d'antécédent et l'âge plutôt jeune semblent aussi infléchir la décision du psychiatre dans cette situation un peu stéréotypée mais très réelle en pratique.

- Pour l'avis : **Transfert dans un service du CHRU**, nous ferons ressortir que les antécédents sont moindres (27,5% des cas). Pour les 69 malades auxquels s'applique cette décision, l'âge moyen est élevé : 55 ans ($\alpha = 0,001$). Dans cette population agée, le diagnostic le plus significatif est le sous-groupe des syndromes psychoorganiques (confusion, démence, etc...), le motif d'admission étant avant tout un malaise ou une somatisation (34,8% des cas). L'origine supposée du symptôme est organique et ce de manière très significative ($\alpha < 0,001$).

En somme, et confirmant très logiquement notre pratique, les malades admis dans les étages du CHRU sont âgés, donc retraités et présentent une pathologie organique responsable d'un tableau psychiatrique dont les manifestations sont des plaintes somatiques ou des malaises.

• Enfin, pour l'avis : **Placement Volontaire** (HDT depuis), seuls 53 cas (1 par semaine) le nécessiteront. L'étude de cette population ne mettra en évidence de manière significative que la présence d'un tableau psychiatrique particulier :

- Psychose maniaco-dépressive ($\alpha = 0,001$)
- Alcoolisme chronique avec ivresses itératives
- Traductions cliniques d'une structure psychotique (12 cas sur 53 dont principalement des bouffées délirantes ou des délires paranoïaques)

Les autres données n'apportent aucun argument (antécédents, âge, etc...) dans l'avis du psychiatre.

V.5. Service de Liaison et Services Médico-chirurgicaux

En 1989, 1 194 appels auront été répertoriés, 987 étant exploités (les 203 non comptabilisés proviennent le plus souvent des vacataires). 60 536 malades ont été hospitalisés au CHRU (une fois otées les admissions du Service des Urgence). A titre d'exemple, le nombre de malades admis dans les principaux services demandeurs est de :

- 8 085 pour les services de Médecine Interne
- 5 345 pour les services de Chirurgie Générale
- 3 098 pour les services d'Orthopédie et de Traumatologie
- 2 796 pour le service de Cardiologie
- 2 190 pour le service de Gastroentérologie
- 2 184 pour le service de Rhumatologie
- 1 732 pour le service de Neurologie
- 798 pour le service de Néphrologie (dont 179 dialysés).

Cette énumération quelque peu fastidieuse nous permettra toutefois de mieux apprécier la demande émanant de ces unités ; notamment au niveau pourcentage statistique puisque, en moyenne, 2% des malades hospitalisés seront vus par le psychiatre de liaison.

L'étude de cette population générale retrouve :

- Un âge élevé de l'ordre de 58 ans en moyenne (60 pour les femmes, 54 pour les hommes). Les tranches d'âge les plus représentatives numériquement sont celles de 51 à 60 ans (14,7% du total), 61 à 70 (17%) et surtout 71 à 80 et plus (32,8%) (**Tableau 7**).
- Un sexe ratio de 2 hommes pour 3 femmes (1 pour 2 au-delà de 51 ans).
- Une minorité de malades présentant des antécédents (16,5%, soit 163 cas/987).
- Parmi les services demandeurs , les cinq principaux sont par ordre décroissants (et en ne pouvant tenir compte des consultations des vacataires présents en Médecine Interne, Neurochirurgie et Gynécologie) :
 - la Médecine Interne : 250 consultants (25,3% de nos consultations)
 - la Neurologie : 195 " (19,7%)
 - la Chirurgie Générale : 160 " (16,2%)
 - la Gastroentérologie : 143 " (14,4%)
 - la Rhumatologie : 54 " (5,5%)

Les cinq services les moins demandeurs étant, parmi ceux travaillant avec notre unité :

- la Radiothérapie	: 0,7%	(7 malades sur 1989)
- la Néphrologie	: 0,9%	(9 " ")
- la Gynécologie	: 1,9%	(19 " ")
- la Réanimation	: 2,0%	(25 " ")
- la Pneumologie	: 2,7%	(27 " ")

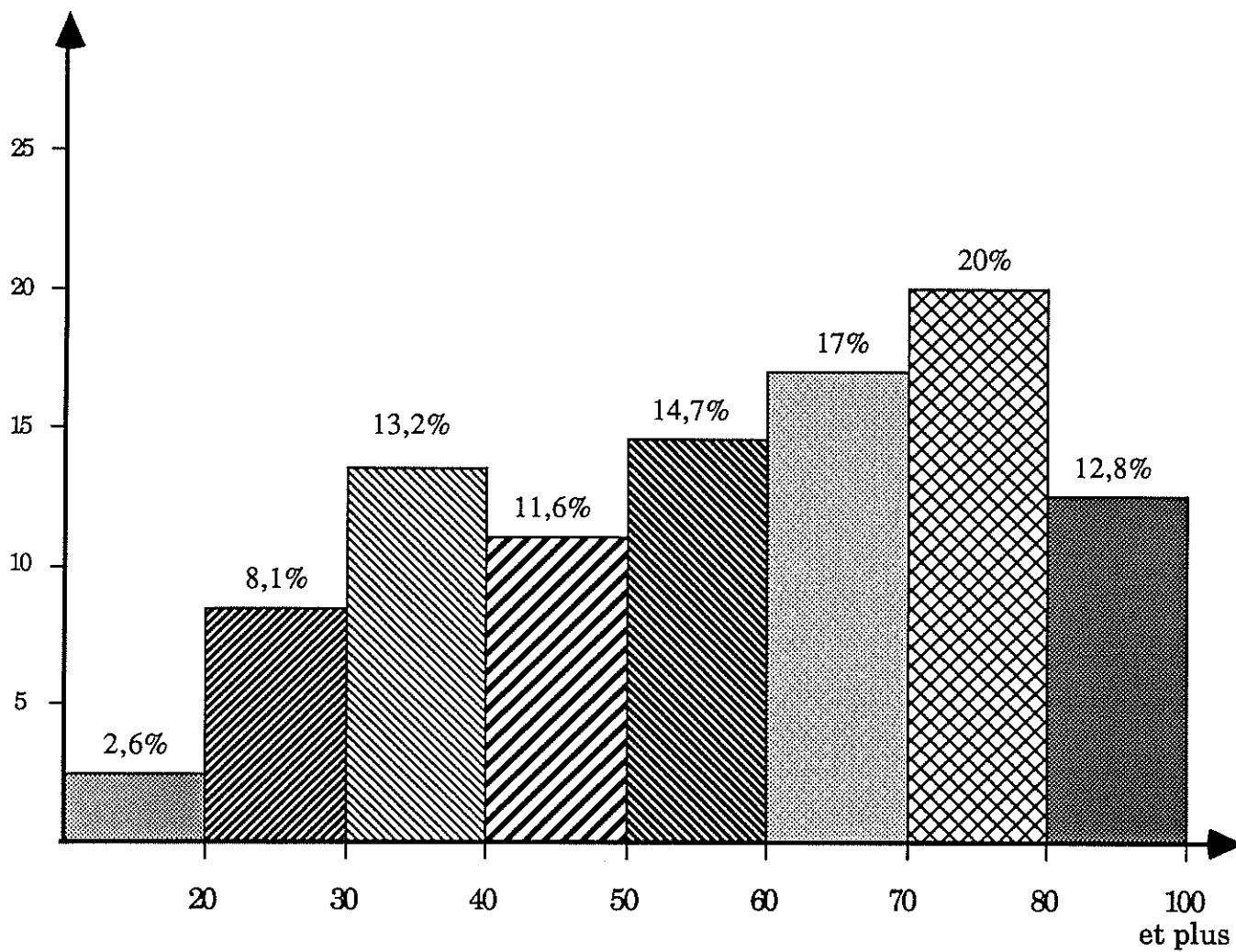
Sur le nombre d'admissions annuelles et pour les cinq principaux services, le recours au psychiatre s'établit donc ainsi :

. Neurologie	: 11% des malades
. Gastroentérologie	: 7,3% des malades
. Médecine Interne	: 3,1% des malades
. Chirurgie générale	: 3% des malades
. Rhumatologie	: 2,5% des malades.

Les services médicaux recourant à nos soins bien plus souvent que les services chirurgicaux dans une proportion de 4 appels sur 5.

TABLEAU 7

*Répartition des Consultants par tranches d'âge
dans les Unités Médico-chirurgicales*



- une demande où prédominent cinq interrogations spécifiques (**Tableau 8**) :
 - Le malade est-il dépressif et quelle conduite tenir ? : 34% des cas
 - Le malade présente-t-il un tableau anxieux ? et que faire ? : 14,5% des cas
 - Quelle conduite tenir face à des troubles du comportement : 12,5% des cas
 - Y a-t-il un lien entre la maladie organique et le tableau psychiatrique présenté ? : 11,4% des cas
 - Que faire face à un alcoolisme avéré, responsable d'altérations physiques ? : 7,9% des cas

Soulignons que la demande de "suivi", pour des patients précédemment rencontrés à l'Unité de liaison et qui nous sont adressés est de 4,5% du total; les interrogations quant à un éventuel transfert sur le CHS étant de 3,1% (31 cas sur 987), les demandes de "placement" explicites de 0,3%, ce qui est fort peu.

- Les diagnostics qui ressortent de nos observations (**Tableau 9**) sont nombreux (69). En les regroupant, les six principaux en pourcentage sont :
 - les syndromes dépressifs : 39%
 - les manifestations anxieuses et névrotiques : 22,6%
 - les syndromes psychoorganiques : 14%
 - l'alcoolisme : 6,7 %
 - les psychoses et leurs traductions cliniques : 5,3%insistons enfin sur :
 - l'absence de diagnostic porté : 4,6% des cas.

TABLEAU 8

Demandes provenant des unités Médico-Chirurgicales

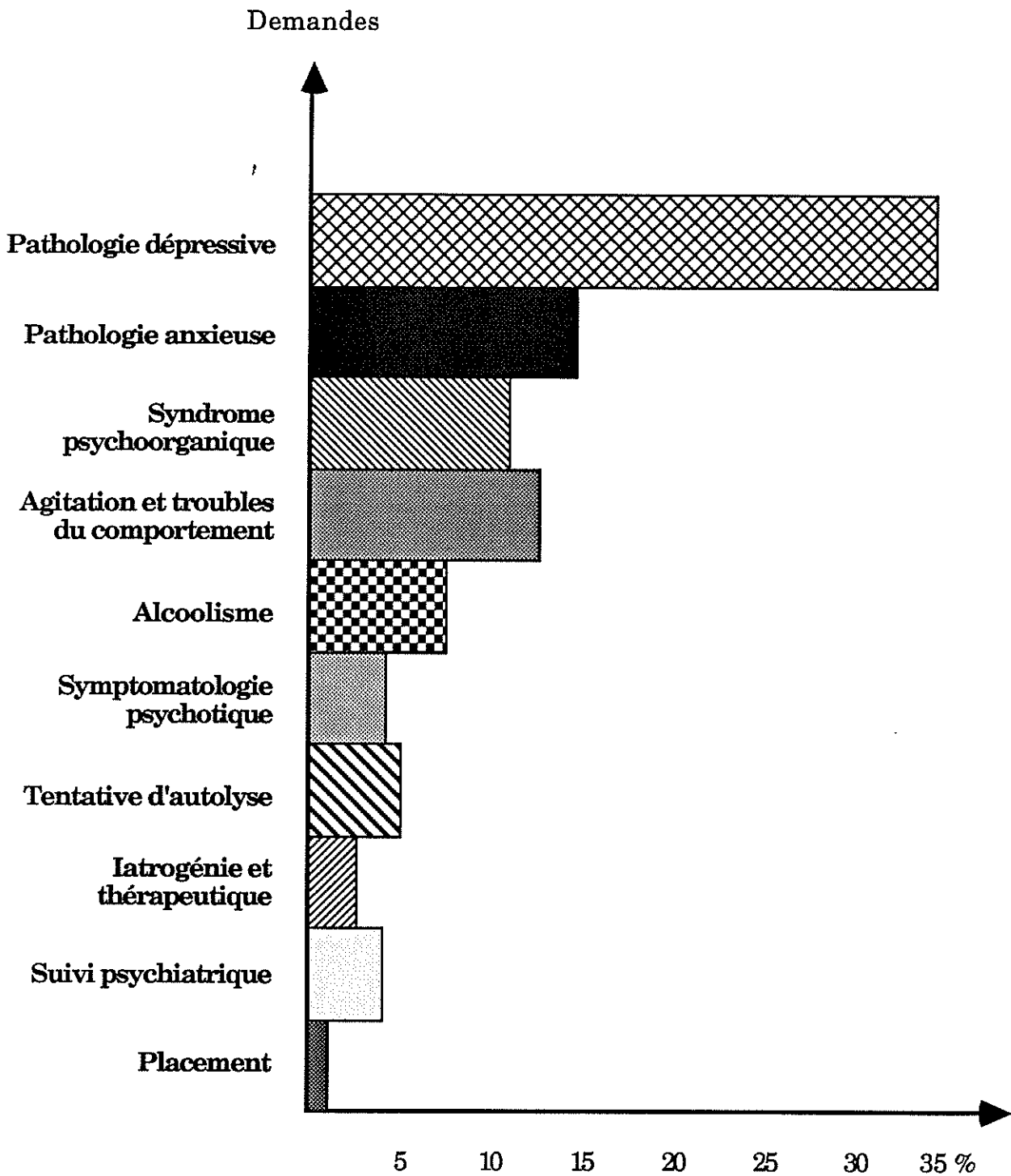
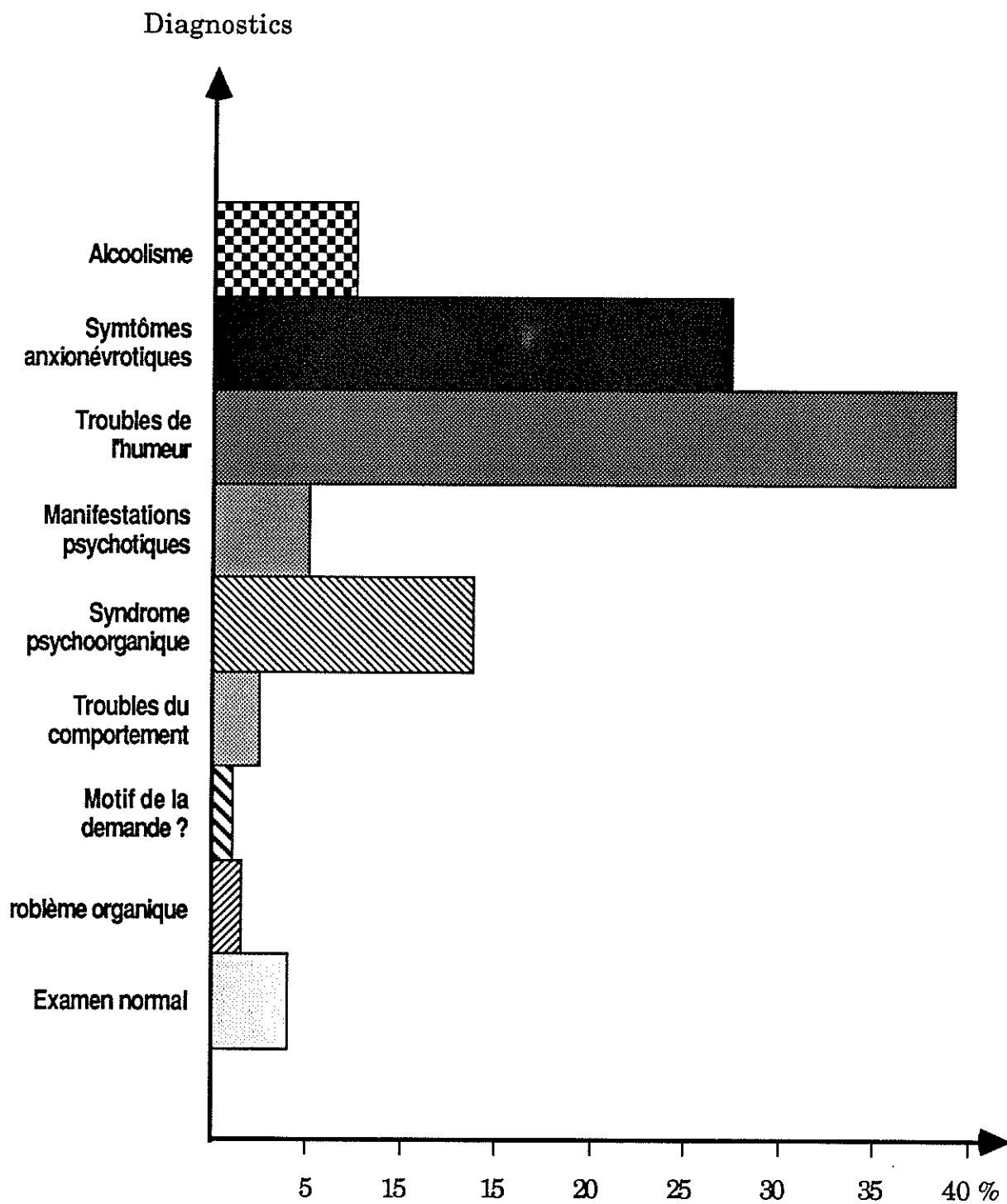


TABLEAU 9

*Diagnostics portés sur les Malades
des Unités Médico-Chirurgicales*



- Enfin, si l'on intéresse aux avis donnés, ils se décomposent en :

- **Avis thérapeutiques** : 6 fois sur 10 un psychotrope est prescrit (en moyenne 4 prescriptions d'antidépresseurs pour 1 de neuroleptique et 1 de benzodiazépine). Une fois sur 10, un bilan médical approfondi est demandé devant la probabilité de l'organicité des symptômes. Enfin, plus de 2 fois sur 10, un traitement est corrigé (augmentation des posologies, diminution, répartition autre, etc...)

- **Recommandations** : Elles sont usuelles pour tout consultant. Nous détaillerons statistiquement les principales qui , dans l'ordre décroissant, sont :

- un suivi souhaitable par un Omnipraticien : 38% des cas
- un suivi par le psychiatre de liaison, tout du moins temporairement : 21,5% des cas
- un transfert sur le CHS après bilan médical complet : 12,5% des cas
- un recours aux Assistantes Sociales pour un problème d'urgence sociale à court terme : 9,5% des cas
- un suivi par un psychiatre libéral : 5,5% des cas

et enfin :

- une prise en charge par le secteur auquel appartient le consultant : 5% des cas.

Afin encore une fois de mieux expliciter notre rôle à travers les demandes des somaticiens, nous avons repris les 4 principaux services demandeurs et nous avons tenté de discerner si ceux-ci avaient une spécificité quant aux malades qu'ils nous adressaient.

Demandes et Avis donnés en Médecine Interne (présence d'un vacataire) (Tableau 10)

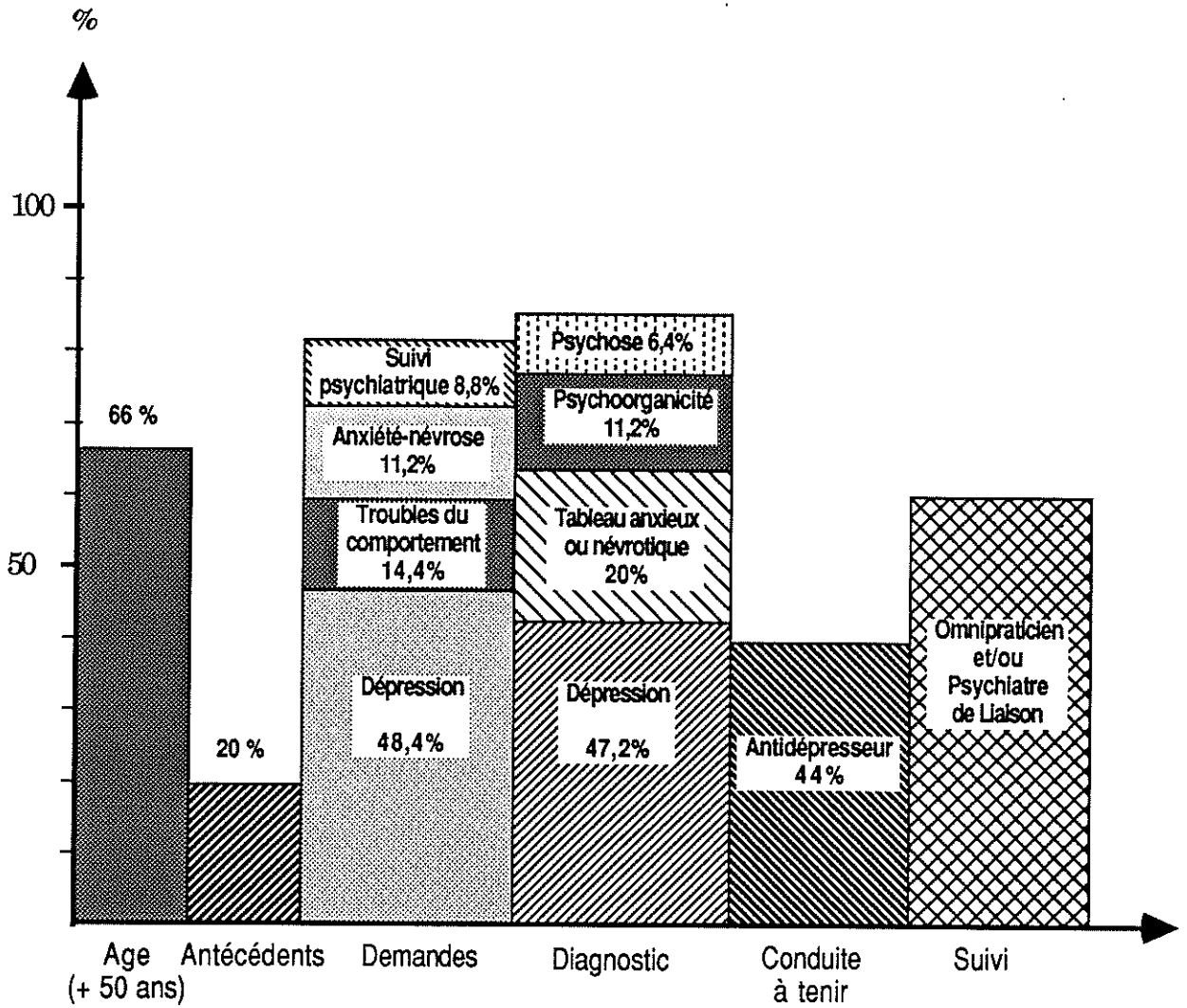
Si l'on étudie ce groupe de 250 malades par rapport à notre population de référence (987 consultants), nous ferons essentiellement ressortir:

- qu'il n'existe pas de variable sociodémographique spécifique (statistiquement) 66% des malades ont plus de 50 ans, 20% ont des antécédents, le sexe ratio étant de 1 homme pour 1 femme,
- que la pathologie rencontrée par le somaticien est la symptomatologie dépressive, et là, de manière fort significative ($\alpha < 0,01$, soit 43,2% des demandes). Ces troubles de l'humeur renvoient fort peu aux conflits familiaux, conjugaux ou professionnels, mais bien plus souvent à la maladie elle-même, ou à l'hospitalisation (9 fois sur 10). Par ailleurs, il paraît probable que de nombreux syndromes psychoorganiques rentrent dans cette demande plutôt que sous leur véritable définition.

Autre point intéressant de ces demandes : le suivi psychiatrique d'ancien malade . Ceci dénote d'une part, que ces malades ont déjà été vus dans ces unités, mais aussi et surtout qu'il existe un retour de l'information

TABLEAU 10

Demandes et Avis donnés en Médecine Interne



(dans cette volonté de suivi qui est la notre). Grossièrement 1 malade sur 3 vus par le psychiatre dans les services de Médecine Interne et nécessitant une prise en charge psychologique sera réadressé dans l'unité .

- Les diagnostics établis par les psychiatres confirment la fréquence des troubles de l'humeur (1 malade sur 2)
- Quant aux thérapeutiques proposées, elles ne font que corroborer les résultats précédents. Les antidépresseurs sont prescrits dans 44% des

cas (χ_2 significatifs) et les recommandations d'usage insistent sur l'importance d'un suivi par l'omnipraticien mais aussi par le psychiatre de liaison (60% des cas).

Au total : les services de Médecine Interne se trouvent confrontés à une pathologie spécifique qui est le syndrome dépressif ; et leur demande et notre rôle est une prise en charge et un suivi global du malade tant d'un point de vue chimiothérapeutique que psychothérapeutique.

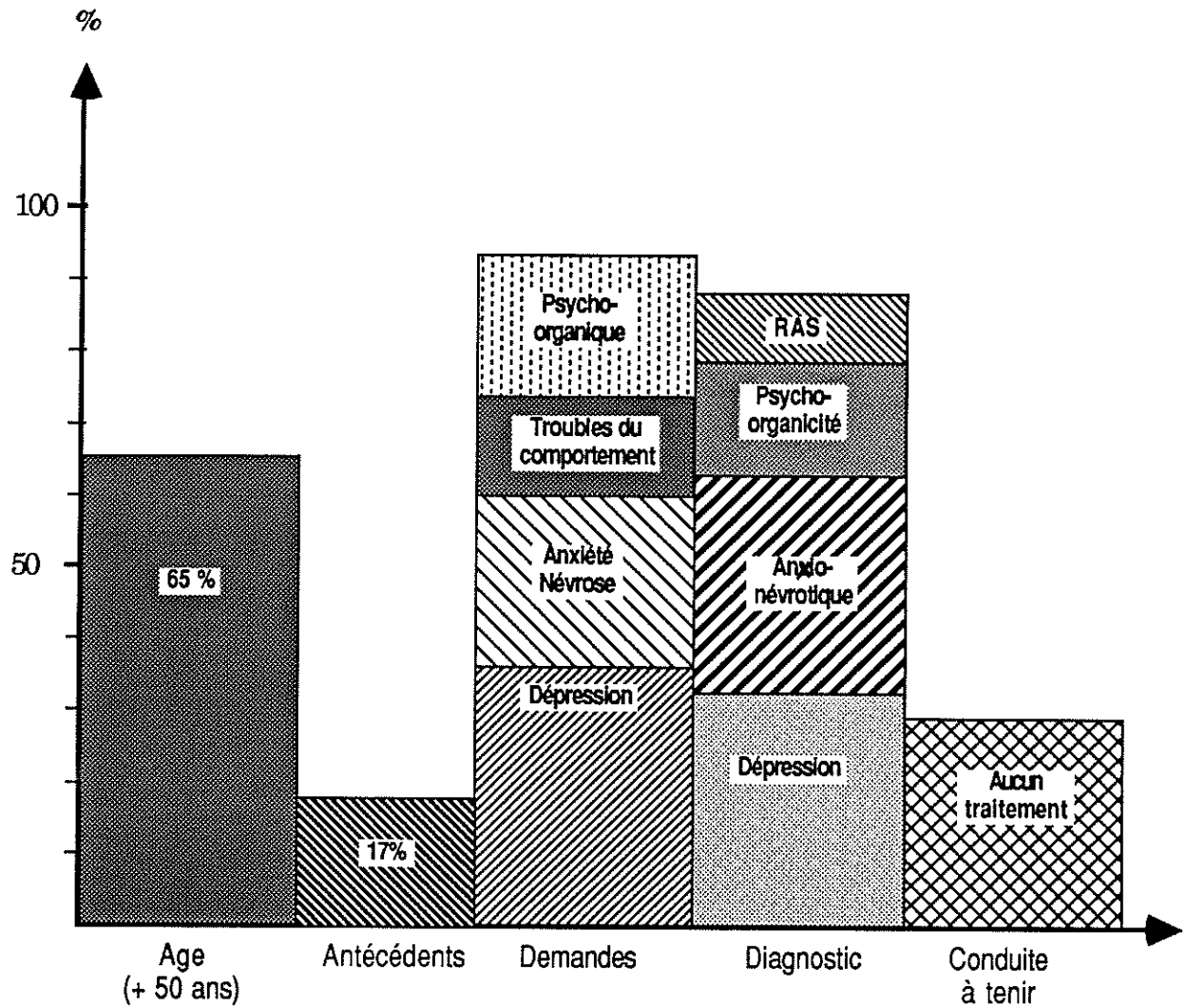
Demandes et Avis donnés en Neurologie (Tableau 11)

Sur les 195 consultants, l'âge moyen est élevé et 65% des malades ont plus de 50 ans. Leurs antécédents sont comparables à la population de référence, seul le sexe ratio variant de 1/2 à 1/3 (1 homme pour 3 femmes)

- l'étude de la demande montre que, si l'avis sur l'existence d'un syndrome dépressif reste le plus retrouvé, il est suivi de fort près par les manifestations anxieuses et les suspicions de conversion hystériques. Ce symptôme conversif est d'ailleurs la particularité des interrogations des neurologues 21 fois sur 195 contre 38 sur 987 pour la population de référence ($\alpha < 0,001$).
L'existence d'une pathologie psychotique est, elle aussi, source significative de demandes d'avis psychiatriques.

TABLEAU 11

Demandes et Avis donnés en Neurologie



- Les diagnostics établis retrouvent plutôt moins de troubles de l'humeur et plutôt plus de manifestations névrotiques ; avec une grande fréquence des structures hystériques décompensées : 26 cas/195 contre 70/987 ($\alpha < 0,01$)
- Quant aux traitements prescrits, ils confortent l'idée avancée précédemment, puisque 30% des malades vus n'auront aucune prescription.

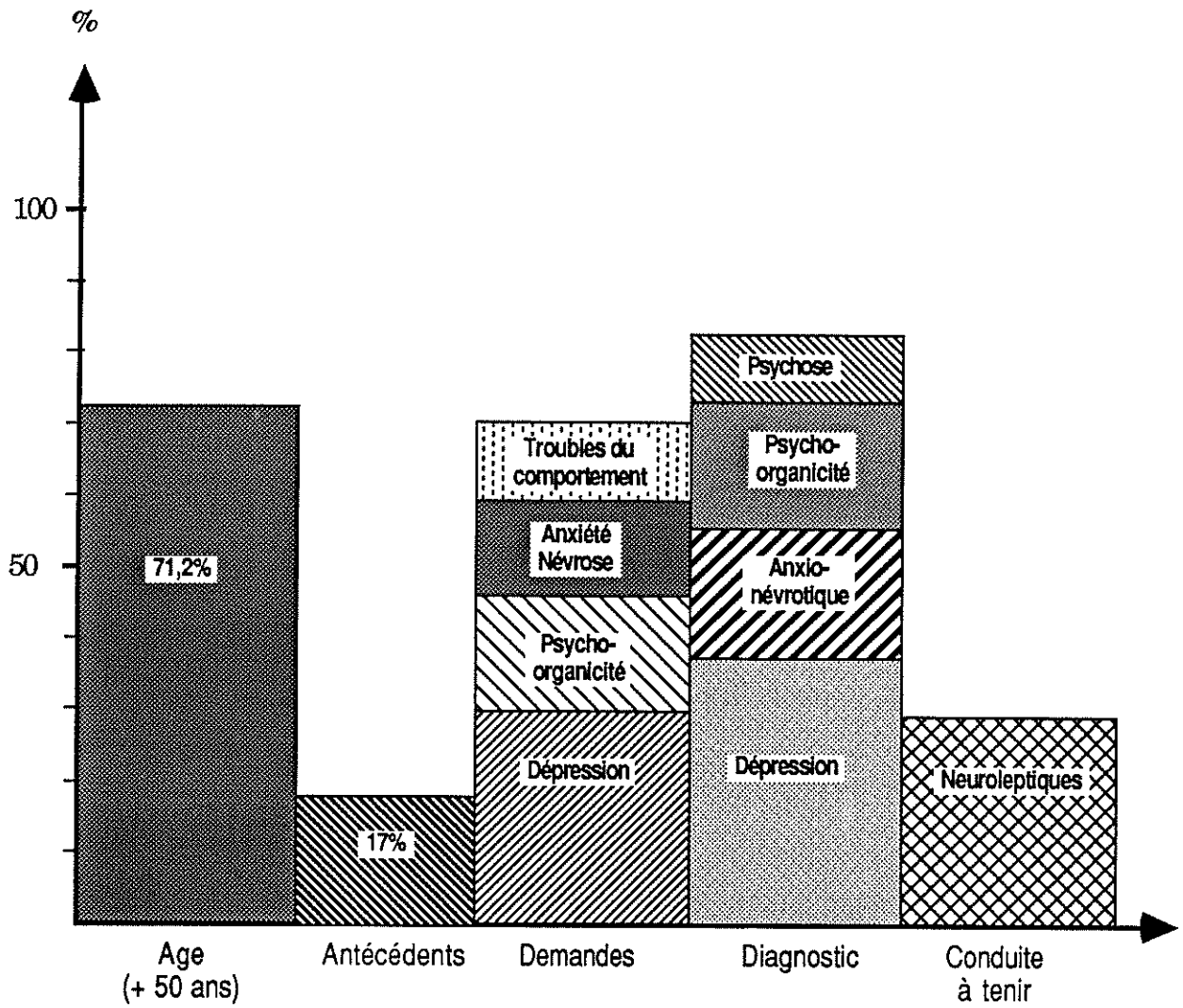
Demandes et Avis donnés en Chirurgie Générale (Tableau 12)

- Sur les 160 malades adressés à l'unité de liaison, il n'existe aucune caractéristique socio-démographique
- La demande principale est, là encore, l'avis du psychiatre sur un éventuel syndrome dépressif. Beaucoup plus significatif par contre, est celle tenant aux syndromes confusionnels et psychoorganiques (15% des demandes de ce service).
- Le diagnostic porté laisse apparaître, au regard de la population de référence, un nombre important de syndromes dépressifs dont la particularité est qu'ils sont réactionnels à une pathologie organique, ceci n'est toutefois pas significatif statistiquement.
- Les thérapeutiques neuroleptiques sont très prescrites (20% des cas) et plus que dans les autres services, ce qui peut s'expliquer par la fréquence des syndromes confusionnels et des agitations en résultant.

Au total et hormis la fréquence du délirium, la demande du service de Chirurgie n'a pas statistiquement d'autres caractéristiques.

TABLEAU 12

Demandes et Avis donnés en Chirurgie Générale



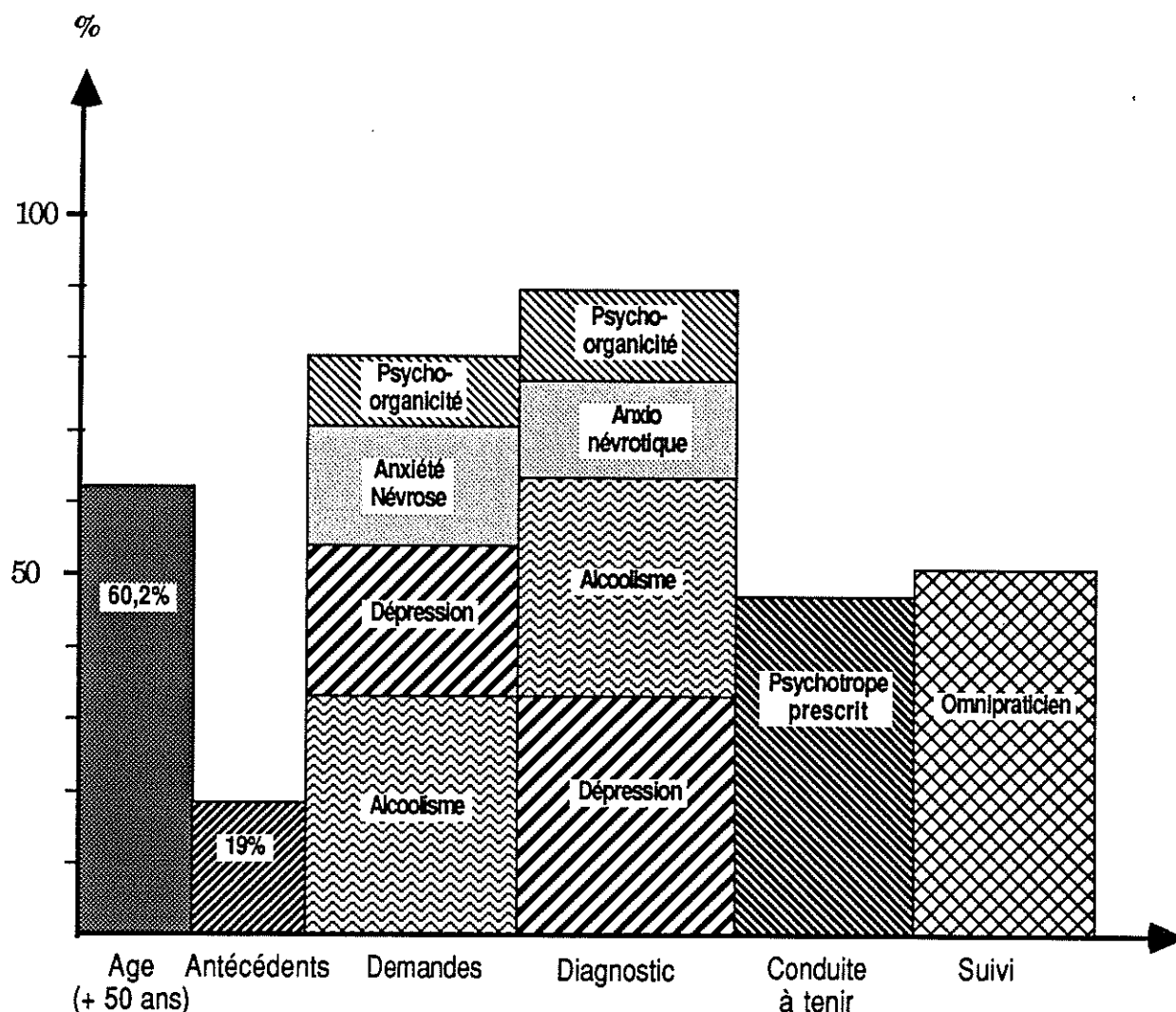
Demandes et Avis donnés en Gastroentérologie (Tableau 13)

- La population étudiée est de 143 malades, malades le plus souvent jeunes par rapport aux 3 précédents services, malades masculins (4 hommes pour 3 femmes) essentiellement.
- La demande très significative ($\alpha < 0,001$) est celle de la conduite à tenir face à un alcoolisme (1 demande sur 3). Soulignons aussi la fréquence relative du suivi d'ancien malade (1 demande sur 10).
- Le diagnostic porté le plus fréquemment est, sans étonnement, celui d'Alcoolisme : 30,1% des cas soit 43 malades sur 143. L'Alcoolite de Fouquet revenant 24 fois contre 19 à l'Alcoolose du même auteur. Les troubles de l'humeur eux, comme dans la population de référence, sont de l'ordre de 33%.
- En s'intéressant aux avis thérapeutiques, la prescription d'un psychotrope est faible (moins de 50% des cas), le recours aux Benzodiazépines et aux neuroleptiques étant minime. L'absence de tout traitement se trouve justifié dans 21,7% des cas, ce qui semble-t-il va de pair avec la faible prescription retrouvée dans l'alcoolisme.
- Quant aux recommandations, elles diffèrent de celles de notre population de référence dans le sens où les malades vus en Gastroentérologie préfèrent fréquemment un suivi par leur omnipraticien (1 fois sur 2) plutôt qu'une prise en charge dans l'unité de liaison.

Nous concluons donc en soulignant que la spécificité de la demande du service de Gastroentérologie est un avis sur une prise en charge : celle des Alcooliques et que le recours au transfert sur le CHS est rare (1 fois sur 10), ce qui va à l'encontre de certaines idées reçues.

TABLEAU 13

Demandes et Avis donnés en Gastroentérologie



V.6. Discussion

Nous centrerons tout d'abord celle-ci sur les résultats précédents, en insistant sur quelques idées principales :

- **La première** est que les deux populations étudiées n'ont rien en commun et ne permettent pas d'analyse mixte.

- *la population du service d'accueil* est plutôt jeune et les chiffres obtenus sont comparables à d'autres études (HARDY - IAHNS) de même que la légère inflexion après 70 ans (FULOP). Les femmes y sont très représentatives (6/10) comme le retrouve CREMNITER et la notion d'instabilité socio-professionnelle et/ou de carences familiales fréquentes. En se référant aux antécédents psychiatriques, les chiffres de notre étude sont corroborés par d'autres enquêtes (CREMNITER 33% ; ADITYANJEE 40%) ; nous en soulignerons essentiellement le fait qu'en 1989, 10% des malades seront vus au moins deux fois (dont la moitié après un séjour en CHS).

- *la population des services médico-chirurgicaux* est plus âgée : 58 ans en moyenne (chiffres similaires pour CHANDARANA, SIROIS et SCHOFIELD) avec un accroissement des appels au psychiatre pour des malades de plus de 70 ans. Là encore, le sexe ratio est de 6/4 (femmes/hommes) avec un rééquilibrage au-delà de 50 ans ; les consultants ayant dans l'ensemble peu d'antécédents psychiatriques (17% seulement) et peu de soucis d'ordre socio-professionnels.

Ainsi, si l'activité d'urgence est une psychiatrie d'adulte, celle des étages est avant tout psychogériatrique.

- **La seconde** est que, considérant ces deux populations, le recours au psychiatre est relativement moins fréquent que dans certaines études. Notre activité couvre 5% de celle du service d'accueil (soit 1 malade sur 5 des hospitalisés de cette unité ; PEIGNE remarquant qu'au moins 10% des urgences tout venant étant psychiatriques) ; et 2% de celles des services d'étage (9% en moyenne aux Etat-Unis, 3% en Grande-Bretagne) (LIPOWSKI, LLOYD). L'explication que l'on peut en donner est avancée par SIROIS : un service fonctionne d'autant mieux qu'il est implanté depuis longtemps dans un Hôpital Général et que son effectif est stable ; ce qui est le cas dans les hôpitaux anglo-saxons, mais non encore pour notre Antenne.

- **La troisième** concerne notre sujet, c'est-à-dire le rôle qui nous est attribué. Il est un fait, c'est que celui-ci est différent dans les deux populations étudiées.

- *Pour le service d'accueil* et au-delà des querelles portant sur la notion de l'existence de l'urgence psychiatrique (NAVELET), il est significatif que le travail du psychiatre 1 fois sur 2 est de démêler l'écheveau proposé par les tentatives de suicide, et que ce que l'on attend de nous est d'être un **décideur** quant à la destinée du malade pris en charge. La décision prise est rarement discutée et ARBUS voit, dans cette réticence à la critique, une crainte de l'aspect médico-légal présenté par ces malades.

- *Pour les services d'étage, et en accord avec PELC, ce que l'on demande au psychiatre c'est un avis tant diagnostique que thérapeutique, moins une prise en charge globale du malade. Notre rôle est celui d'un **Conseiller** plus que d'un **Décideur**. Si l'on nous interroge, c'est pour définir une conduite à tenir ou ne pas tenir, plus que pour décider d'une démarche de soin plus globale. Bref, le psychiatre apparaît plus comme un **Référant psychiatrique** (DE BOUCAUD -LEGER) au travers les consultations qui lui sont proposées.*

- **La quatrième**, elle, intéresse le Rôle que nous nous donnons au travers nos avis et nos réponses aux problèmes soumis. Là encore notre étude, au travers ses résultats, semble discerner les deux populations et les deux types de services demandeurs.

- *Pour le service d'accueil, les chiffres indiquent un fort transfert sur le CHS des malades vus (43,2% des cas). Ces résultats sont très supérieurs à ceux donnés par CREMNITER mais comparables à ceux de HOAREAU pour un service Porte. Les seuls facteurs statistiquement significatifs pouvant expliquer ces admissions en centre spécialisé (1 malade sur 2) sont les antécédents psychiatriques et certaines formes de pathologie (mélancolie - délire). Nous apparaissions donc comme assez **interventionniste**, peut-être trop si l'on s'en réfère aux 46 malades revus aux urgences après une décision d'admission au CHS en 1989. Ceci tient probablement à la personnalité de chacun, l'orientation générale du service, mais surtout semble-t-il à l'impossibilité d'un suivi cohérent à l'unité de liaison ; de par l'absence de lit d'hospitalisation mais aussi de par l'insuffisance en personnel médical. Certes nous sommes d'accord avec certains auteurs pour qui le psychiatre de liaison ne*

peut tout faire et est plus là pour **orienter** un suivi que pour effectuer ce suivi lui-même ; mais dans certains cas, garder un malade 3 ou 4 jours éviterait des transferts intempestifs car se terminant en Sortie Contre Avis Médical des unités psychiatriques.

- *Pour les services d'étages.* Notre rôle de conseiller s'établit sur les avis que nous donnons de deux manières différentes. Outre le diagnostic proposé qui intéresse souvent le requérant dans sa démarche de soins, l'autre versant de notre réponse s'attache à donner une prescription quand elle est nécessaire et à l'accompagner de recommandations afin d'assurer un suivi cohérent. Nous n'insisterons pas sur le fait que certaines unités potentiellement très demandeuses (Hémodialyse, Cancérologie, Radiothérapie, etc...) font peu appel à notre antenne; pour souligner la forte proportion des demandes provenant des services médicaux. Au travers leur demande nous dégageons la fréquence des prescriptions de psychotropes (6/10), prescriptions étant la plupart du temps l'introduction d'un antidépresseur. Autant l'utilisation des sédatifs est banale, autant celle des Thymoanoleptiques reste mesurée. Le psychiatre trouve donc là outre un rôle de **prescripteur**, un rôle d'**enseignant** dans les maniements de telle substance.

Mais le **chimiothérapeute** qu'il devient tient à rester aussi **psychothérapeute**. Ceci transparaît dans le fait que 21% des patients pris en charge se voient proposer un suivi à l'antenne. Beaucoup ne viendront pas, mais cette volonté d'accompagner pendant et après l'hospitalisation un malade témoigne de ce que le psychiatre souhaite garder son **identité de psychiatre**.

Dernier point à souligner : les transferts sur le CHS de malades vus dans les étages sont relativement rares (1 fois sur 8), ce qui correspond en grande partie à la volonté du psychiatre de faire gérer une crise par un service qui garde la responsabilité de son malade plutôt que de l'assister complètement, ce qui n'est pas son rôle !

En regroupant ces quatre idées principales, nous arrivons à la conclusion suivante :

- à l'accueil où les malades qui nous sont montrés sont jeunes, la demande qui nous est formulée renvoie à un rôle de décideur prenant en charge tous les aspects médico-légaux d'une pathologie, d'où un certain interventionnisme dans le transfert de malades sur le CHS et une orientation fréquente vers les spécialistes libéraux ou les omnipraticiens.
- au niveau des services d'étages, à population âgée, la demande qui nous est faite renvoie elle à un rôle de référent et de conseiller, que nous essayons d'être, en tentant de toujours garder notre identité : celle d'un psychiatre n'étant pas uniquement chimiothérapeute, sociothérapeute ou psychothérapeute, mais les trois à la fois si possible.

Ces rôles ainsi définis s'appliquent bien sûr à un type de pathologie préférentielle dont nous voudrions parler avant de clore cette première partie de discussion.

- **Au niveau du service d'Accueil**, et abondant dans les conclusions de PEIGNE, les malades vus présentent peu de décompensations structurelles durables. Les tableaux de psychoses schizophréniques ou autres, et de névroses sont rares (moins de 10% du total)

Au travers les tentatives d'autolyses, les agitations, les alcoolisations, c'est une pathologie de l'adaptation qui transparait. Celle-ci se retrouve dans les diagnostics émis de dépressivité ou de dépression réactionnelle ; symptomatologie toujours liée à un événement existentiel déclenchant et se pérennisant de par un environnement professionnel ou familial défaillant.

La notion de traumatisme psychologique est ici très prégnante et nous insisterons encore sur le fait qu'un transfert sur le CHS de ces malades n'est pas forcément souhaitable surtout si l'unité pouvait se doter de lits spécifiques d'Hospitalisation (ce que tous les auteurs : GUYOTAT, LIPOWSKI, PASNAU jugent nécessaire).

- **Au niveau des services Médico-chirurgicaux**, ce qu'il nous semble important de souligner est l'âge de la population consultante. Comme le dit LEGER depuis longtemps, thème retrouvé aussi chez PEQUIGNOT et MAINPRIZE, cette évolution démographique, qui fait que le pourcentage de plus de 65 ans intéresse 13,3% de la population (20,3% en Haute-Vienne, 25% en Creuse), impose une parfaite connaissance de la gériatrie et de la psychogériatrie. L'agé est souvent malade et les décompensations psychiques fréquentes et redoutables dans leur chronicité. Aussi est-il capital dans toute

prise en charge de personnes âgées, de bien connaître les capacités d'adaptation et les phénomènes psychologiques en découlant ; de bien connaître les variations physiologiques et psychologiques induites par le vieillissement. L'Hôpital Général représente le lieu de choix pour la prévention des déséquilibres psychosociaux ; et par son rôle de conseiller le psychiatre essaiera de faire partager aux autres somaticiens le fait que le vieillard n'est pas seulement un corps malade ou une charge sociale à placer ou déplacer parce qu'une famille ne souhaite le faire, mais un homme à l'affectivité et au fonctionnement comparable aux autres. Ce rôle préventif d'assistance aux personnes âgées et à leur famille apparaît à travers notre étude comme l'un des plus importants que peut avoir un psychiatre de liaison (Psychogériatre de liaison en la circonstance).

La place du questionnaire dans notre enquête était d'affirmer ou d'infirmer les idées précédentes ; idées découlant de notre pratique quotidienne. Nous l'avons, pour ce faire, adressé à 112 Médecins et Chirurgiens temps-plein du CHRU qu'ils soient Chef de clinique, Praticien hospitalier ou Professeur agrégé, chef de service ou non. Le fait de ne point prendre en compte l'avis des internes renvoie à notre volonté de bien circonscrire un pôle d'activité spécialisé ; l'interne changeant de stage tous les 6 mois et n'ayant pas toujours choisi l'option prise par l'unité où il travaille.

Nous avons obtenus dans un délai assez bref de 2 mois : 76 réponses dont 74 exploitables. Cette participation est très significative par rapport aux diverses enquêtes effectuées où l'on estime qu'obtenir 60% de réponses est un bon résultat (68% pour notre questionnaire, soit 7 réponses sur 10). L'analyse des divers résultats, explicités dans le **tableau 14** suivant les dix questions proposées, fait ressortir :

- Qu'en moyenne, les somaticiens estiment entre 0 et 40% le pourcentage de malades admis dans leur unité et présentant une décompensation psychologique ou psychiatrique décelable à l'examen clinique.
- Les symptômes ou syndromes revenant le plus fréquemment dans leur pratique quotidienne sont :
 - l'anxiété sous toutes ses formes (psychique, physique ou comportementale), citée 31 fois comme la plus retrouvée des "décompensations" psychologiques,

- les plaintes somatiques "psychogènes" (hypocondrie, conversion, essentiellement),
- les syndromes dépressifs et enfin,
- les conduites addictives dont l'alcoolisme et ses troubles comportementaux.

A lui seul, le trépied Anxiété - Dépression - Somatisation résume les trois-quarts des expressions cliniques retrouvées

- De prime abord, leur pratique quotidienne les conduit toujours à éliminer une éventuelle organicité avant l'instauration quasi systématique d'un traitement psychotrope leur semblant adapté. Dans ce raisonnement, le psychiatre n'est que rarement contacté en première intention (4 médecins y recourant de prime abord sur les 74 interrogés) confirmant le fait que seule l'urgence, la pérennisation d'un tableau initialement traité ou l'agitation sous toutes ses formes et toutes ses origines, incitent le somaticien à recourir à lui immédiatement.
- Soulignons, fait intéressant, qu'une fois sur trois, l'appel ne sera pas adressé au psychiatre de liaison, mais à un intervenant du CHS se déplaçant (idée que s'en font les somaticiens tout du moins!). Ce point est important et doit nous faire réfléchir, car il témoigne de toute évidence d'une mésinformation dans la plupart des cas des médecins du CHRU. Le tort en revient probablement à notre fonctionnement et au fait qu'il serait erroné de penser qu'être au CHRU suffit à être reconnu comme unité soignante à part entière.

Sans parler de "promotion", il semble souhaitable qu'une meilleure connaissance de notre activité soit apportée par nos soins.

- Le rôle nous étant dévolu confirme tout à fait les idées émises auparavant : le psychiatre de liaison, s'il est reconnu comme médecin à part entière d'une équipe soignante, est avant tout chargé de donner un avis et un traitement (6 fois sur 10 en moyenne) et ce de manière très ponctuelle en tant que consultant (1 fois sur 3). Cet aspect de notre fonction est assez caricatural : nous devons entrer dans un modèle stéréotypé où l'avis psychiatrique côtoie les autres explorations complémentaires et n'est qu'une photographie à un moment donné, d'un malade donné. La dimension psychologique entre peu dans cette optique de raisonnement !

- Pour conclure l'étude de ce questionnaire : les somaticiens discutent peu de la nécessité d'un psychiatre au sein d'un établissement tel le CHRU. Sa présence est indiscutable et indispensable rejoignant le fait que les somaticiens considèrent le psychisme comme jouant un rôle évident dans l'éclosion et la pérennisation d'une pathologie somatique. En ce sens la psychiatrie, pour la grande majorité d'entre eux, est intégrée au monde médical contemporain, même si elle en diffère par certaines originalités.

Pour conclure le développement de ce questionnaire, nous avancerons que de toute évidence, il affirme les résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus dans notre recueil de données en 1989. Le psychiatre au CHRU est avant tout un consultant avec un pouvoir décisionnel exclusif

pour les cas difficiles et de conseiller pour la mise en place d'une thérapeutique. Seul ce rôle nous est dévolu. Les dimensions de psychothérapeute, d'enseignant, de chercheur, ne sont que rarement évoquées et reconnues ; ceci nous semblant très frustrant.

Toutefois, au travers les suggestions émanant de certains, une ouverture est envisageable avec le temps, les contacts et une meilleure connaissance de notre activité et des potentialités que celle-ci peut apporter : Notre présence au sein de staffs médico-chirurgicaux, la création de groupes de parole auprès d'équipes soignantes, la création et l'animation de consultations de psychosomatiques, la prise en charge conjointe de certaines maladies chroniques et l'expansion des greffes d'organes avec les difficultés psychologiques inhérentes à ce type de chirurgie (cardiaque, rénale, hépatique), entrouvrent le porte d'où sortira la dimension psychologique de la relation médecin - maladies - malades, dernière étape, mais étape fondamentale dans la reconnaissance de notre discipline!

TABLEAU 14
Questionnaire

1) A combien estimez-vous le pourcentage de problèmes psychologiques ou psychiatriques rencontrés chez vos malades ? (entourez la numérotation)

1 - (0 - 20 %)	} 21,5 % + 56,5% = 78%
2 - (20 - 40 %)	
3 - (40 - 60 %)	21,5 %
4 - (60 - 80 %)	0,5 %
5 - 80 -100 %)	

2) Quels sont parmi ceux-ci les plus fréquemment observés ?

(Classer les de 1 à 4 en inscrivant votre ordre devant chaque proposition, Exemple : 2 Troubles du comportement)

- Troubles du comportement
- Menaces suicidaires
- ② - Plaintes somatiques psychogènes *15 premières propositions (25 citations)*
(hypocondrie, conversion, etc ...)
- ③ - Syndrome dépressif *10 premières propositions (37)*
- ① - Anxiété *31 premières propositions (46)*
- Délire, hallucinations
- Confusion mentale
- ④ - Alcoolisme et autre toxicomanie *6 premières propositions (17)*

3) Face à cette pathologie, quelle est votre attitude de prime abord ?
(Classer là encore de 1 à 3 les propositions suivantes)

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| ① | - Eliminer un problème organique | 38 premières citations (56) |
| ② | - Mettre en place un traitement | 28 premières citations (38) |
| ③ | - Joindre un psychiatre en première intention | 4 premières citations (26) |
| | - Appeler un psychiatre si le traitement instauré échoue | |
| | - Prendre en charge vous-même ce malade de façon globale | |

4) Quand vous décidez de faire appel au psychiatre, celui-ci est : (soulignez la réponse)

- | | |
|---|--------------|
| - un vacataire du service | 8 % |
| - un attaché | 2 % |
| - un psychologue | 2,5 % |
| - un psychiatre venant du Centre Hospitalier Spécialisé | 19 % |
| - le psychiatre libéral, traitant le malade | 2,5 % |
| - le psychiatre présent journalièrement au CHRU | 66 % |

5) Quel rôle est dévolu à ce psychiatre ?

- | | |
|---|--------------|
| - Transférer un malade au CHS | 0 % |
| - Donner un avis sur des symptômes | } 65% |
| - Traiter ces symptômes | |
| - Suivre le malade en psychothérapie | 2,5 % |
| - Donner un type de prise en charge sans autre indication | 0 % |
- (Exemple : prescrire un antidépresseur)

- Prendre en charge complètement, après l'appel, ce malade (symptômes psychiatriques ou psychologiques) **32,5 %**

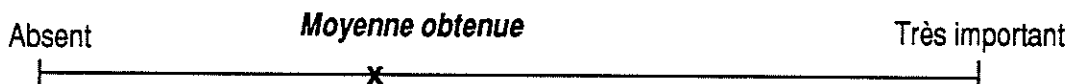
6) Quelle place à l'Hôpital Général, le psychiatre devrait-il tenir à vos yeux ? (une seule chose à souligner)

- celui d'un consultant ponctuel **33,5 %**
- celui d'un vacataire hebdomadaire **15 %**
- celui d'un médecin à part entière de l'équipe soignante **48,5 %**
- celui d'un conseiller psychologique auprès du staff soignant **3 %**

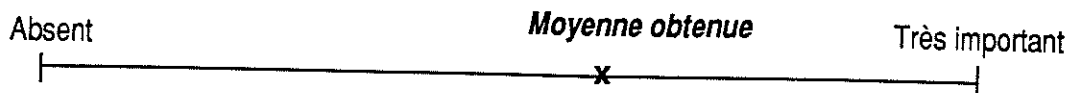
7) Quelles sont, selon vous, les principales fonctions d'un psychiatre à l'Hôpital Général ? (Choisir et classer les trois premières selon votre ordre), celle

- d'un chimiothérapeute **5,5 %**
- d'un psychothérapeute **9,5 %**
- d'un sociothérapeute (prenant en charge l'aspect social d'une pathologie) **-**
- d'un chercheur **-**
- d'un psychosomaticien **4 %**
- d'un médecin avant tout **81 %**

8) Selon vous, et d'une manière générale, quelle peut être l'importance du psychologique dans l'éclosion et la pérennisation d'une maladie organique ? (Mettre une croix sur cette droite)



9) **Quelle est la place de la psychiatrie dans le monde médical contemporain**
(Mettre une croix sur cette droite)



10) **Quelles pourraient être vos suggestions concernant la fonction du psychiatre dans un Hôpital Général ?**

- *un attaché pour une prise en charge spécifique (dialyse, greffe...)*
- *faire partie d'un staff médico-chirurgical*
- *participer à la formation des médecins et des équipes soignantes*
- *être au CHRU avec une équipe psychiatrique*
- *participer à des recherches cliniques communes*

Pourriez-vous indiquer votre fonction ? (Mettre une croix sous celle-ci)

Chef de Service

Praticien Hospitalier

Chef de Clinique

Interne

CONCLUSION

VI - CONCLUSION

Notre étude avait pour but de déterminer le rôle que pouvait ou devait avoir un psychiatre exerçant sa spécialité au sein d'un Hôpital Général ; CHRU en ce qui nous concerne.

Outre le regain d'intérêt pour un tel sujet depuis l'explosion démographique de ce type d'activité –reconnue aux Etats-Unis comme sous-spécialité psychiatrique à part entière au même titre que la pédopsychiatrie– la mise en service et l'expansion d'une unité de psychiatrie médicale et de psychologie au CHRU de Limoges depuis 1979 nous offraient un bon instrument de travail.

Dans un premier temps, nous nous sommes attachés à expliciter l'activité quantitative de celle-ci sur l'année 1989 en montrant des statistiques renforçant l'idée d'une bonne implantation. Une appréciation plus qualitative de nos données a souligné le fait que notre rôle, défini au travers les demandes nous parvenant, était avant tout celui d'un consultant spécialisé au même titre que les autres somaticiens. En résumé, ce que nos confrères attendent de nous appartient à un registre très synchronique : donner un

diagnostic, étayer celui-ci et offrir des possibilités thérapeutiques ; très proche du raisonnement pragmatique médical : signe - diagnostic - traitement. Dans un second temps, nous avons adressé à chaque temps-plein, médecin ou chirurgien, un questionnaire reprenant en gros l'ensemble des données précédentes afin d'obtenir une corrélation affirmant, confirmant ou infirmant notre hypothèse quant à nos fonctions hospitalières. Force est de reconnaître que les résultats obtenus confortaient point par point les grandes lignes déjà retrouvées. Au vu des données théoriques transcrites dans de nombreuses bibliographies, nous espérons qu'à côté de cette dimension médicale de consultant, émergerait celle plus originale, car plus spécifique, de notre profession : la dimension psychologique, et deux autres plus "universitaires" : l'enseignement et la recherche.

Malheureusement, il faut reconnaître que beaucoup de progrès restent encore à réaliser dans cette direction et que de trop nombreuses incompréhensions et mésinformations persistent.

Exercer la psychiatrie à l'Hôpital Général, c'est à notre avis rétablir avant tout la notion de parole, de communications. Pour ce faire, et à la lumière de notre jeune expériences, le temps ne fait pas tout et ce n'est pas dans l'assiduité de notre présence que réside la solution. Cette solution, et comme le soulignent de très nombreux spécialistes, passe inévitablement par l'obtention de lits d'hospitalisation et de personnel.

- **Les lits d'hospitalisation** tout d'abord, car seuls ceux-ci permettraient de prendre en charge globalement des malades difficiles au decours de crise ou d'aléas existentiels. Seuls ces lits nous permettraient d'éviter des décisions hâtives pour certains malades, des transferts inadéquats dans des services spécialisés ou des sorties contre avis médical bien peu satisfaisantes car témoignant d'une démarche psychiatrique incomplète. Seuls ces lits nous permettraient, enfin, de faire participer le médecin responsable de son malade à un programme de soins structurés et débattus, de mieux véhiculer l'idéologie d'une discipline qui, par définition, ne voit pas seulement un malade comme une représentation photographique d'un homme qui à un moment précis présente des symptômes ; mais un homme qui a une histoire, qui vit une autre histoire et qui devra élaborer à l'issue de sa pathologie un futur différent de ce qu'il aurait été sans la survenue de cette maladie.
- **Le personnel** enfin, car au travers les suggestions faites par de nombreux praticiens, il apparaît évident que leurs demandes tournent toutes autour de la présence d'un conseiller-confident psychologique auprès d'eux ou de leur équipe soignante. Comme actuellement il est impossible, malgré la présence de vacataires, que deux médecins puissent prendre sous leur responsabilité d'autres tâches que celles effectuées journalièrement, la participation à des staffs, des groupes de parole devraient déboucher sur une présence accrue de psychiatres même s'il n'est sûrement pas souhaitable que chaque service ait son psychiatre sous peine que celui-ci perde une identité difficilement instaurée au fil des années.

Comme l'ont souligné certains hospitaliers, la Psychiatrie Universitaire n'aurait jamais dû quitter le CHRU où elle a sa place de plein droit. Le pouvoir administratif en a décidé autrement et il y a nécessité à composer avec celui-ci.

Ce thème de travail nous a semblé intéressant car il nous a interpellé sur notre fonctionnement et au travers les résultats, il n'a fait peut-être que traduire l'image que nous véhiculons plus ou moins consciemment aux yeux des somaticiens.

Nous nous posons en tant que Consultant ? Il n'est alors pas étonnant que le rôle qui nous est attribué ne soit que celui d'un consultant ! Beaucoup d'efforts restent à faire et, si le psychiatre a réintégré l'Hôpital Général, il se doit maintenant et dans une seconde étape, de développer l'abord psychologique du médecin, de son malade et de la maladie.

Cela ne sera pas tâche aisée mais avec quelques moyens et l'aide de ses confrères, ceci est réalisable et souhaitable.

Un seul doute pourra cependant entraver cette démarche : La dimension psychologique et humaniste aura-t-elle encore droit de cité au sein de tels établissements ? Si oui, et nous le souhaitons tous, nous en serons alors des porte-paroles convaincus !

BIBLIOGRAPHIE

VII - BIBLIOGRAPHIE

1. ADITYANJEE, D. MOHAN, N. NWIG
"Determinants of emergency room visits for Psychological problems in a general Hospital". The Int. Journ. of Social Psychiatry (1988) Vol. 34, n° 1, 25-30
2. ALBY J.M., FERRERI M.
"Le Psychiatre à l'Hôpital Général". Encycl. Med. Chir. Psychiatrie Paris 1975, 37402 H 10 (10 pages)
3. AVANT Robert F.
"Psychiatric Consultation and referral". medical Clinics of North America (1988) Vol. 72, n° 4, p 929 - 934
4. AYME J.
Discussion du Rapport. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Montréal, 87ème Session, Masson, 1989 p. 204-206
5. AYME J., BOISSICAT E.
"Psychiatrie de liaison et /ou politique de secteur". Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Montréal, 87ème Session, Masson, 1989 p. 299-302
6. BERGERET J.
"La dépression et les états limites". Ed. Payot. Paris, 1984, 354 p.
7. BERGERET J.
"La personnalité normale et pathologique". Dunod, Paris 1985, 333 p.
8. BERTRAND V.
"Psychiatrie de liaison". Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Montréal, 87ème Session, Masson, 1989 p. 208-210
9. BLUMENFIELD Michael
"Subspecialisation in Psychiatry is a Necessity". Psychosomatics, 1988, Vol. 29, n° 2, p 153-154
10. BONNAFE L.
"Histoire de l'Assistance Psychiatrique". Précis de Psychiatrie, Flammarion, 1982, p 419-422

11. BOUCHARLAT J., MAITRE A.
"Modalités d'accueil des urgences psychiatriques dans les CHRU"
Ann. Psychiat. 1987, 2, n° 4, p 400-402
12. BRISSET Ch.
"Les Modèles médicaux et la Psychiatrie". L'évolution Psychiatrique,
1982, Tome 47, n° 2, p 499-520
13. BROWN A., COOPER A.F.
"The impact of a liaison Psychiatry Service on Patterns of Referral in a General Hospital". Brit. Journ. of Psychiatry, 1987, 150, p 83-87
14. CAROLI F.
"Urgences en Psychiatrie". Précis de Psychiatrie, Flammarion, 1982,
p 426-430
15. CHANDARANA C., CONLON P.
"The evaluation of a consultation - liaison service". Gen. Hosp.
Psychiatry, 1988, 10, p 378-381
16. COHEN-COLE Steven, PINCUS Harold, STOUDEMIRE Alan
"Recent research developments in Consultation Liaison Psychiatry"
General Hosp. Psychiatry, 1986, n° 8, p 316-329
17. CREMNITER D., MARSANNE S., THENAULT M.
"Orientation des Urgences psychiatriques en Hôpital Général"
Ann. Médico Psychologique, 1987, Octobre, p 73-79
18. DARBY L., SCHMIDT J.
"Psychiatric consultation in Rheumatology" Can. J. Psychiatry, 1988,
Vol. 33, p 290-293
19. DEBOUCAUD M.
"La Psychiatrie à l'Hôpital Général". L'information Psychiatrique 1988,
n° 8, p 1066-1070
20. DEBOUCAUD M.
"Interventions : "Psychiatrie à l'Hôpital Général"". Congrès de Psychia-
trie et de Neurologie de Langue Française, Montréal, 87ème Session,
Masson, 1989 p. 210-212
21. DE COULON N.
"Consultation psychiatrique et Intervention de crise". Archives Suisses
de Neurologie et de Psychiatrie, 1986, Vol. 137, n° 6, p 77-81

22. DEDMAN Paul
"Liaison Psychiatry : a personal View". Bulletin of the Royal College of Psychiatry, 1987, Vol. 11, p 156-157
23. DEJOURS C., MARTY P.
"Les questions théoriques en psychosomatique". Enc. Medico. Chir. Psychiatrie, Paris, 1980, 37400 C 10
24. DELAHOUSSE J.
"Dimension relationnelle dans la pratique médicale". Psychosomatique, 1987, n° 10, p 26-38
25. DELAHOUSSE J., MILLE C., PEDINIELLI JL.
"La consultation de liaison Psychiatrique face aux problèmes institutionnels de l'Hôpital Général". Psychologie Médicale, 1982, 14, p 2211-2213
26. DENIS J., HAVET J.M., TALGORN L.
"Pratique de l'Urgence psychiatrique". Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Colmar, 1981, p. 57-67
27. DENIS P.
"Desinstitutionnaliser la Médecine, Médicaliser la Psychiatrie ?"
Actualités Psychiatriques, 1987, n° 7, p 11-22
28. DOUTHEAU C.
"La Psychiatrie de liaison dans un Hôpital d'Instruction Militaire"
Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Montréal, 87ème Session, Masson, 1989 p. 313-321
29. DSM III
Manuel diagnostique et Statistique des troubles mentaux. 1983, Masson, 535 p
30. DUBREUCQ JL., DELCROIX D, PARMENTIER B.
"Le Psychiatre de liaison : un "Porte-Parole" à l'Hôpital Général"
Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Montréal, 87ème Session, Masson, 1989 p. 261-265
31. FORSTER Paul
"Working in Consultation Liaison in the USA". Psychiatric Bulletin, 1989, 13, p 123-126
32. FRASER R.M.
"Psychogeriatric Liaison". Bulletin of the Royal College of Psychiatry, 1986, Vol. 10, p 312-314

33. FULOP G., STRAIN J
"Psychiatric Emergencies in the General Hospital". Gen. Hosp. Psychiatry, 1986, n° 8, p 425-431
34. GANGAT A.E., NAIDOO L.R.
"Referral patterns for psychiatric consultation in a large general hospital". S. Afr. Med. Journal, 1987, Vol. 72, p 853-855
35. GARRICK Thomas, STOTLAND Nada
"How to write a psychiatric consultation". Am. J. Psychiatry, 1982, 139, n° 7, p 849-855
36. GLASER Frederick
"Alcohol and drug problems : A challenge to Consultation liaison Psychiatry". Can. J. Psychiatry, 1988, Vol. 33, p 259-263
37. GOBAR Asad, COLLINS James
"Utilisation of a consultation Liaison Psychiatry service in a General Hospital". J. of the National Medical Association, 1985, Vol. 79, n° 5, p 505-508
38. GOODMAN Berney
"Combined Psychiatric - medical imptient units : The Mount Sinai Model" Psychosomatics, 1985, Vol. 26, n° 3, p 179-189
39. GRANT William
"A Psychiatric liaison service for a social services office". Psychiatric Bulletin, 1984, n° 8, p 481-483
40. GUILLIBERT Edmond, GRANGER Bernard
"Psychiatre de liaison : le Concept et la Réalité". Rapport d'Assistance - Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française 1989, Montréal, (3 - 9 juillet)
41. GUYOTAT J.
"Psychiatre de liaison ou Psychologie médicale". Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française 1989, Montréal, (3 - 9 juillet), p 325-329
42. GUYOTAT J.
"Les limites de la politique de Secteur en Psychiatrie". Sectorisation et Prévention en Psychiatrie, ERES, 1987, p 37-47
43. HALES Robert
"The benefits of a Psychiatric Consultation - Liaison Service in a General Hospital". Gen. Hosp. Psychiatry, 1985, Vol. 7, p 214-218

44. HALES Robert, POLLY Shirley
"Psychiatric Consultations in a Military General Hospital". Gen. Hosp. Psychiatry, 1986, n° 8, p 173-182
45. HALES Robert, FINK Paul
"A modest proposal for consultation Liaison Psychiatry in the 1980". Am. J. Psychiatry, 1982, 139, 8, p 1015-1021
46. HARDY P., GOUGOULIS N.
"L'Urgence psychiatrique à l'Hôpital Général et son articulation avec les autres dispositifs de soins". Société Médico-Psychologique, 1987, 6, 775-783
47. HENGEVELD Michiel
"A proposal for standardization of Psychiatry Consultation - Liaison Data". Gen. Hosp. psychiatry, 1988, 10, 410-422
48. HOTZ Jane
"Communicating an effective message". Gen. Hospital Psychiatry, 1987, 9, p 364-367
49. HOUPTE Jeffrey
"Products of Consultation Liaison Psychiatry". Gen. Hospital Psychiatry, 1987, 9, p 350-353
50. HUYSE Trits, STRAIN James, HENGEVELD Michiel
"Interventions in Consultation Liaison Psychiatry". Gen. Hospital Psychiatry, 1988, 10, p 88-101
51. IAHNS J.F.
"Enquête sur l'accueil d'Urgence au CHS de St-Jean-de-Dieu". Névrose, 1989, II, p 27-30
52. ISRAEL L.
"Le médecin face au malade". Dessart Editeur, 1968, 338 p.
53. JEAMMET Ph., REYNAUD M., CONSOLI S.
"Psychologie Médicale". Masson, 1988, 356 p
54. KÆCHLIN Ph.
"Psychothérapie institutionnelle et Hôpital Général". Société Médico-psychologique, 1987, n° 5, p 712-713
55. KOUPERNICK C.
"Médecine, Psychiatrie, entre l'homme de science et les sciences humaines". Confrontations psychiatriques, 1979, n° 17, p 11-25

56. LANGSLEY Donald
"The definition of a Psychiatrist : Eight years latter". Am. J. Psychiatry, 1988, 145, n° 4, p 469-475
57. LEGER J.M., CLEMENT J.P., THERME J.F.
"Y a-t-il identité absolue entre la liaison psychiatrique et l'activité d'un service inséré à l'Hôpital Général ?". Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française 1989, Montréal, (3 - 9 juillet)
58. LEGER J.M., TESSIER J.F., MOUTY M.D.
"Psychopathologie du vieillissement". DOIN, 1989, 253 p.
59. LEON G.
"Competency Issues in Referrals". Psychosomatics, 1988, Vol 29, n° 1, p 140
60. LEVITAN Stephan, KORNFELD Donald
"Clinical and Cost benefits of Liaison Psychiatry". Am. J. Psychiatry, 1981, 138, 6, p 790-793
61. LIPOWSKI Z.J.
"The Interface of Psychiatry on Medecine - Toward Integrated Health Care". Can. J. Psychiatry, 1987, Vol. 32, p 743-748
62. LIPOWSKI Z.J.
"Consultation Liaison Psychiatry: TORONTO". Can. J. Psychiatry, 1988, Vol. 33, n° 4, p 247-248
63. LIPOWSKI Z.J.
"Current Trends in Consultation - Liaison Psychiatry". Can. J. Psychiatry, 1983, Vol. 28, n° 5, p 329-338
64. LIPPERT G.P.
"The Psychiatrist's Role in determining Competency to consent in the General Hospital". Can. J. of Psychiatry, 1988, Vol. 33, n° 4, p 250-259
65. MACCARTHY Edward
"Treatment of the psychiatry Ill Patient in the Medical Bed of a General Hospital". Psych. Clinics of North America, 1985, Vol. 8, n° 3, p 513-526
66. MACDONALD David
"Psychiatric services in General Hospitals". gen. hospital Psychiatry, 1988, 10, p 352-359
67. MAINPRIZE E., RODIN G.
"Geriatric Referrals to a Psychiatric Consultation-Liaison Service". Can. J. of Psychiatry, 1987, Vol. 32, p 5-9

68. MARCUS Stephen
"Factors associated with the use of Psychiatric Consultation in Short-term General Hospital". Psychosomatic Medecine, 1987, n° 49, p 508-522
69. MARIE CARDINE M.
"Le psychiatre de liaison : Discussion et bilan de 20 ans d'expérience lyonnaise". Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française 1989, Montréal, (3 - 9 juillet), p 225-231
70. MARUANI G.
"Une expérience d'antenne psychiatrique en service hospitalier de Médecine Générale". Société Médico Psychiatrique, 1978, n° 6, p 867-878
71. MAYOU Richard
"A British view of Liaison Psychiatry". General Hospital Psychiatry, 1987, n° 9, p 18-24
72. MAYOU R., STUTH E.B.O.
"Hospital Doctor's Managment of Psychological Problems". British Journal of Psychiatry, 1986, 148, p 194-197
73. MAYOU R, HAWTON K.
"Psychiatric Disorder in the General Hospital". British Journal of Psychiatry, 1986, 149, p 172-190
74. MITCHELL A.R.K.
"Participating in primary care". Psychiatric Bulletin, 1989, 13, p135-137
75. MORRIS Philip
"Depressive Disorder Associated with Physical Illness". General Hospital Psychiatry, 1987, Vol. 9, p 324-330
76. NAVELET Cl.
"L'Urgence psychiatrique : l'offre et la demande". Psychanalyse à l'Université. J. 90, p 101-103
77. OCHITILL Herbert, WYNBRANDT G.
"Impatient Service utilisation as a function of referral service". Int'l.J. Psychiatry in Medecine, 1987, Vol. 17, n° 4, p 309-315
78. PABLO Renato, LAMARRE C.J.
"Psychiatric Consultation in a General Hospital". Can. J. Psychiatry, 1988, Vol. 33, p 224-230
79. PASNAU Robert
"Consultation - Liaison Psychiatry". Psychosomatics, 1988, Vol. 29, n° 1, p 4-15

80. PASNAU Robert
"Presidential Address : Psychiatry in Medecine". Am. J. Psychiatry, 1987, Vol. 144, n° 8, p 975-980
81. PASNAU Robert
Currents concepts". Consultation Liaison Psychiatry, UPJOHN, 1982
82. PEIGNE F., HOAREAU J.
"Les Urgences Psychiatriques". EMC Psychiatrie, 1987; 37678 A¹⁰
83. PELC I.
"Les demandes d'interventions psychiatriques à l'Hôpital Général". Psychologie Médicale, 1982, 14, p 2249-2254
84. PELICIER Y.
"Histoire de la Psychiatrie". PUF, 1971, 125 p.
85. PELICIER Y.
"Discussion du rapport de Psychiatrie de Liaison".
Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française 1989, Montréal, (3 - 9 juillet), p 200-201
86. PEQUIGNOT E.
"Que représente la psychiatrie pour un généraliste hospitalier?"
Evolution psychiatrique, 1984, tome 49, n° 3, p 763-771
87. PETITJEAN F., BOULEAU J.M.
"Accueil des Urgences Psychiatriques à l'Hôpital Général". Nervure, 1989, tome II, 5, p 30-34
88. PETITJEAN F., PERRET A.
"Accueil des urgences à l'Hôpital Générale : rupture et continuité".
Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française 1989, Montréal, (3 - 9 juillet), p 231-236
89. PIPET P.
"L'intervention psychiatrique à l'Hôpital Général". Réunion Nationale :
La Psychiatrie à l'Hôpital Général, Toulouse, 19 et 20 Février 1980, Spécia, p 265-266
90. PLANCHE R., PLANCHE F.
"Secteur ou Réseau ? ou la Psychiatrie intégrée dans un CHRU".
Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française 1989, Montréal, (3 - 9 juillet), p 289-298
91. PRIEST R.G.
"Hospital beds for psychiatric Patients". Bulletin of Royal Collège of
Psychiatrists, Nov. 86, Vol. 10, p 322-323

92. RAMSAY D., DEACHMAN M.
"Psychiatric Consultation Services in an Oncology Hospital". Can. J. Psychiatry, May 1988, Vol. 33, p 264-270
93. REYNAUD M.
"Intervention des psychiatres à l'Hôpital Général". L'Information Psychiatrique, Oct. 1988, n° 8, p 1056-1065
94. ROBERT P.
"But et sens de la Clinique psychiatrique". L'Information Psychiatrique, Oct. 1988, n° 8, p 1079-1084
95. RODIN G. CRAVENS J.
"Research in Consultation - Liaison Psychiatry". Can. J. of Psychiatry, May 1988, p 254-258
96. ROSEN David, GREGORY Robert
"Depression in patients referred for Psychiatric Consultation". General Hospital Psychiatry, 1987, 9, p 391-397
97. ROWE Cheryl, BILLING Ronald
"Pitfalls and Pratfalls in Consultation Liaison Psychiatry". Can. J. of psychiatry, May 1988, Vol. 33, p 294-298
98. SALKOWSKI Paul, STORER David
"Psychiatric Morbidity in an accident and Emergency department". British Journal of Psychiatry, 1990, 156, p 483-487
99. SCHOFIELD A., DUAEM M.A.
"Neurologic Referrals to a Psychiatric Consultation-Liaison Service". General Hospital Psychiatry, 1987, 9, p 280-286
100. SCHOFIELD A., DOONAN H.
"Liaison Psychiatry in an Irish Hospital". General Hospital Psychiatry, 1986, 8, p 119-122
101. SCHIMITT L, DEJEAN I.
"La Psychiatrie de liaison et la Médecine de l'Urgence". Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française 1989, Montréal, (3 - 9 juillet), p 237-245
102. SENSKY T.
"The General Hospital Psychiatrist : Too many Tasks and too few Roles". British Journal of psychiatry, 1986, 148, p 151-158

103. SIROIS F., LAPERRIER S.
"Consultations psychiatriques dans un Hôpital Général". Revue Canadienne de Psychiatrie, Oct. 1986, Vol. 31, p 630-635
104. SMALL G.
"Data omitted from Psychiatric Consultation Notes". J. Clin. Psychiatry Août 88, 488, p 307-309
105. SMALL G., FAWZY I.
"Psychiatric Consultation for the medically Ill Elderly in the General Hospital". Psychosomatics, 1988, 29, n° 1, p 94-103
106. STOUDEMIRE Alan, FOGEL Barry
"The Emergence of Medical Psychiatry". Psychocomatics, 1988, 28, n° 2, p 207-213
107. SUMMERGRAD Paul
"Alan Gregg and the rise of General Hospital Psychiatry". General Hospital Psychiatry, 1987, 9, p 439-445
108. TOLLEFSON Gray, GARVEY Michael
"Use of Psychiatric Referral bu family Physicians". Am. Family Physician, 1988, 38, n° 3, p. 127-132
109. TRAPET P., VIGNOLES J.P.
"Psychiatrie de Liaison ou Psychiatrie Liée". Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française 1989, Montréal, p 265-269
110. VEDRINNE J., ELCHARDUS J.M.
"Etat de crise, Urgence et Temporalité". Nervure, 1989, tome II, n° 5, p 24-27
111. WALLEN Jacqueline
"Psychiatric consultations in short term General Hospitals". Arch. Gen. Psychiatry, 1987, Vol. 44, p 163-168
112. WISE Thomas
"Segmenting and Accessing the Market in Consultation". Liaison Psychiatry, 1987; 9, p 354-359
113. ZUMBRUNNEN R.
"Introduction du DSM III dans un service psychiatrique de consultation liaison à l'Hôpital Général". Psychologie Médicale, 1988, 20, 12, p 1855-1858

ANNEXES

QUESTIONNAIRE

1) A combien estimez-vous le pourcentage de problèmes psychologiques ou psychiatriques rencontrés chez vos malades ? (entourez la numérotation)

1 - (0 - 20 %)	} 21,5 %
2 - (20 - 40 %)	
3 - (40 - 60 %)	21,5 %
4 - (60 - 80 %)	1,5 %
5 - 80 -100 %)	

2) Quels sont parmi ceux-ci les plus fréquemment observés ?

(Classer les de 1 à 4 en inscrivant votre ordre devant chaque proposition, Exemple : 2 - Troubles du comportement)

- Troubles du comportement
- Menaces suicidaires
- ② - Plaintes somatiques psychogènes *15 premières propositions (25 citations)*
(hypocondrie, conversion, etc ...)
- ③ - Syndrome dépressif *10 premières propositions (37)*
- ① - Anxiété *31 premières propositions (46)*
- Délire, hallucinations
- Confusion mentale
- ④ - Alcoolisme et autre toxicomanie *6 premières propositions (17)*

3) Face à cette pathologie, quelle est votre attitude de prime abord ?
(Classer là encore de 1 à 3 les propositions suivantes)

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| ① | - Eliminer un problème organique | 8 premières citations (56) |
| ② | - Mettre en place un traitement | 8 premières citations (38) |
| ③ | - Joindre un psychiatre en première intention | 4 premières citations (26) |
| | - Appeler un psychiatre si le traitement instauré échoue | |
| | - Prendre en charge vous-même ce malade de façon globale | |

4) Quand vous décidez de faire appel au psychiatre, celui-ci est : (soulignez la réponse)

- | | |
|---|--------------|
| - un vacataire du service | 8 % |
| - un attaché | 2 % |
| - un psychologue | 2,5 % |
| - un psychiatre venant du Centre Hospitalier Spécialisé | 19 % |
| - le psychiatre libéral, traitant le malade | 2,5 % |
| - le psychiatre présent journalièrement au CHRU | 66 % |

5) Quel rôle est dévolu à ce psychiatre ?

- | | |
|---|--------------|
| - Transférer un malade au CHS | 0 % |
| - Donner un avis sur des symptômes | |
| - Traiter ces symptômes | |
| - Suivre le malade en psychothérapie | 2,5 % |
| - Donner un type de prise en charge sans autre indication | 0 % |

(Exemple : prescrire un antidépresseur)

- Prendre en charge complètement, après l'appel, ce malade **32,5 %**
symptômes psychiatriques ou psychologiques

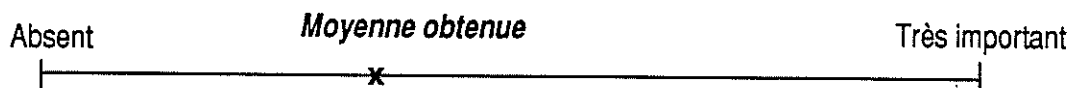
6) Quelle place à l'Hôpital Général, le psychiatre devrait-il tenir à vos yeux ?
(une seule chose à souligner)

- celui d'un consultant ponctuel **33,5 %**
- celui d'un vacataire hebdomadaire **15 %**
- celui d'un médecin à part entière de l'équipe soignante **48,5 %**
- celui d'un conseiller psychologique auprès du staff soignant **3 %**

7) Quelles sont, selon vous, les principales fonctions d'un psychiatre à l'Hôpital Général ?
(Choisir et classer les trois premières selon votre ordre), celle

- d'un chimiothérapeute **5,5 %**
- d'un psychothérapeute **9,5 %**
- d'un sociothérapeute (prenant en charge l'aspect social d'une pathologie) -
- d'un chercheur -
- d'un psychosomaticien **4 %**
- d'un médecin avant tout **81 %**

8) Selon vous, et d'une manière générale, quelle peut être l'importance du psychologique dans l'éclosion et la pérennisation d'une maladie organique ?
(Mettre une croix sur cette droite)



9) **Quelle est la place de la psychiatrie dans le monde médical contemporain**
(Mettre une croix sur cette droite)



10) **Quelles pourraient être vos suggestions concernant la fonction du psychiatre dans un Hôpital Général ?**

- *un attaché pour une prise en charge spécifique (dialyse, greffe...)*
- *faire partie d'un staff médico-chirurgical*
- *participer à la formation des médecins et des équipes soignantes*
- *être au CHRU avec une équipe psychiatrique*
- *participer à des recherches cliniques communes*

Pourriez-vous indiquer votre fonction ? (Mettre une croix sous celle-ci)

Chef de Service

Praticien Hospitalier

Chef de Clinique

Interne

TABLE DES MATIERES

IX - TABLE DES MATIERES

I - INTRODUCTION	p.12
II - PSYCHIATRIE ET MEDECINE	15
II.1. Leurs rapports historiques	15
II.2. Les originalités psychiatriques	19
A) L'abord du malade psychiatrique	19
B) Les notions de - décompensation	20
- souffrance	21
- mort	22
C) La notion de guérison	24
D) Le modèle psychiatrique	25
II.3. Le mouvement psychosomatique ou les prémices du retour	28
II.4. L'émergence du concept de Psychiatre de liaison, ou le retour à l'Hôpital Général	31
II.5. Résonance en France et poids de la sectorisation	33
II.6. Etat actuel de la Psychiatrie l'Hôpital Général en France	36

III - LE PSYCHIATRE A L'HOPITAL GENERAL	40
III.1. Sa place	40
III.2. Son rôle (ou celui qu'il s'attribue)	43
A) Le Psychiatre et l'Urgence	44
B) Le Psychiatre et la Consultation	48
C) Le Psychiatre et la Liaison	50
D) Le Psychiatre et la Recherche	52
E) Le Psychiatre et l'Enseignement	55
III.3. La demande (ou le rôle attribué)	57
III.4. Les rapports avec le pouvoir administratif	61
III.5. Le Psychiatre de liaison face à ses pairs	63
III.6. Le Psychiatre de liaison face aux Médecins Hospitaliers	64
III.7. Perspectives d'avenir	67
IV - L'ANTENNE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MEDICALE DU CHRU DE LIMOGES	69
IV.1. Historique	69

IV.2. Fonctionnement	73
A) Moyens	73
B) L'organisation	74
C) Recueil des données	75
D) Activité de l'Antenne de Psychiatrie	76
V - ACTIVITE DU SERVICE DE PSYCHIATRIE DE LIAISON EN 1989 - DISCUSSION SUR LE ROLE TENU PAR CETTE UNITE ET SUR LA DEMANDE MEDICALE	80
V.1. Méthodologie	80
A) Explicitation du recueil des consultations	81
1. <i>Les données épidémiologiques</i>	81
2. <i>Les antécédents psychiatriques</i>	82
3. <i>La demande</i>	82
4. <i>Le diagnostic</i>	84
5. <i>L'avis</i>	85
6. <i>L'origine</i>	86
B) Le Questionnaire	86
V.2. Critique de la Méthodologie	87
V.3. Données générales sur le CHRU de Limoges	89
V.4. Service de Psychiatrie de liaison et Service d'accueil des Urgences	89

V.5. Service de Psychiatrie de liaison et Services Médico-chirurgicaux	98
V.6. Discussion	114
VI - CONCLUSION	129
VII - BIBLIOGRAPHIE	133
VIII - ANNEXES	143
IX - TABLE DES MATIERES	147

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.