

Sous la direction de
Cédric Lemogne
Pierre Cole, Silla M. Consoli
et Frédéric Limosin

Collection PSYCHIATRIE dirigée par le Professeur **Jean-Pierre OLIÉ**

PSYCHIATRIE DE LIAISON

 *Lavoisier*
Médecine
SCIENCES

PSYCHIATRIE DE LIAISON

Dans la même collection

Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent, par Ph. DUVERGER
Imagerie cérébrale et psychiatrie, par Ph. FOSSATI
Les troubles anxieux, par J.-Ph. BOULENGER ET J.-P. LÉPINE
Les troubles bipolaires, par M.-L. BOURGEOIS, C. GAY, C. HENRY et M. MASSON
Les personnalités pathologiques, par J.-D. GUELFÉ et P. HARDY
Les thymorégulateurs, par H. VERDOUX
Les antipsychotiques, par P. THOMAS
Les antidépresseurs, par E. CORRUBLE
L'autisme : de l'enfance à l'âge adulte, par C. BARTHÉLÉMY et F. BONNET-BRILHAULT
Psychiatrie de l'enfant, par A. DANION-GRILLIAT et C. BURSZTEJN
Pathologies schizophréniques, par J. DALERY, Th. D'AMATO et M. SAOUD
Les états dépressifs, par M. GOUEMAND
Suicides et tentatives de suicide, par Ph. COURTET
Psychiatrie de la personne âgée, par J.-P. CLÉMENT

Dans la collection « Psychiatrie en pratique »

Les phobies scolaires aujourd'hui, par J.-Ph. RAYNAUD et N. CATHELINE

Dans d'autres collections

Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, par P. FERRARI et O. BONNOT
Traité de psychiatrie, par M.G. GELDER
Livre de l'interne en psychiatrie, par J.-P. OLIÉ, Th. GALLARDA et E. DUAUX
Cas clinique en psychiatrie, par H. LOÛ et J.-P. OLIÉ
Psychopharmacologie essentielle, par S.M. STAHL
Psychopharmacologie essentielle : le guide du prescripteur, par S.M. STAHL
Traité d'addictologie, par M. REYNAUD
Addiction au cannabis, par M. REYNAUD et A. BENYAMINA
Addiction à la cocaïne, par L. KARILA et M. REYNAUD
Guide pratique de thérapie cognitive et comportementale dans les troubles liés à l'usage de cocaïne ou de drogues stimulantes, par L. KARILA et M. REYNAUD
Thérapies cognitives et comportementales et addictions, par H. RAHOUI et M. REYNAUD
Psychologie, par D. MYERS

Principes de médecine interne Harrison, par D.L. LONGO, A.S. FAUCI, D.L. KASPER, S.L. HAUSER, J.L. JAMESON ET J. LOSCALZO
Traité de médecine, par L. GUILLEVIN, L. MOUTHON et H. LÉVESQUE
La petite encyclopédie médicale Hamburger, par M. LEPORRIER
Dictionnaire français-anglais/anglais-français des termes médicaux et biologiques et des médicaments, par G.S. HILL
L'anglais médical : *spoken and written medical english*, par C. COUDÉ et X.-F. COUDÉ

Collection Psychiatrie dirigée par le Professeur Jean-Pierre Olié
Professeur de Psychiatrie à l'université Paris-Descartes,
Chef de service à l'hôpital Saint-Anne, Paris

Cédric LEMOGNE, Pierre COLE,
Silla. M. CONSOLI et Frédéric LIMOSIN

PSYCHIATRIE DE LIAISON

 *Lavoisier*
Médecine
SCIENCES

editions.lavoisier.fr

Direction éditoriale : Fabienne Roulleaux

Édition : Béatrice Brottier

Couverture : Isabelle Godenèche

Fabrication : Estelle Perez

Pour plus d'informations sur nos publications :



newsletters.lavoisier.fr/9782257206923

ISBN : 978-2-257-20692-3

© 2018, Lavoisier, Paris

LISTE DES COLLABORATEURS

.....

- AIRAGNES Guillaume, Psychiatre, Addictologue, Praticien hospitalier, centre ambulatoire d'Addictologie, pôle Psychiatrie et Addictologie, hôpital européen Georges-Pompidou, hôpitaux universitaires Paris Ouest, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, France.
- ALLET Guillaume, Psychiatre, Chef de clinique des Universités-Assistant des Hôpitaux, service de Psychiatrie et d'Addictologie de l'adulte, CHU d'Angers, faculté de Médecine d'Angers, France.
- AMAR Gilles, Psychiatre, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, pôle Psychiatrie et Addictologie, hôpital Corentin-Celton, hôpitaux universitaires Paris Ouest, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, France.
- AMROUN Samy, Interne en Chirurgie orale, association Hypnocrate, Nancy, France.
- BACCHETTA Jean-Pierre, Psychiatre, Médecin adjoint suppléant du chef de service de Psychiatrie de l'adulte, département de Santé mentale et Psychiatrie, hôpitaux universitaires de Genève, Suisse.
- BELISSA Émilie, Interne en Pharmacie, Hôpitaux de Paris, faculté de Pharmacie, université Paris Descartes, France.
- BENSOUSSAN Maurice, Psychiatre, chargé de cours à la faculté de Médecine de Toulouse, France.
- BERGERON Nicolas, Psychiatre, Professeur adjoint de clinique, service de Psychiatrie médicale, Centre hospitalier de l'université de Montréal, département de Psychiatrie, faculté de Médecine, université de Montréal, Canada.
- BERNA Fabrice, Psychiatre, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, responsable du centre expert Schizophrénie, pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie, hôpitaux universitaires de Strasbourg ; Inserm U1114, université de Strasbourg, France.
- BERNEY Alexandre, Psychiatre, Psychothérapeute, Professeur de Psychiatrie, Chef du service de Psychiatrie de liaison, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse.
- BESSON Marie, Médecin pharmacologue clinique, Médecin adjoint au chef de service, responsable de l'unité de Psychopharmacologie clinique, service de Pharmacologie et Toxicologie cliniques, hôpitaux universitaires de Genève ; chargée de cours à la faculté de Médecine de Genève, Suisse.
- BONDOLFI Guido, Psychiatre, Professeur de psychiatrie, faculté de Médecine, université de Genève ; Chef du service de Psychiatrie de liaison et d'intervention de crise, département de Santé mentale et Psychiatrie, hôpitaux universitaires de Genève, Suisse.
- BONIN Bernard, Psychiatre, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie universitaire, CHU de Dijon Bourgogne ; laboratoire Psy-DREPI (Psychologie, Dynamiques relationnelles et Processus identitaires), université de Bourgogne-Franche-Comté, Dijon, France.
- BOULANGER Hortense, Psychiatre, Assistant spécialiste des Hôpitaux, centre d'accueil et de crise Ginette-Amado, Troisième Secteur de psychiatrie de l'adulte, centre hospitalier Sainte-Anne, Paris, France.
- BRÉART Marine, Psychologue clinicienne, équipe mobile de crise, unité de Crise et d'Urgences psychiatriques, cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique.
- BRÉDART Anne, Psychologue clinicienne, Docteur en Psychologie médicale, Chargée de recherches, HDR, unité de Psycho-Oncologie, institut Curie ; LPPS EA 4057, institut de Psychologie, université Paris Descartes, Boulogne-Billancourt, France.
- BRUNAUT Paul, Psychiatre, Addictologue, Maître de conférences des Universités, Praticien hospitalier, équipe de liaison et de soins en Addictologie & Clinique psychiatrique universitaire, CHU de Tours ; Inserm U930, université François-Rabelais de Tours, France.
- CAMUS Vincent, Psychiatre, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Clinique psychiatrique universitaire, CHU de Tours ; Inserm U930, université François-Rabelais de Tours, France.
- CANTERO Odile, Psychologue, Centre de recherche en psychologie de la santé, institut de Psychologie, université de Lausanne, Suisse.

- CHAMPAGNE Hélène, Psychiatre, Assistant spécialiste des Hôpitaux, centre hospitalier du Pays d'Aix, Aix-en-Provence, France.
- CHASTAING Myriam, Psychiatre, ancien Praticien hospitalier, ancienne responsable de l'unité de Psychiatrie de liaison, service hospitalo-universitaire de Psychiatrie de l'adulte et de Psychologie médicale, service de Dermatologie, laboratoire « Éthique, professionnalisme et santé » (EA 4686), CHRU de Brest, France.
- CHAUVET-GELINIER Jean-Christophe, Psychiatre, Maître de conférences des Universités, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie universitaire, CHU de Dijon Bourgogne ; laboratoire Psy-DREPI (Psychologie, Dynamiques relationnelles et Processus identitaires), université de Bourgogne-Franche-Comté, Dijon, France.
- CHEVANCE Astrid, Interne en Psychiatrie, Inserm UMR 1153, centre de recherche Inserm « Épidémiologie et Statistique », université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Paris, France.
- CHOCRON Oury, Psychiatre, Chef de clinique adjoint, service de Psychiatrie de liaison, D.P.-Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse.
- CLERGET Anne, Psychiatre, Assistant spécialiste des Hôpitaux, unité fonctionnelle de Psychologie et Psychiatrie de liaison et d'urgence, service de Psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, pôle Psychiatrie et Addictologie, hôpital européen Georges-Pompidou, hôpitaux universitaires Paris Ouest, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, France.
- COLE Pierre, Psychiatre, Chef de clinique, département de Santé mentale et Psychiatrie, hôpitaux universitaires de Genève, Suisse.
- CONSOLI Silla, Psychiatre, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, ancien responsable médical de l'unité fonctionnelle de Psychologie et Psychiatrie de liaison et d'urgence, service de Psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, pôle Psychiatrie et Addictologie, hôpital européen Georges-Pompidou, hôpitaux universitaires Paris Ouest, Assistance publique-Hôpitaux de Paris ; Professeur émérite de Psychiatrie à l'université Paris Descartes, France.
- CONSTANT Éric, Psychiatre, Professeur en Psychiatrie, cliniques universitaires Saint-Luc, IONS, université catholique de Louvain, Belgique.
- COTTENCIN Olivier, Psychiatre, Addictologue, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, responsable du service d'Addictologie du CHU de Lille ; SCA-Lab, unité PSYchiC, CNRS, université de Lille, France.
- D'ANGELO Joseph, Psychiatre, Praticien hospitalier, unité de Psychiatrie de liaison et de Psychologie clinique, CHU de Saint-Étienne, France
- DAUCHY Sarah, Psychiatre, Présidente de la Société française de psycho-oncologie, Chef du département interdisciplinaire de Soins de support, hôpital Gustave-Roussy ; Université Paris-Saclay, Villejuif, France.
- DE PRADIER Marie, Psychiatre, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie et Addictologie, hôpital Louis-Mourier, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Colombes, France.
- DELBROUCK Michel, Médecin généraliste, Psychothérapeute, Directeur de l'Institut de formation et de thérapie pour soignants, Administrateur de l'Institut de prévention du *burn-out*, membre titulaire et Vice-Président de la Société belge de Gestalt, Président de la Fédération belge des psychothérapeutes humanistes FPHE, maître de stage intra- et post-universitaire (UCL, ULB, ULg), Belgique.
- DOLBEAULT Sylvie, Psychiatre, ancien Chef du département interdisciplinaire de Soins de support pour le patient en oncologie, Chef du service Psycho-Oncologie et Social, institut Curie ; université Paris-Saclay, université Paris-Sud, UVSQ, CESP, Inserm, Paris, France.
- DOMENECH Philippe, Psychiatre, Praticien hospitalo-universitaire, pôle de Psychiatrie et d'Addictologie, DHU PePSY, service de Neurochirurgie, hôpitaux universitaires Henri Mondor-Albert Chenevier, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, université Paris Est Créteil, France.
- DUBERTRET Caroline, Psychiatre, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie et Addictologie, hôpital Louis-Mourier, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Colombes, France ; université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité, faculté de Médecine, Paris, France.
- DUBOIS Thomas, Psychiatre, service de Médecine psychosomatique, CHU-université catholique de Louvain-Namur, site Godinne, Belgique.
- FASSE Léonor, Psychologue clinicienne, Docteur en psychologie, Maître de conférences en Psychologie clinique et Psychopathologie, laboratoire Psy-DREPI EA-7458, université de Bourgogne Franche-Comté ; Psychologue clinicienne, unité de Psycho-Oncologie, hôpital Gustave-Roussy, Villejuif, France.

- FEUGA Vincent, Psychiatre, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie de l'adulte et Centre d'étude et de traitement de la douleur, centre hospitalier de Versailles, Le Chesnay, France.
- FLAHAULT Cécile, Psychologue clinicienne, unité fonctionnelle de Psychologie et Psychiatrie de liaison et d'urgence, service de Psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, pôle Psychiatrie et Addictologie, hôpital européen Georges-Pompidou, hôpitaux universitaires Paris Ouest, Assistance publique-Hôpitaux de Paris ; laboratoire de Psychopathologie et Processus de santé (LPPS EA4057), université Paris Descartes, Paris, France.
- FLORES ALVES DOS SANTOS João, Psychiatre, Médecin associé, service de Psychiatrie de liaison et Intervention de crise, département de Santé mentale et Psychiatrie, hôpitaux universitaires de Genève ; Médecin adjoint, filière Urgence/Liaison, Centre neuchâtelois de psychiatrie, Neuchâtel, Suisse.
- GIRARD Élodie, Psychiatre, service de Psychiatrie de liaison et Intervention de crise, département de Psychiatrie et Santé mentale, hôpitaux universitaires de Genève, Suisse.
- GOHIER Bénédicte, Psychiatre, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Chef du service de Psychiatrie et d'Addictologie adulte, CHU d'Angers, faculté de Médecine d'Angers, France.
- GRAS Adrien, Psychiatre, Praticien hospitalier, unité de Consultations spécialisées et de Liaison, service de Psychiatrie I, pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie, hôpitaux universitaires de Strasbourg, France.
- GUITTENY Marie, Psychiatre, Praticien hospitalier, unité de Psychiatrie de liaison, service d'Addictologie et Psychiatrie de liaison, CHU de Nantes, France.
- HUGUET Grégoire, Psychiatre, Ancien Assistant spécialiste, Clinique psychiatrique universitaire, CHU de Tours, France.
- IMBERT Aurore, Psychologue clinicienne, Thérapeute familiale, unité fonctionnelle de Psychologie et Psychiatrie de liaison et d'urgence, service de Psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, pôle Psychiatrie et Addictologie, hôpital européen Georges-Pompidou, hôpitaux universitaires Paris Ouest, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, France.
- JACQUES Denis, Psychiatre, Chef de clinique associé, service de Médecine psychosomatique, CHU-université catholique de Louvain-Namur, site Godinne, Belgique.
- JERMANN Françoise, Psychologue, Psychothérapeute, Docteur en psychologie, service de Psychiatrie de liaison et d'Intervention de crise, département de Santé mentale et Psychiatrie, hôpitaux universitaires de Genève, Suisse.
- JOUSSELME Catherine, Pédopsychiatre, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, université Paris Sud ; Chef du pôle universitaire de la fondation Vallée, Gentilly, France.
- KOENER Béryll, Pédopsychiatre, clinique Saint-Pierre, Ottignies, Belgique.
- KORNREICH Charles, Psychiatre, Chef du service de Psychiatrie, CHU Brugmann, Bruxelles ; chargé de cours à l'université libre de Bruxelles, Belgique.
- LACHAL Jonathan, Pédopsychiatre, Praticien hospitalier universitaire, Maison de Solenn, hôpital Cochin, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, faculté de Médecine, Paris, France.
- LAHLOU-LAFORÊT Khadija, Psychiatre, Praticien hospitalier, unité fonctionnelle de Psychologie et Psychiatrie de liaison et d'urgence, service de Psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, pôle Psychiatrie et Addictologie, hôpital européen Georges-Pompidou, hôpitaux universitaires Paris Ouest, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, France.
- LAMBRECQ Virginie, Neurologue, Praticien attaché, département de Neurophysiologie, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Assistance publique-Hôpitaux de Paris ; Institut du cerveau et de la moelle épinière, université Pierre et Marie Curie, Inserm U1127, CNRS UMR 7225, Paris, France.
- LANVIN Victoria, Psychiatre, Praticien attaché temps plein, unité fonctionnelle de Psychologie et Psychiatrie de liaison et d'urgence, service de Psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, pôle Psychiatrie et Addictologie, hôpital européen Georges-Pompidou, hôpitaux universitaires Paris Ouest, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Paris, France.
- LAURENT Michèle, Pédopsychiatre, clinique Saint-Pierre, Ottignies, Belgique.
- LAVALLÉE Mélanie, Psychiatre, chargée d'enseignement clinique, département de Psychiatrie et de Neurosciences, faculté de Médecine, université Laval, Québec ; Psychiatre en consultation-liaison, M.D., FRCPC, institut universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de Québec affilié à l'université Laval, Québec, Canada.

- LE BOUDEC Anne, Psychologue clinicienne, unité fonctionnelle de Psychologie et Psychiatrie de liaison et d'urgence, service de Psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, pôle Psychiatrie et Addictologie, hôpital européen Georges-Pompidou, hôpitaux universitaires Paris Ouest, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, France.
- LEBEAU Gaële, Psychiatre, Assistant spécialiste des Hôpitaux, unité fonctionnelle de Psychologie et Psychiatrie de liaison et d'urgence, service de Psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, pôle Psychiatrie et Addictologie, hôpital européen Georges-Pompidou, hôpitaux universitaires Paris Ouest, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, France.
- LEMOGNE Cédric, Psychiatre, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, responsable médical de l'unité fonctionnelle de Psychologie et Psychiatrie de liaison et d'urgence, service de Psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, pôle Psychiatrie et Addictologie, hôpital européen Georges-Pompidou, hôpitaux universitaires Paris Ouest, Assistance publique-Hôpitaux de Paris ; Inserm U894, centre Psychiatrie et Neurosciences ; université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, faculté de Médecine, Paris, France.
- LIMOSIN Frédéric, Psychiatre, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Chef du service de Psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, centre ressource régional de Psychiatrie du sujet âgé (CRRPSA) d'Île-de-France, pôle Psychiatrie et Addictologie, hôpital Corentin-Celton, hôpitaux universitaires Paris Ouest, Assistance publique-Hôpitaux de Paris ; Inserm U894, centre Psychiatrie et Neurosciences ; université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, faculté de Médecine, Paris, France.
- MAGDELEINAT Chantal, Psychiatre, Praticien hospitalier, pôle Psychiatrie-Précarité du GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences, centre hospitalier Sainte-Anne, Paris, France.
- MALLET Luc, Psychiatre, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, pôle de Psychiatrie et d'Addictologie, service de Neurochirurgie, Personalized Neurology & Psychiatry University Department, hôpitaux universitaires Henri Mondor-Albert Chenevier, université Paris Est Créteil, France.
- MARION-VEYRON Régis, Psychiatre, Médecin associé, service de Psychiatrie de liaison de la Polyclinique médicale universitaire (PMU) de Lausanne, Suisse.
- MARTINOT Mathilde, Interne en Psychiatrie, pôle Psychiatrie-Précarité du GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences, centre hospitalier Sainte-Anne, Paris, France.
- MASSOUBRE Catherine, Psychiatre, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, unité de Psychiatrie de liaison et de Psychologie clinique, université Jean-Monnet ; CHU de Saint-Étienne, France.
- MASTELLI Dominique, Psychiatre, Praticien hospitalier, unité de Consultations spécialisées et de Liaison, pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie, hôpitaux universitaires de Strasbourg, France.
- MERCUEL Alain, Psychiatre, Président de CME, Chef du pôle Psychiatrie-Précarité du GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences, centre hospitalier Sainte-Anne, Paris, France.
- MORO Marie-Rose, Pédiopsychiatre, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Chef de service de la Maison de Solenn, hôpital Cochin, Assistance publique-Hôpitaux de Paris ; université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, faculté de Médecine, Paris, France.
- NAVARRO Vincent, Neurologue, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, unité d'Épileptologie, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Assistance publique-Hôpitaux de Paris ; Institut du cerveau et de la moelle épinière, université Pierre et Marie Curie, Inserm U1127, CNRS UMR 7225, Paris, France.
- NKOSI MPEMBI Magloire, Psychiatre, Professeur de Psychiatrie et de Psychologie médicale, Chef de service des Urgences psychiatriques et des Consultations externes, Centre neuro-psycho-pathologique (CNPP/UNIKIN), université de Kinshasa, République Démocratique du Congo.
- OTLET Charlotte, Psychologue clinicienne, service de Psychiatrie de l'adulte, cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique.
- PAGET Virginie, Psychologue clinicienne, Docteur en Psychologie, unité fonctionnelle de Psychologie et Psychiatrie de liaison et d'urgence, service de Psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, pôle Psychiatrie et Addictologie, hôpital européen Georges Pompidou, hôpitaux universitaires Paris Ouest, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, France.
- PEIGNARD Philippe, Médecin généraliste, Psychothérapeute, service d'Oto-rhino-laryngologie et Chirurgie cervico-faciale, Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, hôpital européen Georges-Pompidou, hôpitaux universitaires Paris Ouest, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, France.

- PÉLICIER Nicole, Psychiatre, Praticien hospitalier, unité fonctionnelle de Psychologie et Psychiatrie de liaison et d'urgence, service de Psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, pôle Psychiatrie et Addictologie, hôpital européen Georges-Pompidou, hôpitaux universitaires Paris Ouest, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, France.
- PERROUD Alain, Psychiatre, clinique Belmont, Centre de consultations enfants, adolescents et famille (CCEAF) et Centre de consultations nutrition et psychothérapie (CCNP), Genève, Suisse.
- PRÉBOIS Sophie, Psychiatre, Docteur en psychiatrie, Ancien Chef de clinique universitaire-Assistant des Hôpitaux, Praticien hospitalier, service universitaire de Psychiatrie et de Psychologie médicale, CHU Purpan, Toulouse, France.
- PUCHEU-PAILLET Sylvie, Psychologue clinicienne, Docteur en psychologie, université Pierre et Marie Curie, unité fonctionnelle de Psychologie et Psychiatrie de liaison et d'urgence, service de Psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, pôle Psychiatrie et Addictologie, hôpital européen Georges-Pompidou, hôpitaux universitaires Paris Ouest, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, France.
- RADJACK Rahmethnissah, Psychiatre, Praticien hospitalier, responsable de la consultation à la Maison de Solenn et de la Liaison pédopsychiatrique de l'hôpital Cochin ; Thérapeute transculturel.
- RADOYKOV Stéphane, Interne en psychiatrie, association Hypnocrate, Paris, France.
- REYNAERT Christine, Psychiatre, Chef de service associé, service de Médecine psychosomatique, CHU-université catholique de Louvain-Namur, site Godinne, Belgique.
- RIEUTORD Marion, Psychiatre, Praticien attaché temps plein, unité fonctionnelle de Psychologie et Psychiatrie de liaison et d'urgence, service de Psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, pôle Psychiatrie et Addictologie, hôpital européen Georges-Pompidou, hôpitaux universitaires Paris Ouest, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, France.
- ROLLAND Benjamin, Psychiatre, Addictologue, Maître de conférences des Universités, Praticien hospitalier, responsable de l'unité fonctionnelle d'Addictologie de liaison, CHRU de Lille ; département de Pharmacologie médicale, Inserm U1171, université de Lille, France.
- ROTGÉ Jean-Yves, Psychiatre, Maître de conférences des Universités, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie d'adultes, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Institut du cerveau et de la moelle épinière, université Pierre et Marie Curie, Inserm U1127, CNRS UMR 7225, Paris, France.
- SAILLANT Stéphane, Psychiatre, Médecin-chef du centre d'Urgences psychiatriques et Psychiatrie de liaison, département de Psychiatrie adulte, Centre neuchâtelois de psychiatrie de Neuchâtel, Suisse.
- SARAGA Michael, Psychiatre, Médecin associé, Maître d'enseignement et de recherche, service de Psychiatrie de liaison, D.P.-Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse.
- SAUVAGET Anne, Psychiatre, Docteur en Psychologie, Praticien hospitalier, unité de Psychiatrie de liaison, unité de Neuromodulation en psychiatrie, service d'Addictologie et Psychiatrie de liaison, CHU de Nantes, France.
- SCHMITT Laurent, Psychiatre, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Chef du service universitaire de Psychiatrie et de Psychologie médicale des hôpitaux de Toulouse, France.
- SCHUSTER Jean-Pierre, Psychiatre, Médecin associé, service universitaire de Psychiatrie de l'âge avancé, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse.
- SCOTTÉ Florian, Oncologue médical, département Oncologie médicale et Soins de support, hôpital Foch, Suresnes, France.
- SICOT Romain, Psychiatre, Praticien hospitalier, responsable de l'unité de Liaison et d'Urgence de psychiatrie et d'addictologie, hôpitaux universitaires Saint-Louis-Lariboisière-Fernand Widal, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, France.
- SIMIONI Nicolas, Psychiatre, Addictologue, fondation Phénix, responsable du centre Phénix Plainpalais, Genève, Suisse.
- SMADJA Julien, Psychiatre, clinique géro-psychoiatrique de Rochebrune, Garches, France.
- SPADONE Christian, Psychiatre, Praticien hospitalier, hôpitaux universitaires Saint-Louis-Lariboisière-Fernand Widal, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, France.
- STREULI Isabelle, Gynécologue, unité de Médecine de la reproduction et Endocrinologie gynécologique, hôpitaux universitaires de Genève, Suisse.

- TEBEKA Sarah, Psychiatre, Chef de clinique des Universités-Assistant des Hôpitaux, service de Psychiatrie et Addictologie, hôpital Louis-Mourier, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Colombes ; université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité, faculté de Médecine, Paris, France.
- THAUVIN Isabelle, Psychiatre, Praticien hospitalier, unité fonctionnelle de Psychologie et Psychiatrie de liaison et d'urgence, service de Psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, pôle Psychiatrie et Addictologie, hôpital européen Georges-Pompidou, hôpitaux universitaires Paris Ouest, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, France.
- THEUNISSEN Sébastien, Psychiatre, cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique.
- TOMA Simona, Psychologue clinicienne, service de Psychiatrie de liaison et d'Intervention de crise, département de Santé mentale et de Psychiatrie, hôpitaux universitaires de Genève, Suisse.
- TRÄGER Stéphanie, Oncologue médical, service d'Oncologie, clinique de l'Estrée, Stains, France.
- TZARTZAS Konstantinos, Psychiatre, Chef de clinique, service de Psychiatrie de liaison de la Policlinique médicale universitaire (PMU) de Lausanne, Suisse.
- UNTAS Aurélie, Psychologue clinicienne, Professeur des Universités en psychologie clinique, psychopathologie et santé, laboratoire de Psychopathologie et Processus de santé (LPPS EA4057), université Paris Descartes, AURA Paris (Association pour l'utilisation du rein artificiel), France.
- VAN RILLAER, Jacques, Psychologue, Thérapeute cognitivo-comportementaliste, Professeur émérite de Psychologie, faculté de Médecine, université de Louvain, Belgique.
- VANELLE Jean-Marie, Psychiatre, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Chef de l'unité de Psychiatrie de liaison, service d'Addictologie et Psychiatrie de liaison, CHU de Nantes, France.
- VERMEIREN Étienne, Psychologue clinicien, Psychothérapeute, responsable du centre de référence pour le Traumatisme psychique, unité de Crise et d'Urgences psychiatriques, cliniques universitaires Saint-Luc, chargé d'enseignement dans plusieurs universités et hautes écoles, Bruxelles, Belgique.
- VIDAILHET Pierre, Psychiatre, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, responsable de l'unité de Consultations spécialisées et de Liaison, directeur scientifique de l'unité de Simulation européenne en santé (UNISIMES), pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie, hôpitaux universitaires de Strasbourg, université de Strasbourg, France.
- VULSER Hélène, Psychiatre, Chef de clinique des Universités-Assistant des Hôpitaux, unité fonctionnelle de Psychologie et Psychiatrie de liaison et d'urgence, service de Psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, pôle Psychiatrie et Addictologie, hôpital européen Georges-Pompidou, hôpitaux universitaires Paris Ouest, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, université Paris Descartes, France.
- WALLEZ Serge, Psychiatre, Chef de clinique adjoint au service de psychiatrie, CHU Brugmann, Bruxelles, Belgique.
- WEBER Béatrice, Psychologue, Psychothérapeute, service de Psychiatrie de liaison et d'intervention de crise, département de Santé mentale et Psychiatrie, hôpitaux universitaires de Genève, Suisse.
- ZACHARIA André, Neurologue, Chef de clinique, unité des Maladies extrapyramidales, service de Neurologie, hôpitaux universitaire de Genève, Suisse.
- ZDANOWICZ Nicolas, Psychiatre, Chef du service de Médecine psychosomatique, CHU-université catholique de Louvain-Namur, site Godinne, Belgique.

SOMMAIRE

.....

Préface , par Silla M. CONSOLI	XXI
---	-----

UNE DISCIPLINE : LA PSYCHIATRIE DE LIAISON

Chapitre 1. Aspects historiques , par Hélène VULSER et Victoria LANVIN	3
L'histoire de la psychiatrie : préambule à l'histoire de la psychiatrie de liaison	3
Le retour de la psychiatrie à l'hôpital général au XX ^e siècle : terrain d'émergence de la psychiatrie de liaison	4
Le développement de la psychiatrie de liaison aux États-Unis	5
L'émergence de la psychiatrie de liaison francophone	6
Le développement de la psychiatrie de liaison en Europe et dans le monde	7
Chapitre 2. Modèles organisationnels , par Silla M. CONSOLI	10
Accueil et orientation des urgences psychiatriques et/ou psychiatrie de liaison	10
Organisations dispersées versus organisations centralisées	11
Vers une identification de structures spécifiques	12
Séparation des métiers ou coordination interprofessionnelle	13
Rôle des internes et résidents en psychiatrie	13
Liaison à la demande et activités programmées et/ou d'expertise	14
Valence essentiellement clinique ou hospitalo-universitaire	14
Chapitre 3. Référentiel métier , par Romain SICOT et Christian SPADONE	16
Mission du psychiatre de liaison	16
Qualités et compétences	18
Activité du psychiatre de liaison, insertion dans son environnement professionnel	19
Perspectives évolutives	20
Chapitre 4. Critères d'évaluation et aspects médico-économiques , par Silla M. CONSOLI	22
Comorbidités psychiatriques et complexité bio-psycho-sociale	22
Attentes à l'égard de la psychiatrie de liaison	25
Impact d'une intervention en psychiatrie de liaison auprès des destinataires	26
Du « moment » de l'intervention	27
Résultats des études interventionnelles	28
Perspectives d'avenir	31

DES CHAMPS THÉORIQUES ET CLINIQUES CONNEXES

Chapitre 5. Psychologie de la santé , par Cécile FLAHAULT, Léonor FASSE, Cédric LEMOGNE et Aurélie UNTAS	37
Adaptation et troubles de l'adaptation	37
Ajustement à la maladie.....	38
Modèles théoriques du deuil.....	42
Éducation thérapeutique.....	45
Chapitre 6. Psychologie médicale , par Cédric LEMOGNE et Silla M. CONSOLI	48
Caractéristiques de la relation médecin-malade.....	48
Déterminants de la relation médecin-malade	51
Empathie et relation médecin-malade.....	54
Outils au service de la relation médecin-malade	56
Chapitre 7. Médecine psychosomatique , par Cédric LEMOGNE et Silla M. CONSOLI.....	60
Définitions.....	60
Facteurs psychologiques influençant la survenue ou le pronostic des pathologies somatiques....	64
Médecine psychosomatique et pratique de la psychiatrie de liaison	67
Chapitre 8. Psycho-oncologie , par Sarah DAUCHY, Anne BRÉDART et Sylvie DOLBEAULT	72
Contexte	72
Définitions et objectifs de la psycho-oncologie	73
Grands enjeux cliniques.....	73
Formation	76
Recherche en psycho-oncologie.....	77
Chapitre 9. Addictologie de liaison , par Benjamin ROLLAND, Nicolas SIMIONI et Olivier COTTENCIN.....	80
Quelles différences entre addictologie et psychiatrie de liaison ?	80
Quels sont les outils de l'addictologie de liaison ?	82

UN CADRE GÉNÉRAL : LA CONSULTATION DE PSYCHIATRIE DE LIAISON

Chapitre 10. Objectifs généraux , par Cédric LEMOGNE, Marie GUITTENY, Anne SAUVAGET et Jean-Marie VANELLE	91
Objectifs en lien avec la santé mentale	92
Objectifs en lien avec la santé physique	95
Objectifs transversaux.....	97
Chapitre 11. Recueil et analyse de la demande , par Pierre VIDALHET, Dominique MASTELLI et Adrien GRAS	100
Qui fait la demande ?	100
À qui la demande est-elle adressée ?	101
Quel est l'objet de la demande et quelle est sa motivation ?.....	101
Comment est formulée la demande ?.....	103

Chapitre 12. Réalisation de la consultation , par Catherine MASSOUBRE, Joseph D'ANGELO et Silla M. CONSOLI	106
À l'arrivée dans le service.....	107
La consultation en elle-même.....	107
Modalités de transmissions	108
Suites données à la consultation	111
Chapitre 13. Collaboration avec les autres unités mobiles , par Guillaume AIRAGNES	113
Collaboration avec les équipes mobiles de soins palliatifs	113
Collaboration avec les équipes mobiles de gériatrie.....	114
Collaboration avec les équipes mobiles de prise en charge de la douleur	115
Collaborations avec les équipes mobiles d'addictologie	116
Coordination entre équipes mobiles.....	117
Chapitre 14. Collaboration avec les autres dispositifs de soins en santé mentale , par Hélène VULSER et Gilles AMAR	119
Patient non connu d'une structure de soins psychiatriques	119
Patient déjà connu d'une structure de soins psychiatriques	121
Modalités d'orientation vers une hospitalisation en psychiatrie.....	122
Chapitre 15. La place des proches et leur accompagnement , par Jean-Christophe CHAUVET-GELINIER, Aurore IMBERT et Bernard BONIN	126
L'impact familial de la maladie : une réalité psychosociale et biologique	126
Psychiatrie de liaison destinée aux proches de patients hospitalisés à l'hôpital général.....	129
Situations particulières de la psychiatrie de liaison tournée vers les proches.....	130
Chapitre 16. Articulation avec les médecines non conventionnelles , par Stéphanie TRÄGER, Florian SCOTTÉ, Pierre COLE et Cédric LEMOGNE	137
Définitions.....	137
Psychiatrie de liaison et médecines alternatives	139
Psychiatrie de liaison et médecines complémentaires.....	140
Psychiatrie de liaison et médecine intégrative.....	141

DES CONSULTATIONS SPÉCIFIQUES

Chapitre 17. Consultation préthérapeutique , par Marie GUITTENY, Anne SAUVAGET et Jean-Marie VANELLE	147
Aspects généraux	147
Exemples spécifiques de consultation préthérapeutique.....	149
Chapitre 18. Consultations multidisciplinaires , par Khadija LAHLOU-LAFORÊT et Pierre COLE ..	158
Consultation conjointe.....	158
Consultations successives	161

LES GRANDS MOTIFS D'AVIS PSYCHIATRIQUE

Chapitre 19. Le patient déprimé , par Cédric LEMOGNE	167
Dépression et comorbidité somatique.....	168

Diagnostic positif.....	169
Diagnostic différentiel	171
Diagnostic de gravité.....	174
Prise en charge.....	174
Chapitre 20. Le patient suicidaire , par Hélène VULSER	179
Patient suicidant.....	179
Patient suicidaire	181
Chapitre 21. Le patient anxieux , par Gaële LEBEAU	185
Généralités.....	185
L'anxiété en psychiatrie de liaison : anxiété-symptôme versus troubles anxieux	185
Troubles anxieux caractérisés.....	186
Anxiété-symptôme en psychiatrie de liaison	194
Diagnostic différentiel	196
Diagnostic de gravité.....	197
Chapitre 22. Le patient agité , par Mélanie LAVALLÉE.....	201
Causes d'agitation	201
Évaluation et prise en charge du patient agité	202
Diagnostic de gravité.....	203
Investigation.....	205
Thérapeutique.....	206
Chapitre 23. Le patient délirant , par Grégoire HUGUET, Paul BRUNAULT et Vincent CAMUS.....	211
Diagnostic positif.....	211
Diagnostic différentiel	214
Diagnostic de gravité.....	215
Thérapeutique.....	216
Chapitre 24. Le patient désorienté , par Gaële LEBEAU	219
Diagnostic positif.....	220
Diagnostic différentiel	224
Pronostic.....	225
Prévention et prise en charge du syndrome confusionnel	226
Chapitre 25. Le patient ayant une addiction , par Guillaume AIRAGNES.....	229
Diagnostic positif : repérage d'un trouble lié à l'usage de substance	229
Diagnostic différentiel et diagnostic de gravité	234
Prise en charge thérapeutique.....	234
Chapitre 26. Le patient ayant des troubles de l'alimentation , par Alain PERROUD, Hélène VULSER et Pierre COLE.....	240
Patient présentant des signes d'hypophagie	240
Patient présentant des signes d'hyperphagie	246
Autres troubles de l'alimentation	248
Chapitre 27. Le patient dont les symptômes physiques sont attribués à une cause psychologique , par Cédric LEMOGNE.....	252
Diagnostic positif.....	253

Diagnostic différentiel	258
Modèles explicatifs	261
Thérapeutique.....	263
Chapitre 28. Le patient ayant vécu un événement traumatique , par Étienne VERMEIREN, Marine BRÉART, Virginie PAGET, Cédric LEMOGNE et Pierre COLE	267
Généralités.....	267
Patient présentant des troubles psychotraumatiques en relation avec un événement traumatique antérieur à son hospitalisation et sans lien avec le motif de celle-ci	270
Patient hospitalisé suite à un événement potentiellement traumatique.....	272
Patient développant des troubles psychotraumatiques en rapport avec le vécu de l'hospitalisation	274
Approches psychothérapeutiques	275
Approches pharmacologiques.....	277
Chapitre 29. Patient posant des difficultés relationnelles , par Konstantinos TZARTZAS, Régis MARION-VEYRON, Cédric LEMOGNE et Pierre COLE	281
Conduite à tenir générale	281
Facteurs du côté du patient	282
Facteurs du côté du soignant	288
Facteurs contextuels	289
Chapitre 30. Le patient n'adhérant pas aux soins , par Cédric LEMOGNE, Oury CHOCRON, Khadija LAHLOU-LAFORÊT, Alexandre BERNEY et Michaël SARAGA	291
Aspects théoriques.....	292
Aspects pratiques	297
Chapitre 31. Les grands motifs d'avis psychiatrique : arbres décisionnels	307

LE TRAVAIL AVEC DES UNITÉS SPÉCIFIQUES

Chapitre 32. Liaison en diabétologie , par Stéphane SAILLANT.....	323
Spécificités liées à la discipline	323
Spécificités liées aux pathologies.....	325
Spécificités liées aux prises en charge	327
Chapitre 33. Liaison en cardiologie , par Khadija LAHLOU-LAFORÊT, Anne CLERGET et Anne LE BOUDEEC.....	331
Spécificités liées aux pathologies.....	331
Spécificités liées aux prises en charge	334
Chapitre 34. Liaison en dermatologie , par Myriam CHASTAING	341
Spécificités liées à la discipline	342
Situations psychopathologiques spécifiques en dermatologie	345
Spécificités liées à la prise en charge	350
Chapitre 35. Liaison en néphrologie , par Bénédicte GOHIER et Guillaume ALLET.....	353
Spécificités liées à la discipline	353

Spécificités liées à la dialyse et à l'insuffisance rénale	355
Spécificités liées aux prises en charge	358
Chapitre 36. Liaison en unité de soins intensifs , par Nicolas BERGERON	362
Environnement des soins intensifs.....	362
Spécificités liées aux prises en charge	363
Spécificités liées à la discipline.....	364
Spécificités liées aux brûlures graves.....	371
Chapitre 37. Liaison en gastro-entérologie et chirurgie digestive , par Hélène CHAMPAGNE, Gaële LEBEAU et Guillaume AIRAGNES.....	379
Aspects psychopathologiques spécifiques.....	379
Spécificités liées aux pathologies.....	381
Maniement des psychotropes en gastro-entérologie et chirurgie digestive.....	385
Chapitre 38. Liaison en ORL et chirurgie orale , par Pierre COLE et Philippe PEIGNARD.....	390
Acouphènes.....	390
Hypersensibilité auditive.....	393
Surdités	394
Vertiges	397
Syndromes rencontrés en rhinologie	399
Syndromes rencontrés en chirurgie orale.....	400
Dysphonie psychogénique et aphonie.....	401
Chapitre 39. Liaison en cancérologie , par Sylvie DOLBEAULT, Anne BRÉDART et Sarah DAUCHY .	405
Généralités.....	405
Tableaux cliniques les plus fréquents	406
Problématiques particulières à la psychiatrie de liaison en cancérologie	408
Chapitre 40. Liaison en endocrinologie , par Éric CONSTANT	417
Pathologies de la glande thyroïde.....	417
Pathologies primaires ou secondaires des surrénals	423
Pathologies de l'hypophyse et de l'hypothalamus.....	425
Tableaux d'hypogonadisme d'origine génétique	427
Pathologies de la glande parathyroïde	429
Chapitre 41. Liaison en infectiologie dédiée au VIH , par Pierre COLE, Simona TOMA, Charlotte OTLETC et Gaële LEBEAU.....	434
Vivre avec le virus de l'immunodéficience humaine.....	434
Stades de l'infection par le VIH	434
Épidémiologie	434
Rôle du psychiatre de liaison auprès des patients infectés par le VIH	435
Le patient face au diagnostic.....	435
Particularités des troubles cognitifs et psychiques liés au VIH	436
Soins psychiques aux personnes infectées par le VIH : modèles et contraintes.....	438
Travail de liaison avec les équipes prenant en charge des patients infectés par le VIH	441

Chapitre 42. Liaison en épileptologie , par Jean-Yves ROTGÉ, Virginie LAMBRECQ et Vincent NAVARRO	444
Spécificités liées à la discipline	444
Spécificités liées aux pathologies	448
Spécificités liées aux prises en charge	453
Chapitre 43. Liaison en neurologie générale	
Patient atteint de maladie de Parkinson idiopathique, par João FLORES ALVES DOS SANTOS, Luc MALLET et Philippe DOMENECH	458
Patient présentant des mouvements anormaux autres que liés à une maladie de Parkinson idiopathique ou une épilepsie, par João FLORES ALVES DOS SANTOS, André ZACHARIA et Pierre COLE	467
Patient atteint de sclérose en plaques, par Fabrice BERNA et Pierre VIDAILHET	469
Patient ayant présenté un accident vasculaire cérébral, par Magloire NKOSI MPEMBI	472
Chapitre 44. Liaison en orthopédie-traumatologie , par Sarah TEBEKA, Hortense BOULANGER et Isabelle THAUVIN	484
Spécificités liées à la discipline	484
Spécificités liées aux pathologies	485
Spécificités liées aux prises en charge	488
Chapitre 45. Liaison en médecine de la reproduction , par Élodie GIRARD et Isabelle STREULI ..	492
L'infertilité, une crise existentielle	492
Détresse psychologique et infertilité	494
Adaptation psychologique dans le cadre de la PMA	495
Abandons des démarches et gestion de l'échec dans le cadre de la PMA	497
Dépistage des couples à risque sur le plan psychologique	497
Prise en charge psychologique du couple infertile	499
Chapitre 46. Liaison en obstétrique et en périnatalogie , par Caroline DUBERTRET et Marie DE PRADIER	502
Troubles psychiatriques rencontrés chez la femme enceinte	502
Troubles psychiatriques survenant après l'accouchement	506
Chapitre 47. Liaison en pédiatrie , par Béryl KOENER, Michèle LAURENT et Catherine JOUSSELME	510
Aspects théoriques	511
Spécificités cliniques liées à la discipline pédiatrique	512
Spécificités de la prise en charge pédopsychiatrique de liaison	514
Médication psychotrope dans le contexte de pédopsychiatrie de liaison	517
Spécificités de la pédopsychiatrie de liaison en obstétrique et néonatalogie	518
Articulation des soins avec la psychiatrie d'adultes	519
Chapitre 48. Liaison en gériatrie , par Jean-Pierre SCHUSTER et Frédéric LIMOSIN	521
Spécificités de la psychiatrie de liaison en gériatrie	521
Spécificités liées aux pathologies	523
Spécificités liées aux prises en charge	527

LA THÉRAPEUTIQUE

Chapitre 49. Effets secondaires psychiatriques des médicaments à visée somatique, par Hélène VULSER, Émilie BELISSA, Marie BESSON et Pierre COLE.....	533
Généralités.....	533
Syndrome confusionnel.....	534
Symptômes psychotiques.....	536
Symptômes dépressifs.....	536
Symptômes maniaques.....	538
Symptômes anxieux.....	539
Risque suicidaire.....	539
Troubles du contrôle des impulsions.....	540
Chapitre 50. Médicaments psychotropes, par Pierre COLE.....	542
Généralités.....	542
Médicaments antidépresseurs.....	545
Médicaments antipsychotiques.....	552
Médicaments anxiolytiques et hypnotiques (benzodiazépines et apparentés).....	557
Médicaments thymorégulateurs (hors antipsychotiques).....	561
Chapitre 51. Interventions de soutien, par Sophie PRÉBOIS, Maurice BENSOUSSAN et Laurent SCHMITT.....	569
Cadre.....	569
Outils.....	570
Indications.....	572
Interventions de soutien indirect : le soutien institutionnel.....	572
Chapitre 52. Interventions de crise, par Stéphane SAILLANT et Jean-Pierre BACCHETTA.....	575
Crise.....	575
Spécificités de l'intervention de crise dans le contexte de la psychiatrie de liaison.....	576
Demande.....	577
Cadre.....	577
Limites de l'intervention de crise en psychiatrie de liaison.....	579
Chapitre 53. Interventions systémiques, par Olivier COTTENCIN.....	580
Que sont les thérapies systémiques brèves?.....	580
Quelques concepts.....	580
Mise en application en psychiatrie de liaison.....	583
Chapitre 54. Interventions psychodynamiques, par Sylvie PUCHEU-PAILLET.....	591
Approche psychodynamique du fonctionnement psychique : quelques concepts fondamentaux.....	591
Cadre psychothérapeutique : définition.....	592
Le vécu face à un événement médical « grave » et mécanismes de défense.....	593
Entretiens de soutien en pratique courante.....	594
Psychothérapies psychodynamiques proprement dites.....	596
Relations soignants du corps/soignés et « groupes de parole ».....	597

Chapitre 55. Interventions fondées sur l'hypnose , par Stéphane RADOYKOV et Samy AMROUN	600
Généralités.....	600
Principes de travail	601
Niveau de preuve.....	602
Effets indésirables et contre-indications.....	605
Chapitre 56. Interventions cognitives et comportementales , par Philippe PEIGNARD, Serge WALLEZ, Charles KORNREICH et Jacques VAN RILLAER.....	608
Principes.....	608
Techniques.....	609
Relaxation	612
Efficacité dans le contexte de certaines pathologies somatiques spécifiques	614
Exemples d'interventions cognitives et comportementales en psychiatrie de liaison	615
Chapitre 57. Interventions fondées sur la pleine conscience , par Guido BONDOLFI, Françoise JERMANN et Béatrice WEBER	621
Définition et finalité de la pleine conscience.....	622
Efficacité clinique	622
Applications en psychiatrie de liaison	623
Chapitre 58. Contention physique , par Julien SMADJA et Cédric LEMOGNE	626
État des lieux de l'usage de la contention physique à l'hôpital général.....	626
Contention physique en pratique	628
Mesures préventives	630

LES SITUATIONS PARTICULIÈRES

Chapitre 59. Le patient en fin de vie , par Nicole PÉLICIER	635
Souffrance et détresse en fin de vie	636
Troubles mentaux survenant en fin de vie.....	636
Prise en charge psychothérapeutique en fin de vie.....	638
Fin de vie des patients atteints de troubles mentaux sévères.....	639
Demandes spécifiques en fin de vie.....	639
Chapitre 60. Le patient douloureux , par Astrid CHEVANCE et Vincent FEUGA	643
Définitions.....	643
Aspects théoriques.....	644
La douleur chez les patients atteints de troubles mentaux.....	646
Prise en charge psychologique ou psychiatrique des patients douloureux chroniques.....	649
Chapitre 61. Le patient avec des troubles sexuels , par Christine REYNAERT, Thomas DUBOIS, Denis JACQUES et Nicolas ZDANOWICZ.....	654
Sexualité : entre nature et culture.....	655
Inhibition du désir sexuel ou trouble du désir sexuel hypoactif.....	656
Troubles de l'excitation sexuelle	658
Anorgasmie chez la femme.....	659

Troubles sexuels avec douleur (dyspareunie)	660
Sexualité et cancer	661
Sexualité et maladies cardiovasculaires	662
Psychotropes et sexualité	663
Approches psychothérapeutiques en sexologie	664
Chapitre 62. Le patient sourd , par Pierre COLE et Odile CANTERO	667
Généralités	667
Surdité, signes et communication	667
Stigmatisation des Sourds dans les soins de santé	668
Fragilisation dans les soins de santé mentale	669
Pièges de l'évaluation psychiatrique des patients sourds	670
Implications pour la pratique	670
Chapitre 63. Le patient d'une autre culture , par Rahmethnissah RADJACK, Marie-Rose MORO et Jonathan LACHAL	672
En quoi consiste l'approche transculturelle ?	672
Indications de l'approche transculturelle en psychiatrie de liaison	674
Aspects pratiques	676
Situations cliniques spécifiques	678
Chapitre 64. Le patient avec une problématique sociale , par Alain MERCUEL, Mathilde MARTINOT, Chantal MAGDELEINAT, Cédric LEMOGNE et Pierre COLE	682
Précarité et troubles mentaux : généralités	682
Motifs d'appel liés à la précarité	684
Impact de la précarité sur la prise en charge en psychiatrie de liaison	684
Conduite à tenir	685
Chapitre 65. Le patient « VIP » , par Sébastien THEUNISSEN	687
Différentes catégories de patients « VIP »	687
Quand le statut du patient influence la clinique	688
Phénomènes de santé communautaire autour des célébrités	690
Chapitre 66. Santé mentale des soignants et épuisement professionnel , par Michel DELBROUCK et Cédric LEMOGNE	692
Psychiatre de liaison et santé mentale des soignants	692
Syndrome d'épuisement professionnel	692
Impact de l'épuisement professionnel des soignants sur les soins	694
Facteurs de risque d'épuisement professionnel	694
Rôle du psychiatre de liaison	696
Index	699

PRÉFACE

.....

L'une des œuvres maîtresses de la musique classique occidentale, *L'Art de la fugue* de Jean-Sébastien Bach, est souvent citée comme un modèle de l'art contrapunctique, c'est-à-dire de l'art de la composition polyphonique, superposant plusieurs lignes mélodiques d'égale valeur. Fruit de nombreuses années de travail, cette création musicale répondait à une finalité pédagogique en déclinant méthodiquement les règles du contrepoint et la diversité illimitée des variations qu'il permet. Elle a fasciné et inspiré un nombre considérable de compositeurs et d'interprètes et reste un modèle pour apprendre et comprendre quelques-uns des mystères qui font qu'une œuvre attire notre attention, nous touche, voire nous transforme.

Voici donc un ouvrage « polyphonique » sur la psychiatrie de liaison, alliant rigueur scientifique et souci de transmettre au mieux, dans un but didactique, cet « art d'interpréter » *in vivo*, dans des situations concrètes, un ensemble de règles générales qui structurent cette pratique particulière du soin en milieu médical qu'est la psychiatrie de liaison. Polyphonique de par la pluralité des auteurs qui y ont contribué, de cinq nationalités différentes, tous qualifiés d'une expertise remarquable dans le domaine qu'ils ont été amenés à traiter, mais aussi de par la multiplicité des approches et des référentiels qui caractérisent cette discipline. Du caractère international de l'ouvrage découle le parti pris de ne pas développer les aspects réglementaires et légaux propres à chaque pays. Bien que ces aspects soient fondamentaux pour la pratique, les spécificités nationales – voire cantonales – en la matière auraient pu paraître anecdotiques pour le lecteur non concerné. À cette exception près, voici donc une mise en commun d'expériences cumulées, qui invite à s'immerger avec confiance et avec bonheur dans l'univers fécond et captivant, mais en même temps complexe, de la psychiatrie de liaison.

Pour rendre plus lisible et intelligible une telle complexité, le choix a été fait de proposer un chemin allant du plus général au plus particulier ou spécifique, de la théorie à la pratique, du trans-nosographique aux domaines psychopathologiques ou aux domaines médicaux singuliers qui illustrent cette discipline et ses problématiques. Chaque domaine comporte en effet son lot précieux de connaissances et d'enseignements utiles, qui en détermine l'originalité, mais la pratique montre qu'au-delà des différences, voire des oppositions apparentes, les analogies sont nombreuses et instructives, par exemple entre les problématiques rencontrées par la liaison dans le domaine cardiovasculaire ou dans le domaine de la cancérologie, mais on pourrait citer tout aussi bien plusieurs autres couples de domaines contrastés, de telles analogies constituant une source fertile de progrès pour la pensée et la pratique, grâce au décentrage que représente toujours un éclairage extérieur. C'est dire aussi toute l'importance pour les psychiatres de liaison impliqués dans des pratiques spécifiques à l'hôpital général de pouvoir travailler ensemble et échanger sur leurs pratiques respectives.

Comme toute autre discipline médicale, la psychiatrie de liaison a besoin de catégorisations claires, de simplifications pédagogiques mais aussi de données documentées, de manière à promouvoir un raisonnement fondé sur la preuve et à maintenir constant un regard critique sur les acquis et les croyances antérieures. Mais elle se doit également d'accepter cette part d'ombre et de désordre à laquelle nous confrontent la clinique quotidienne, nos rencontres avec les patients et la « complexité » qui est par essence le propre du vivant.

L'ouvrage resitue le champ de la psychiatrie de liaison au contact de la psychologie médicale, de la psychologie de la santé et de la médecine psychosomatique, champs théoriques et cliniques connexes, avec lesquels la psychiatrie de liaison a des liens à la fois historiques et conceptuels. Si la psychiatrie francophone ne possède pas la même culture des structures de soins psychosomatiques et de la spécialité psychosomatique, d'ailleurs distincte de la psychiatrie, qui caractérisent la tradition germanophone, on peut néanmoins rappeler que la société savante européenne qui a rassemblé cliniciens et chercheurs impliqués en psychiatrie de liaison s'est

dénommée longtemps Association européenne de psychiatrie de liaison et de psychosomatique (European Association of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics) avant d'être rebaptisée Association européenne de médecine psychosomatique (European Association of Psychosomatic Medicine). On ne peut que se féliciter du fait que la plupart des psychiatres et psychologues travaillant en milieu hospitalier général aient fini par abandonner l'*illusion psychosomatique* qui avait pu servir de référentiel théorique à certains d'entre eux, c'est-à-dire la croyance parfois dogmatique en une psychogenèse des pathologies médicales. La pratique en milieu hospitalier, une démarche plus scientifique apportent chaque jour des arguments supplémentaires en faveur de la complexité des interactions réciproques et des synergies entre psyché et soma ou entre santé mentale et santé physique, y compris sur l'origine « secondaire » d'un certain nombre d'états émotionnels liés à la présence d'une pathologie somatique évolutive non encore déclarée. Ce rappel à l'ordre n'exclut cependant pas la légitimité et l'actualité de l'interrogation psychosomatique et ce sont parfois nos collègues somaticiens qui, preuves épidémiologiques et physiologiques à l'appui, découvrent ou redécouvrent avec fascination ce domaine, alors que les intervenants en psychiatrie de liaison tendraient à se montrer plus sceptiques ou critiques...

La reconnaissance réglementaire de la psychiatrie de liaison en tant que surspécialité possédant un corpus propre de connaissances et de savoir-faire, comme cela peut être le cas pour l'addictologie, la pédopsychiatrie ou encore la psychiatrie du sujet âgé, est variable d'un pays à l'autre. Certes, en ce qui concerne la psychiatrie de liaison, ce corpus n'est pas propre à un regroupement d'états pathologiques ou à une tranche d'âge, mais bien plutôt au contexte dans lequel notre discipline déploie son expertise, c'est-à-dire celui de patients recevant des soins en premier lieu pour une affection somatique. Le présent ouvrage illustre combien un tel contexte, pouvant sembler réducteur, implique en fait de spécificités conceptuelles et pratiques, en constant renouvellement à l'interface de la psychiatrie générale et de la médecine somatique. Se former à la psychiatrie de liaison implique un certain nombre de conditions et de critères de qualité qui justifieraient une évolution réglementaire dans les pays où ces spécificités sont insuffisamment reconnues. On ne peut qu'espérer que le passage par une structure de psychiatrie de liaison puisse, sinon être obligatoire, du moins être fortement recommandé dans le cursus des futurs psychiatres, mais aussi dans celui d'autres professionnels du soin psychique, *a fortiori* s'ils se destinent à travailler en milieu médical.

Les psychiatres et autres intervenants en psychiatrie de liaison auraient-ils le monopole d'une approche « globale » du patient médical ? Seraient-ils irremplaçables pour que la subjectivité du patient soit respectée et que son bien-être émotionnel soit pris en compte ? Ce serait particulièrement prétentieux de le croire, même si cette vigilance à l'égard de la vie psychique et de la singularité de chaque malade guide la conception des soins et la conduite des intervenants en psychiatrie de liaison. Bien que le souci d'objectivation du mal et parfois la survalorisation des données tangibles et visibles, tels les résultats de l'imagerie médicale, prennent parfois beaucoup de place dans les comportements médicaux contemporains, nous nous devons de reconnaître l'implication authentique et convaincue en faveur d'une approche globale du malade de la plupart de ceux que nous désignons par convention et simplification quelque peu abusive comme les « somaticiens ». Cette constatation doit conduire psychiatres et psychologues de liaison à une position de modestie et de discrétion qui ne pourra qu'être bénéfique pour le meilleur partenariat possible avec les équipes de soins somatiques.

Il nous semble même que pour exercer de manière efficiente et gratifiante la psychiatrie de liaison un minimum de curiosité, voire une véritable passion pour l'univers médical sont nécessaires de la part des intervenants de liaison. Plus ces derniers se montreront capables de sortir de leurs référentiels habituels, de s'intéresser aux pratiques et innovations technologiques médico-chirurgicales, de montrer leur estime et parfois leur admiration pour le savoir-faire de leurs partenaires somaticiens, plus il y a des chances qu'en retour la discipline psychiatrique et, plus précisément, la parole et les recommandations des intervenants en psychiatrie de liaison soient respectées, entendues, intégrées.

S'il faut que le psychiatre de liaison soit le plus à jour de ses connaissances et se sente ainsi « armé » pour exercer son métier au quotidien – cet ouvrage est d'ailleurs là pour l'aider dans cette tâche –, il importe parallèlement qu'il se garde de toute bonne conscience abusive quant à la pertinence et à l'utilité des propositions thérapeutiques qui seront les siennes lors des rencontres de liaison successives. Savoir s'interroger sur le caractère véritablement bénéfique de certaines interventions, voire sur les effets indésirables de certaines formes d'aide qui ne poussent pas suffisamment le patient à prendre appui sur ses propres ressources psychiques ou sur celles de son entourage et pérennisent de manière indue une dépendance à des soins psychiques, bref : avoir aussi en psychiatrie de liaison une « culture de l'évaluation », de l'incertitude et de la vérification, nous semble

constituer une règle de base salubre pour éviter le risque d'une autosatisfaction lénifiante et pour garder à la psychiatrie de liaison un caractère vivant, évolutif et perfectible.

Les intervenants en psychiatrie de liaison évoluent au quotidien entre deux univers structurés dotés de repères solides et animés par des professionnels qui se reconnaissent entre eux comme faisant partie d'un même groupe identitaire : la psychiatrie et les psychiatres d'une part, l'univers médical et les somaticiens d'autre part. Tels des navigateurs solitaires entre deux rives, les intervenants en psychiatrie de liaison peuvent pâtir de cette position « extraterritoriale » et être en quête d'une reconnaissance légitime d'identité. L'organisation des sociétés savantes spécialisées dans le domaine, mais aussi la disposition d'un corpus de connaissances, tel que celui que peut offrir cet ouvrage, peuvent venir à l'appui d'une telle quête. Sans compter le rôle majeur de l'apprentissage d'une langue particulière, sorte de commun dénominateur aux somaticiens et aux psychiatres, permettant de communiquer avec chacune de ces communautés en étant entendu des uns et des autres.

La psychiatrie de liaison ne s'improvise pas, mais cela s'apprend. Cela s'apprend à la lecture d'ouvrages spécialisés, en explorant la littérature scientifique, en assistant à des congrès. Cela s'apprend tout autant en pratiquant soi-même, en participant activement à des réunions de discussion de cas cliniques. Cela s'apprend surtout dans le cadre de relations de maître à élève, au contact de praticiens qui ont envie de transmettre leur savoir-faire, leur passion du métier, mais aussi leurs incertitudes, leur envie d'aller toujours plus loin.

L'Art de la fugue de Bach est une œuvre inachevée. On lui a fait la réputation d'être sa création ultime, mais c'est là sans doute le fait d'une légende hagiographique destinée à célébrer un grand musicien qui a fini ses jours aveugle et qui aurait dicté les dernières notes de sa composition. Que cette métaphore nous serve ici simplement de prétexte à souligner le fait que cet ouvrage n'est qu'une étape temporelle d'une somme de connaissances et réflexions sur la psychiatrie de liaison. À chaque lecteur de l'enrichir à sa guise en confrontant son contenu à de nouveaux travaux ou de nouveaux témoignages sur ce domaine ou en y apportant la marque personnelle de sa propre expérience.

Professeur Silla M. CONSOLI

UNE DISCIPLINE :
LA PSYCHIATRIE DE LIAISON
.....

ASPECTS HISTORIQUES

.....

Hélène Vulser et Victoria Lanvin

L'HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE : PRÉAMBULE À L'HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE DE LIAISON

Durant la majeure partie de l'histoire, le corps et l'esprit ont été soignés de façon conjointe, le soin psychologique ayant toujours existé de façon implicite dans la pratique de la médecine. Ainsi l'histoire de la psychiatrie de liaison est inséparable de l'histoire de la médecine et de la psychiatrie dans son ensemble.

Conceptions antiques et médiévales de la médecine

Dans l'Antiquité, les symptômes psychiatriques, tels qu'ils sont décrits aujourd'hui, sont considérés comme ayant trait au divin, et ne sont pas considérés comme liés au corps humain. C'est chez Hippocrate (–460/–377 av. J.-C.) que l'on trouve évoquée pour la première fois la possibilité de troubles mentaux d'origine non divine. Il établit un lien entre « psyché » et « soma » et préconise, avec l'école de Cos, une approche globale de l'homme. La conception d'Hippocrate s'oppose ainsi à celle, *dualiste*, de Platon (–428/–348 av. J.-C.) pour qui le corps et l'esprit sont deux entités qui, bien qu'elles ne soient pas sans lien, sont bien distinctes. Par sa théorie des humeurs, Hippocrate pressentait l'implication de facteurs biologiques dans l'apparition de troubles psychiatriques. Il est le premier à avoir souligné l'importance de facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux des maladies [14]. Cependant, de l'Antiquité au Moyen Âge, les affections mentales restent souvent considérées comme la possession d'un être par une entité démoniaque.

Les premières institutions charitables

Dès le VII^e siècle, certains malades mentaux sont accueillis au sein d'hospices, les « hôtels-dieu », construits dans les grandes cités. Le premier hôtel-dieu est ainsi fondé à Paris en 651 par l'évêque Landry afin d'accueillir toutes les infortunes ; les malades, physiques et mentaux, y sont accueillis aux côtés de mendiants, vieillards, invalides, etc. En France, des hôtels-dieu verront le jour dans les principales grandes villes, près des cathédrales, tout au long du Moyen Âge. Ces établissements, ayant une vocation principalement charitable, sont financés par la noblesse et la bourgeoisie qui y voient une occasion de rédemption. Les soins consistent avant tout en une prise en charge spirituelle où la présence aux offices et la confession jouent un rôle prépondérant. La technique médicale y a, quant à elle, initialement peu d'importance, même si progressivement apparaissent dans ces établissements des médecins et des barbiers attachés à demeure.

En 1656, Louis XIV crée l'Hôpital général, avec pour objectif de prendre en charge les mendiants, vagabonds, prostituées ainsi que les « insensés considérés comme incurables » qui erraient dans les rues et étaient considérés comme dangereux [22]. L'Hôpital général est alors un lieu de réclusion, ayant pour objectif d'« assainir » le monde urbain mais n'ayant aucune préoccupation médicale. Le Règlement de l'Hôpital général prévoyait qu'aucun malade ne serait reçu dans ses établissements. Ainsi, en cas de maladie jugée sérieuse, les pensionnaires sont « portés en l'hôtel-dieu et là reçus et traités comme les autres » [22]. La destination proprement médicale de l'hôtel-dieu s'affirma dès lors progressivement dès 1656. Seuls les malades mentaux présentant une « folie » manifestement liée à des désordres physiques et semblant guérissables étaient accueillis à l'hôtel-dieu. En cas d'échec du

traitement après quelques semaines, ces malades étaient transférés dans des lieux d'internement.

Les débuts de la spécialisation et de la ségrégation

Au XVIII^e siècle, les idées prônées par le siècle des Lumières et de grandes découvertes médicales, comme la vaccination ou l'auscultation, permettent une importante réflexion sur le milieu hospitalier et l'idée d'une prise en charge spécialisée pour chaque type de pathologie émerge. À Paris, l'incendie du vieil hôtel-dieu en 1772 est l'occasion d'élaborer un nouveau système, mieux adapté aux besoins de santé publique. En 1785, une commission de l'Académie des sciences émet le projet de regrouper entre eux les malades mentaux dans une structure distincte. La psychiatrie se constitue alors en discipline autonome, avec la création, tout au long du XIX^e siècle, partout en France, d'établissements, précurseurs des futurs hôpitaux psychiatriques, véritables asiles construits à l'extérieur de la ville où les « aliénés » étaient souvent enfermés à vie [25].

En Angleterre sont apparus, dès 1728, dans les hôpitaux généraux des grandes villes, les premiers services accueillant spécifiquement des malades mentaux ; mais ils seront tous fermés avant 1850, et le règlement de la majorité de ces hôpitaux spécifiera l'impossibilité d'accueillir ces patients dans leurs murs [19].

Bien que le cas de malades mentaux susceptibles de guérison ait été noté, l'absence de moyens thérapeutiques renforça l'exclusion des malades mentaux, considérés comme incurables, hors de la société. Le rassemblement des personnes atteintes de troubles mentaux au sein des nouveaux grands asiles au XIX^e siècle a été associé au développement de procédures au sein des hôpitaux généraux pour identifier et transférer les patients psychiatriques dans des structures spécialisées [23].

L'évolution de la psychiatrie à l'issue des guerres mondiales

Lors de la Première Guerre mondiale, l'apparition d'un très grand nombre de patients présentant des troubles psychologiques a eu un large impact sur le développement des soins et l'attitude des médecins vis-à-vis de ces troubles. Il devenait alors évident,

qu'en temps de guerre, un grand nombre de troubles invalidants n'avaient pas de causes organiques, et leur compréhension d'un point de vue psychologique était bien différente des concepts étroits et des pratiques asilaires de la psychiatrie de l'époque [17].

Après la Seconde Guerre mondiale, les soins psychiatriques sont devenus plus acceptables de façon générale, et le développement de nouveaux médicaments a permis de prendre en charge des maladies dont la seule réponse était habituellement l'institutionnalisation. L'anxiété, la dépression et d'autres troubles courants étaient alors reconnus et perçus comme nécessitant un traitement autant par les médecins en général que par les psychiatres. Ceux-ci, en élargissant le champ de leurs missions, ne voulaient plus se limiter au traitement des patients internés au sein des asiles [17].

LE RETOUR DE LA PSYCHIATRIE À L'HÔPITAL GÉNÉRAL AU XX^e SIÈCLE : TERRAIN D'ÉMERGENCE DE LA PSYCHIATRIE DE LIAISON

Les changements d'organisation des soins après la fin de la Seconde Guerre mondiale ont été accompagnés par d'importantes et rapides avancées scientifiques, qui ont permis la fermeture progressive des asiles et le retour de la psychiatrie au sein des hôpitaux généraux. À la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle, des progrès techniques considérables ont lieu dans le domaine médical. La psychiatrie va bénéficier, elle aussi, de ces avancées scientifiques. En 1952, Henri Laborit utilise pour la première fois la chlorpromazine en psychiatrie pour calmer les agités. C'est l'arrivée des neuroleptiques qui révolutionne la psychiatrie. La resocialisation des internés est alors pensable. Dès 1954, Mogens Schou définit les conditions d'utilisation du lithium dans les troubles bipolaires. Roland Kuhn, psychiatre suisse, découvre en 1957 le premier antidépresseur (imipramine). La même année, Nathan Kline, psychiatre new-yorkais, décrit des effets également antidépresseurs de l'iproniazide, initialement développé comme antituberculeux. La transformation de l'image des patients psychiatriques, rendue possible grâce aux progrès de la pharmacologie, va permettre d'amorcer un retour de la psychiatrie à l'hôpital général.

Par ailleurs, tout au long du XX^e siècle, l'émergence de nouveaux courants psychothérapeutiques (psychanalyse, puis thérapies systémiques et thérapies cognitives et

comportementales) et théoriques, et notamment dans le champ de la médecine psychosomatique, ont suscité un vif intérêt chez les somaticiens, dont l'espoir d'une médecine technique toute puissante s'éloignait. Cet intérêt a permis l'essor du modèle « bio-psychosocial », proposé par Engel en 1977 [14], comme alternative au modèle « bio-médical » prédominant. La prise en compte de l'existence de facteurs psychologiques et environnementaux dans l'émergence et le maintien de nombreuses maladies « physiques » a ainsi joué un rôle capital dans l'émergence de la psychiatrie de liaison.

Dans les services médicaux et chirurgicaux, la possibilité de recours à une aide psychiatrique diagnostique et thérapeutique apparaît alors comme une nécessité. Le nombre d'unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux va alors considérablement augmenter au cours du XX^e siècle aux États-Unis, puis en Europe. En parallèle, le développement des consultations de psychiatrie de liaison va contribuer à maintenir la psychiatrie dans le champ de la médecine [25]. En effet, le côtoiement régulier entre professionnels de santé mentale et équipes médicales et chirurgicales a permis une amélioration de la prise en charge des patients à l'hôpital général et familiarisé les équipes médico-chirurgicales avec l'univers psychiatrique [7]. Le retour de la psychiatrie à l'hôpital général et l'émergence de la psychiatrie de liaison se sont ainsi mutuellement favorisés.

LE DÉVELOPPEMENT DE LA PSYCHIATRIE DE LIAISON AUX ÉTATS-UNIS

Le développement au XX^e siècle des idées américaines en psychiatrie de liaison, notamment à l'université d'Harvard, près de Boston, dans le Massachusetts, a exercé une forte influence sur le développement de la psychiatrie de liaison au niveau mondial.

Le groupe de Boston

Dès la fin du XIX^e siècle, des médecins de l'université d'Harvard, internistes, physiologistes et neurologues se concentrent sur les liens entre le corps et l'esprit. Parmi eux, Walter B. Cannon, Professeur de physiologie, s'intéresse au travail du russe Ivan Pavlov, nobélisé en 1904, et découvre en 1915 le fonctionnement de la « sympathine » (noradrénaline) [4].

Le « groupe de Boston » développe le concept de la « psychothérapie médicale », avec en chef de file James Putnam, Professeur de neurologie, et ami de Freud. Les travaux du psychanalyste sur l'hystérie et les troubles de conversion auront une forte influence dans le développement de cette discipline naissante. Cette influence sera renforcée par les vagues d'immigration européennes du XX^e siècle. Le terme « médecine psychosomatique » sera inventé en 1922 par Felix Deutsch, un des premiers élèves de Freud, qui, après avoir émigré d'Autriche, deviendra le premier Professeur de médecine psychosomatique aux États-Unis [17].

Le soutien de la fondation Rockefeller

Un des élèves du Pr James Putnam jouera un rôle décisif dans l'évolution de la future psychiatrie de liaison : Alan Gregg, qui deviendra en 1929 directeur de la division des Sciences médicales à la fondation Rockefeller. Il adhère aux idées de ses enseignants et souhaite soutenir le développement de la psychobiologie, ou « psychiatrie de bon sens », théorisé par Adolf Meyer. Ainsi, de 1930 à 1950, il va allouer les deux tiers du budget de sa division, soit environ 16 millions de dollars, au retour et à l'enseignement de la psychiatrie dans les hôpitaux généraux. La psychiatrie redevient « scientifiquement acceptable » [9].

Les théories d'Adolf Meyer influenceront également George Henry, qui publie en 1929 un article intitulé « *Some Modern Aspects of Psychiatry in General Hospital Practice* » [12]. Il s'agit du premier article décrivant la pratique de la consultation psychiatrique dans un hôpital général. Henry y suggère que des consultations de psychiatrie devraient être disponibles dans chaque hôpital général, qu'une évaluation psychiatrique devrait être réalisée avant chaque intervention chirurgicale ou traitement médical lourd pour tous les patients « excentriques » ou « névrotiques » et que les études médicales devraient comprendre une formation à la psychiatrie en hôpital général.

En 1934, la fondation Rockefeller finance le premier service de psychiatrie de liaison aux États-Unis au Colorado General Hospital de Denver, dont la direction est confiée à Edward Billings. En 1939, Billings évoque pour la première fois le terme de psychiatrie de liaison pour décrire la relation pédagogique entre le psychiatre et le somaticien. En 1937, il démontre son intérêt économique : la psychiatrie de liaison est rentable, elle permet de faire des économies en matière de dépenses de santé, notamment en réduisant les durées moyennes de séjour [2]. Edward Billings définit

les missions et qualités requises d'un psychiatre de liaison et insiste sur l'importance d'utiliser à la fois un langage dénué de jargon qui permette de clarifier la plainte du patient, tout en formulant des hypothèses plausibles qui suscitent l'intérêt clinique des médecins spécialistes [3].

L'essor d'après-guerre

Entre 1945 et 1960, avec le soutien de la fondation Rockefeller, de nombreuses unités de psychiatrie de liaison voient le jour dans les hôpitaux généraux américains. En 1945, Ralph Kaufman et ses collaborateurs allouent d'importants moyens pour l'organisation au Mount Sinai Hospital de New York d'un service de psychiatrie visant à nouer des liens étroits avec les services de médecine et de chirurgie. Les psychiatres de liaison jouent un rôle clé dans la construction de ponts entre la psychiatrie et la médecine, *via* leurs activités cliniques et d'enseignement. Quant au Massachusetts General Hospital, il expérimente, entre 1945 et 1960, des roulements d'infirmières psychiatriques dans les services de médecine. En 1961, Meyer et Mendelson ébauchent une élaboration théorique du concept. Mais c'est véritablement Lipowski, un des plus grands théoriciens du cadre conceptuel de la psychiatrie de liaison, qui expose, en 1967, les fondements théoriques de la psychiatrie de liaison par un article tripartite (en 1967 et 1968, traduction française en 1969) [16]. Il sera à l'origine, en 1959, du premier service de psychiatrie de liaison canadien, au Royal Victoria Hospital de Montréal.

Séduit par le nouveau modèle bio-psycho-social de George Engel, le National Institute of Mental Health décide dans les années 1970 de poursuivre les efforts de financement initié par la fondation Rockefeller et de soutenir le développement et l'expansion de la formation en psychiatrie de liaison à travers les États-Unis. Cependant ce financement providentiel prendra fin dans les années 1980.

Les défis de ce début de siècle

Le développement de la pratique dans les années 1970 et 1980 a vu naître l'émergence de divergences d'opinion sur les méthodes [16]. Le modèle « consultation » se concentrait sur l'évaluation et le traitement de patients, alors que le modèle « liaison » avait un rôle plus ambitieux de travailler avec les équipes médicales. Finalement, au gré de restrictions

budgétaires, les deux approches ont été combinées en une pratique unifiée, la « psychiatrie de consultation-liaison » secondairement abrégée en « psychiatrie de liaison », en dépit d'une activité orientée prioritairement vers la consultation [20].

Depuis la période florissante des années 1970 et 1980, la psychiatrie de liaison aux États-Unis a subi de nombreuses coupes budgétaires et un manque de soutien de la psychiatrie comme de la médecine en général. Cependant, il y a eu d'importants progrès sur le plan politique, avec la reconnaissance en tant que surspécialité en 2003 par l'American Board of Medical Specialists. Après de longs débats sur le nom que devrait porter cette surspécialité, elle a été baptisée selon le terme historique de « médecine psychosomatique ». Selon P. Muskin et E. Friedman, cette appellation ne satisfait que moyennement les psychiatres américains, dont certains se désolent du manque de sens qu'elle revêt pour les collègues médecins comme pour les patients [21].

L'ÉMERGENCE DE LA PSYCHIATRIE DE LIAISON FRANCOPHONE

Dans les pays d'Europe francophone, la psychiatrie de liaison se développe dans les années 1960. Les premières unités de psychiatrie de liaison apparaissent en Suisse : à Lausanne en 1960 sous l'impulsion de Schneider, puis à Genève avec Garrone, puis Gunn-Sechehay. En Belgique, dès 1965, une consultation de médecine psychosomatique et psychiatrie de liaison fut ouverte à l'hôpital général de Louvain par Paul Jonckheere.

En France, la psychiatrie initie son retour vers l'hôpital général dans les années 1970 : d'abord avec Grivois, en 1975 à l'Hôtel-Dieu de Paris, *via* les urgences psychiatriques, puis des consultations psychiatriques dans les services de soins somatiques se développent dans plusieurs hôpitaux : à Paris, Ferreri et Alby à Saint-Antoine (1975), Consoli à Broussais (1975), Pélicier à Laennec (1976), Guyotat à Lyon (1983). Parallèlement, dans les années 1970, des psychiatres ou psychologues psychanalystes sont sollicités, notamment en cancérologie, pour animer des groupes Balint ou d'analyse de pratiques pour les soignants pour lesquels ce champ était totalement nouveau.

Progressivement, la psychiatrie de liaison s'est développée dans un très grand nombre d'hôpitaux français. Différents modèles d'organisation ont vu

le jour, en fonction des conditions historiques et géographiques locales, de la taille des hôpitaux et des services, des moyens financiers et humains disponibles, du caractère universitaire ou non de l'établissement de soin, mais également des liens personnels existant entre psychiatres et médecins somaticiens [6] (*voir* Chapitre 2). On distingue ainsi des modèles « éclatés » et des modèles « centralisés », tous les intermédiaires existant entre ces deux modèles [6]. Les modèles « éclatés » reposent sur l'existence de vacations de psychiatres (et/ou de psychologues) « attachés » à un service de médecine. Les modèles « centralisés » correspondent quant à eux à des services ou unités de psychiatrie de liaison regroupant l'ensemble des moyens d'intervention psychiatriques et psychologiques d'un hôpital général. Ces services, de secteur ou intersectoriel, peuvent assurer uniquement la psychiatrie de liaison ou également d'autres activités (activités universitaires, urgences psychiatriques, hospitalisations ou consultations, sectorisées ou non).

En parallèle à ce développement de la psychiatrie de liaison en France ont été embauchés les premiers psychologues cliniciens à l'hôpital général, tout d'abord dans les différents services de pédiatrie, puis plus largement dans les services adultes. Ces embauches étaient contemporaines de la création du diplôme leur permettant d'y exercer. Ces raisons historiques, ainsi que des considérations corporatistes, font que ce rattachement des psychologues cliniciens au sein même des services de soins somatiques reste majoritaire en France même si certains psychologues sont rattachés à des unités de psychiatrie de liaison. Ainsi l'activité des psychiatres de liaison est fréquemment indépendante de celle des psychologues cliniciens rattachés aux services de soins somatiques, quitte à ce que des rencontres individuelles entre psychiatres et psychologues travaillant dans les mêmes services et prenant en charge les mêmes patients permettent une articulation plus heureuse et une coordination plus efficiente (*voir* Chapitre 2). Il faut reconnaître également que les hiérarchies médicales et les directions hospitalières défendent plus volontiers la mise en place de moyens psychologiques que de moyens psychiatriques dans les services de soins somatiques. Quant au risque d'isolement des psychologues cliniciens rattachés spécifiquement à un ou à un petit nombre de services de soins somatiques, les psychologues ont tenté depuis de nombreuses années de le limiter en se fédérant en « collèges », qui leur permettent de se rencontrer, de réfléchir ensemble sur les situations cliniques rencontrées et de défendre en commun leurs statuts et leur carrière hospitalière.

La pédopsychiatrie de liaison en pédiatrie a elle aussi pris son essor dans les années 1970. La première forme d'exercice à s'être initialement développée a été celle du pédopsychiatre attaché à un service pédiatrique dans lequel il intervient. Dans les établissements de taille suffisante, le dispositif de pédopsychiatrie de liaison s'est progressivement organisé en unité ou service autonome qui répond aux besoins de l'ensemble de l'hôpital pédiatrique [15]. Un ouvrage spécialisé en langue française est édité [5].

Sur le plan théorique, la réflexion s'amorce en France dès 1957 avec la création de la Société de psychologie médicale par des psychiatres et des somaticiens [18]. En 1974, est organisé le premier Congrès de Psychiatrie et Psychologie médicale à Lyon. En 1980, le congrès intitulé « La psychiatrie à l'hôpital général » de Toulouse cherche à établir un pont de « la théorisation au pragmatisme ». En cette même année, la Société de psychologie médicale devient la Société de psychologie médicale et de psychiatrie de liaison. Puis le rapport du 87^e congrès de neurologie et de psychiatrie de langue française (Montréal, 1989), intitulé « La psychiatrie de liaison : concepts et réalités » [10], et rédigé en 1990 par Guillaibert, Granger, Tellier, Breton et Schmidt, dresse un état des lieux très complet sur la psychiatrie de liaison et propose une réflexion sur sa pratique. La littérature francophone se développe et le premier manuel de psychiatrie de liaison disponible en langue française, écrit par Zumbrunnen [25], est édité en 1992. Des publications francophones voient le jour dans les revues spécialisées [1]. Par la suite, de nombreuses sociétés francophones ont vu le jour et de nombreux congrès s'intéressent dorénavant à la psychiatrie de liaison.

LE DÉVELOPPEMENT DE LA PSYCHIATRIE DE LIAISON EN EUROPE ET DANS LE MONDE

Au Royaume-Uni, après la Seconde Guerre mondiale et sous l'influence des courants bio-psychosociaux américains, des services de psychiatrie de liaison commencent à se mettre en place, par exemple au Guy's Hospital à Londres, puis des organisations plus élaborées comme le service de Sir Denis Hill au Middlesex Hospital en 1961 [20]. L'abolition du suicide en tant que délit criminel et les recommandations gouvernementales sur l'évaluation psychiatrique ont provoqué un changement des pratiques,

particulièrement dans les hôpitaux universitaires. La formation en 1983 de la Faculty of Liaison Psychiatry, rattaché au Royal College of Psychiatry, a permis la promotion de la pratique clinique, de la recherche et de l'enseignement [11].

En Allemagne, la pratique est scindée entre la psychiatrie de liaison et la médecine psychosomatique. La médecine psychosomatique se développe dans les années 1920, comme aux États-Unis, mais elle devient une spécialité à part entière quand l'enseignement de la psychiatrie et de la neurologie est séparé en 1992. C'est une spécialité accessible à tous les médecins et distincte de la psychiatrie et de la médecine. La plupart des médecins « psychosomatiques » pratiquent auprès de patients hospitalisés dans des structures privées spécialisées, présentant des intrications complexes entre leurs problématiques psychiatriques et somatiques. La psychiatrie de liaison au sein des hôpitaux généraux est assurée, quant à elle, par des psychiatres ayant le titre de « psychiatre-psychothérapeute » [11].

Au niveau européen, des groupes de travail se sont créés avec, par exemple, l'European Consultation-Liaison Workgroup, collaboration de 56 services de psychiatrie de liaison dans 11 pays, débuté en 1987 [13]. Des *guidelines* concernant la formation des psychiatres de liaison sont publiées en 2007 sous l'égide de l'European Association of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics [24] (voir Chapitre 3).

En Australie, la psychiatrie de liaison s'est développée sous l'influence des États-Unis et du Royaume-Uni, jusque dans les années 1990, quand a eu lieu la réforme des soins en santé mentale. En concentrant les financements sur la prise en charge des troubles psychiatriques sévères, le financement de la psychiatrie de liaison, dont les patients étaient considérés comme « moins graves », fut arrêté. Les psychiatres de liaison devaient se concentrer sur les services d'urgences et de traumatologie. Le Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists a fortement milité pour faire changer la loi. Cette institution a mené de nombreuses études indiquant que la prise en charge des patients avec des comorbidités psychiatriques et somatiques nécessitait une évaluation systématique, des programmes de soins élaborés et un suivi de l'évolution du patient. Il a également démontré que ces prises en charge devaient se faire à un coût réduit et être facilement accessibles pour les patients comme pour les professionnels de santé [8]. Ces efforts ont mené à la reconnaissance de la psychiatrie de consultation-liaison comme une surspécialité en 1995 et à la création

en mai 2015 de la Faculty of Consultation-Liaison Psychiatry.

Au Japon, le développement de la psychiatrie de liaison s'est également fait sous l'influence des courants américains, après la Seconde Guerre mondiale. En 1959 est créée la Société japonaise de médecine psychosomatique par des psychiatres formés aux États-Unis et adhérant au modèle occidental bio-psycho-social de la maladie. Progressivement, l'intégration des paramètres culturels japonais a permis des modèles de soins plus adaptés. La création en 1988 de la Société japonaise de psychiatrie à l'hôpital général donne un nouvel élan à la discipline, avec de nombreuses recherches menées pour démontrer l'intérêt de ces prises en charge et du financement de ces services spécialisés [6].

CONCLUSION

L'étude de la psychiatrie de liaison sur le plan international se heurte aux difficultés de la terminologie. Certains pays utilisent le terme « médecine psychologique », d'autres « médecine psychosomatique », « psychiatrie à l'hôpital général », « psychiatrie de consultation-liaison » ou « psychiatrie pour les patients complexes ». Pour autant, dans presque tous les pays, on retrouve des problèmes similaires, liés aux difficultés de financement spécifique et aux incertitudes sur la pratique future [8]. Cependant, le sentiment est partagé que cette pratique connaît une évolution progressive. De nombreux pays l'ont reconnue en tant que surspécialité, et il existe de nombreuses organisations nationales et internationales, actives et innovantes, qui ont une nette influence dans la promotion de services pour la recherche et l'enseignement.

BIBLIOGRAPHIE

1. ARCHINARD M, DUMONT P, DE TONNAC N. Guidelines and Evaluation : Improving the Quality of Consultation-Liaison Psychiatry. *Psychosomatics*, 2005, 46 : 425-430.
2. BILLINGS EG, McNARY WS, REES MH. Financial importance of general hospital psychiatry to the hospital administrator. *Hospitals*, 1937, 11 : 40-44.
3. BILLINGS EG. Teaching psychiatry in the medical school general hospital : a practical plan. *JAMA*, 1936, 107 : 635-639.
4. BROWN TM, FEE E. Walter Bradford Cannon : pioneer physiologist of human emotions. *Am J Public Health*, 2002, 92 : 1594-1595.

5. CANOUI P, GOLSE B, SÉGURET S. La pédopsychiatrie de liaison. Toulouse, Érès, 2012, 368 pages.
6. CONSOLI SM. Psychiatrie à l'hôpital général. Encycl Méd Chir (Paris), Psychiatrie, 37-958-A10, 1998, 11 pages.
7. CONSOLI SM, LACOUR M. Place et spécificité de la psychiatrie au sein de la médecine. Le livre blanc de la fédération française de psychiatrie, 2002, 6 pages.
8. DIEFENBACHER A. Psychiatry and psychosomatic medicine in Germany : lessons to be learned ? Austr NZ J Psychiatry, 2005, 39 : 782-794.
9. EATON J. The educational challenge of consultation-liaison psychiatry. Am J Psychiatry, 1977, 134 : S20-S23.
10. GUILLIBERT E, GRANGER B, TELLIER G et al. Psychiatrie de liaison, rapport d'assistance. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Montréal, 1989. Paris, Masson, 1990, 349 pages.
11. GUTHRIE E. Development of liaison psychiatry. Real expansion or a bubble that is about to burst ? Psychiatr Bull, 1998, 22 : 291-293.
12. HENRY GW. Some modern aspects of psychiatry in general hospital practice. Am J Psychiatry, 1929, 86 : 481-499.
13. HUYSE FJ, HERZOG T, LOBO A et al. Consultation-liaison psychiatric service delivery : results from a European study. Gen Hosp Psychiatry, 2001, 23 : 124-132.
14. LEIGH H, STRELTZER J. Handbook of consultation-liaison psychiatry. New York, Springer, 2007, 420 pages.
15. LENOIR P, MALOY J, DESOMBRE H, ABERTA B et al. La psychiatrie de liaison en pédiatrie : ressources et contraintes d'une collaboration interdisciplinaire. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2009, 57 : 75-84.
16. LIPOWSKI ZJ. Consultation de psychiatrie et médecine psychosomatique à l'hôpital général. Revue de médecine psychosomatique, 1969, 11 : 31-55.
17. LIPSITT R. Psychosomatic medicine : history of a "new" specialty. In : M Blumfield, J Strain. Psychosomatic medicine. Philadelphia Lippincott, 2006, 3-20.
18. MARIE CARDINE M, TERRA JL. La Société de psychologie médicale et de psychiatrie de liaison de langue française. Rev Fr Psychiatr Psychol Médicale, 2007, 103 : 7-9.
19. MAYOU R. The history of general hospital psychiatry. Br J Psychiatry, 1989, 155 : 764-776.
20. MAYOU R. The development of general hospital psychiatry. In : G Lloyd, E Guthrie. Handbook of liaison psychiatry. Cambridge University Press, 2007.
21. MUSKIN P, FRIEDMAN E. Process of psychiatric consultation in the medical setting, Focus Psychiatry Online, Fall 2013, vol. XI, n° 4.
22. POUJOL R. La naissance de l'Hôpital général de Paris d'après des documents inédits. In : La Salpêtrière hier et aujourd'hui (numéro spécial de *L'Hôpital à Paris*), 1982 :11-25.
23. ROY PORTER, A social history of madness : stories of the insane, London, Weidenfeld & Nicolson, 1987.
24. SÖLLNER W, CREED F, European Association of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics Workgroup on Training in Consultation-Liaison. European guidelines for training in consultation-liaison psychiatry and psychosomatics : report of the EACLPP Workgroup on Training in Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics. J Psychosom Res, 2007, 62 : 501-509.
25. ZUMBRUNNEN R. Psychiatrie de liaison. Paris, Masson, 1992, 230 pages.

MODÈLES ORGANISATIONNELS

.....

Silla M. Consoli

Les modalités de fonctionnement, l'organisation, le nombre et la spécificité des acteurs impliqués dans les activités de psychiatrie de liaison varient d'un site à l'autre, non seulement selon la taille des agglomérations où sont implantés les hôpitaux généraux, mais parfois d'un établissement à l'autre d'une même agglomération. Cette variabilité est bien souvent secondaire à des raisons historiques : évolution des projets médicaux propres à chaque établissement hospitalier, facteurs contingents tels que la conviction personnelle de tel ou tel responsable d'un service de soins somatiques ou le dynamisme propre de tel ou tel porteur d'un projet de psychiatrie de liaison... En comparaison, d'autres facteurs plus objectifs, tels que le nombre de lits d'un établissement ou l'étendue de son bassin d'activité semblent paradoxalement moins déterminants [6]. Cette disparité pose des problèmes de santé publique et éthiques en ce qui concerne la possibilité d'un accès aux soins équitable pour tous les patients, voire de perte potentielle de chances de soins optimaux pour les patients comorbides. Elle tend néanmoins à se réduire, sous l'influence de la mise en place progressive de normes reconnaissant à la psychiatrie de liaison sa légitimité, voire son efficacité (*voir* Chapitre 4), et lui donnant sa place à part entière dans l'offre de soin de tout établissement public de soins. À la juxtaposition plus ou moins heureuse, mais parfois anarchique, d'initiatives individuelles, fait ainsi place une réflexion sur la qualité des soins proposée aux « usagers » d'un établissement public et une prise de conscience de la lourdeur que représentent pour les équipes de soins les patients à haut niveau de « complexité bio-psycho-sociale », aussi bien en termes d'organisation de la prise en charge que de pronostic somatique, comme le démontre désormais un nombre conséquent d'études épidémiologiques prospectives (*voir* Chapitre 7). L'espoir constitué par de tels changements sensibles ne doit pas cependant

faire sous-estimer le chemin qui reste encore à parcourir pour rendre les structures de psychiatrie de liaison plus visibles, mieux reconnues et plus efficaces.

ACCUEIL ET ORIENTATION DES URGENCES PSYCHIATRIQUES ET/OU PSYCHIATRIE DE LIAISON

Historiquement, en France, l'organisation de l'accueil et de l'orientation des urgences psychiatriques se présentant en hôpital général, d'une part, et le déploiement de consultations de psychiatrie de liaison en services de soins somatiques, d'autre part, ont bénéficié pendant quelque temps de l'attribution de dotations communes, souvent davantage au profit du fonctionnement des urgences que de l'intervention en services de soins somatiques. Une certaine confusion a pu s'en suivre quant aux objectifs propres à chacun de ces deux types de fonctionnement. Encore aujourd'hui, sur certains sites, les mêmes psychiatres sont amenés à intervenir dans les services d'accueil et d'orientation des urgences et dans les autres services de soins somatiques. Néanmoins, l'évolution des pratiques a, dans la majorité des cas, permis de différencier les deux modes de fonctionnement, même s'il faut leur reconnaître quelques traits communs ou quelques points d'intersection [1]. En effet, une partie des consultations « de liaison » est effectuée dans le cadre de demandes urgentes, qu'il s'agit de pouvoir traiter dans les 24 heures, voire sur-le-champ, notamment lorsqu'il existe un risque de passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif, voire après un tel passage à l'acte [7]. Quant aux psychiatres urgentistes, il est fréquent qu'ils interviennent également dans les unités de très court séjour rattachées aux services des urgences,