

FA13B

Comment mieux valoriser notre activité en psychiatrie de liaison ?

M. Saoud

*Hospices Civils de Lyon, Psychiatrie Adultes : Liaison-Consultation, Bron, France*Adresse e-mail : mohamed.saoud@ch-le-vinatier.fr

La cooccurrence des troubles somatiques et psychiatriques est très fréquente chez les patients admis à l'hôpital général. Il en découle des augmentations des risques de morbi-mortalité et des surcoûts liés à la complexité des soins [1]. Ces patients nécessitent des prises en charge multidisciplinaires ou le rôle du psychiatre de liaison-consultation joue un rôle important. Les effets bénéfiques de ces prises en charge a été démontré notamment en termes de durée moyenne de séjour. Cependant, ces études soulèvent beaucoup d'interrogation notamment concernant le critère principal d'évaluation. Ainsi par exemple certaines études, se sont intéressées au niveau de satisfaction des praticiens somatiques et des patients ainsi qu'à leurs attentes. Ces difficultés découlent également du fait que les classifications psychiatriques usuelles (DSM et CIM) apparaissent souvent comme insuffisantes pour décrire les comorbidités psychiatriques chez les patients hospitalisés à l'hôpital général [2]. Certains groupes d'experts ont par conséquent proposé quelques catégories nosographiques plus proches de la réalité de la pratique de la psychiatrie de liaison [3]. Dans cette revue, seront abordés les éléments de valorisation de l'activité de psychiatrie de liaison. Ces éléments sont : le bien-être des patients, l'intégration des psychiatres dans les équipes multidisciplinaires et les aspects médico-économiques.

Mots clés Psychiatrie de liaison ; Évaluation ; Nosographie

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références[1] de Jonge, et al. *Psychosomatics* 2001;42(3):213–21.[2] Huyse FJ, Stiefel FC. *J Psychosom Res* 2007;62(2):257–8.[3] Sensky, et al. *Adv Psychosom Med* 2007;28:169–73.<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.299>

FA13C

Le psychiatre et la chirurgie bariatrique

B. Gohier

*CHU Angers, service de psychiatrie et d'addictologie, Angers, France*Adresse e-mail : BeGohier@chu-angers.fr

L'augmentation de l'obésité en France et dans le monde a entraîné une prise de conscience de l'importance du phénomène et a conduit à réfléchir à de nouvelles propositions thérapeutiques, en particulier dans le cas de l'obésité morbide. Définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 40 kg/m², l'obésité morbide est estimée entre 0,2 à 0,3 %, ce qui représente 100 à 150 000 personnes. Après échec d'un traitement médical bien conduit, les patients présentant une obésité morbide peuvent bénéficier d'un traitement chirurgical, dont le but principal est de diminuer les risques relatifs à leur surcharge pondérale. Ce traitement nécessite une prise en charge multidisciplinaire, associant principalement médecins nutritionnistes, chirurgiens, psychiatres et/ou psychologues et diététiciens et oblige le patient à accepter un suivi médical « à vie ». Dans les quinze dernières années, le nombre de patients souffrant d'obésité morbide ayant bénéficié d'un traitement chirurgical a été multiplié par sept.

En pré-opératoire, le psychiatre évalue l'existence de maladies psychiatriques pouvant contre-indiquer ou reporter l'intervention chirurgicale, mais aussi les capacités de compréhension, la motivation et le degré de compliance du patient. Le suivi post-opératoire est le plus souvent proposé aux patients présentant des comorbidités psychiatriques avant l'intervention.

Les études montrent que cette technique d'intervention chirurgicale sur un organe sain permet de réduire significativement la morbi-mortalité, avec une réduction des coûts médico-économiques de l'obésité à long terme.

Si le traitement chirurgical et la perte de poids qui en découle permettent une amélioration de la qualité de vie et d'une forme de « dépressivité », il est souvent nécessaire, en plus du suivi nutritionnel et chirurgical d'accompagner ces patients au plan psychologique et/ou psychiatrique afin de leur permettre de travailler la question d'une restauration narcissique et d'une estime de soi affaiblie. La multidisciplinarité requise pour ce type d'intervention est un exemple du positionnement du psychiatre de liaison.

Mots clés Psychiatrie de liaison ; Chirurgie bariatrique ; Suivi ; Coût médico-économique

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Rapport ObEpi-Roche. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité; 2012.

Kolotkin RL, Davidson LE, Crosby RD, Hunt SC, Adams TD. Six-year changes in health-related quality of life in gastric bypass patients versus obese comparison groups. *Surg Obes Relat Dis* 2012;8(5):625–33.Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP, Pilkonis PA, Ringham RM, et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiat* 2007;164(2):328–34.Haute Autorité de santé. Obésité: prise en charge chirurgicale chez l'adulte—Recommandations de bonnes pratiques;2009. <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c.1139240/recommandation-obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l-adulte>.<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.300>

FA13D

Des greffes d'organe au cœur artificiel : quelle évaluation en psychologie de liaison ?

A. Le Boudec

*Hôpital Européen Georges-Pompidou, Unité fonctionnelle de psychologie et psychiatrie de liaison et d'urgence, Paris, France*Adresse e-mail : anne.leboudec@agp.aphp.fr

De longue date, le psychologue de liaison occupe une place importante dans l'évaluation et l'accompagnement du patient bénéficiant d'une transplantation cardiaque. La nature de cette évaluation tend toutefois à évoluer devant la spécificité des problématiques psychiques posées par l'implantation de nouveaux dispositifs d'assistance cardiaque, comme l'assistance ventriculaire gauche ou le cœur artificiel total.

Une partie de l'évaluation psychologique paraît transposable aux patients bénéficiant de ces avancées techniques. En effet, on portera une égale attention aux ajustements psychiques du patient devant l'évolution grave de sa maladie (capacité à intégrer les pertes, vécu de la dépendance, ressources psychiques et mécanismes de défense), à la qualité de l'investissement du projet chirurgical, à la qualité du soutien social et aux répercussions de la maladie sur la dynamique familiale. De même, au regard des nombreuses contraintes thérapeutiques futures, on évaluera les zones de vulnérabilité potentielles liées à l'histoire du patient, à son fonctionnement de personnalité et ses antécédents psychopathologiques, ainsi qu'à la qualité de son observance thérapeutique, fondamentale dans le suivi ultérieur.

Toutefois, la question de l'intégration du corps étranger et du rejet sera traitée différemment selon que le patient bénéficie d'un « organe vivant » ou d'une prothèse entièrement mécanique. Si la transplantation cardiaque « relie psychiquement » le patient à un donneur vivant puis décédé, support de nombreuses projections, qu'en est-il de celui qu'on « dépossède » de son précieux organe