

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 Psychiatr* 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

au profit d'une machine, dont une partie demeure visible et qui nécessite une prise en charge technique constante ? De même, quelles sont les angoisses suscitées par ces différents dispositifs, chez le patient lui-même, mais également chez ses proches ?

Mots clés Évaluation psychologique ; Psychiatrie de liaison ; Transplantation cardiaque ; Cœur artificiel

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

Pour en savoir plus

Baudin M, Pucheu S. L'examen psychologique de patients en attente de greffes d'organes. In: L'examen psychologique, sous la direction de M. Emmanuelli, Paris, Dunod;2004:169–79.

Eshelman A, Mason S, Neme H, Williams C. LVAD destination therapy: applying what we know about psychiatric evaluation and management from cardiac failure and transplant. *Heart Fail Rev* 2009;14:21–8.

Owen JE, Bonds CL, Wellisch DK. Psychiatric evaluations of heart transplant candidates: Predicting post-transplant hospitalizations, rejection episodes, and survival. *Psychosomatics* 2006;47:213–21.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.301>

FA13E

Le malade complexe en psychiatrie de liaison : aspects thérapeutiques

C. Massoubre*, A. Gay, T. Sigaud

Service universitaire de psychiatrie, CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : catherine.massoubre@chu-st-etienne.fr (C. Massoubre)

Il n'existe pas de définition univoque du malade complexe, mais il est souvent porteur de plusieurs pathologies chroniques, est en général âgé, utilise de nombreuses ressources médicales et de soins, est souvent hospitalisé, en général pour des périodes prolongées et nécessite de nombreux médicaments [1]. Par ailleurs l'augmentation constante des maladies complexes à l'étiologie multifactorielle (obésité, diabète, maladies cardiovasculaires, maladies dysimmunitaires...) est un problème central dans l'exercice médical actuel. Une fois hospitalisés, ces patients peuvent présenter des pathologies psychiatriques (troubles de l'humeur, troubles anxieux et parfois psychoses) qui nécessitent de faire appel à l'unité de psychiatrie de liaison.

Une réécriture de la clinique psychiatrique est nécessaire ainsi que la prise en compte des difficultés propres du service somatique, ce qui oblige à une adaptation de la prise en charge thérapeutique nécessaire non seulement en fonction des pathologies somatiques présentes, mais aussi en fonction du cadre et de la durée des prises en charge. Les thérapeutiques médicamenteuses sont utiles en respectant les principes scientifiques de la médecine actuelle, mais une approche individualisée faisant appel à d'autres domaines de l'interaction humaine tels que la psychologie, la sociologie, le droit et l'éthique sont souvent nécessaires pour arriver à une gestion coordonnée des soins du patient complexe.

Deux vignettes cliniques viendront illustrer la complexité de l'intervention du psychiatre dans son aspect thérapeutique auprès de malades complexes en psychiatrie de liaison.

Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Référence

[1] Waldvogel F, Balavoine JF, Perone N, Schussele-Fillietaz S. Les malades complexes : de la théorie des systèmes complexes à une prise en charge holistique et intégrée. *Rev Med Suisse* 2012;8:1022–4.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.302>

FA14

TDA/H et troubles du sommeil à l'âge adulte : revue de la littérature et particularités chronobiologiques

S. Bioulac

Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent, Centre Hospitalier Charles-Perrens, Bordeaux, France

Adresse e-mail : stephaniebioulac@hotmail.com

Le Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDA/H) est un trouble fréquent de l'enfant à l'âge adulte. Dans ce trouble, la comorbidité est la règle. L'association avec les troubles du sommeil est décrite chez 25 % à 50 % des enfants et chez plus de la moitié des adultes présentant un TDA/H. La question de cette comorbidité pose question. En effet, il n'est pas clair à l'heure actuelle si les troubles du sommeil sont intrinsèques au TDA/H ou s'ils se produisent à la suite d'un trouble primaire du sommeil sous-jacent. En effet, il est décrit des symptômes de « type TDA/H » dans certains troubles du sommeil primaires tels que les troubles respiratoires du sommeil, les mouvements périodiques des membres pendant le sommeil et le syndrome des jambes sans repos. De plus, la somnolence diurne excessive (l'un des symptômes de la narcolepsie et l'hypersomnie idiopathique) peut « mimer » des symptômes de TDA/H.

Dès lors, la similitude de certains symptômes peut conduire à des erreurs diagnostiques entre troubles primaires du sommeil et TDA/H.

Ainsi, nous nous proposons lors de ce symposium de faire un point sur les liens entre troubles du sommeil et TDA/H chez l'adulte :

– en effectuant tout d'abord une revue de la littérature explorant la comorbidité entre ces différents troubles.

Puis en présentant ensuite deux études originales sur ce thème en population adulte :

– explorant d'une part, la comorbidité des hypersomnies (hypersomnie idiopathique et narcolepsie) chez les adultes TDA/H et la comorbidité TDA/H chez des adultes hypersomniaques ;

– d'autre part, en explorant la somnolence diurne excessive objective par un test de maintien de l'éveil en population adulte TDA/H et l'impact de cette somnolence sur les performances de conduite des sujets (sur simulateur de conduite).

Mots clés TDA/H ; Sommeil ; Adulte ; Somnolence diurne excessive ; Hypersomnie ; Performance de conduite

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

Pour en savoir plus

Claret A, Bioulac S, Capelli A, Taillard J, Fabrigoule C, Bouvard M, Philip P. Sleepiness, sleep disorders and ADHD: pathophysiological rationale and future perspectives. *Curr Psychiatry Rev* [in review (accepté, 2014)].

Oosterloo M, Lammers GJ, Overeem S, de Noord I, Kooij JJ. Possible confusion between primary hypersomnia and adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Res* 2006;143(2–3):293–7.

Philip P, Chauton C, Taillard J, et al. Maintenance of Wakefulness Test scores and driving performance in sleep disorder patients and controls. *Int J Psychophysiol* 2013;89(2):195–202.

Yoon SY, Jain U, Shapiro C. Sleep in attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adults: past, present, and future. *Sleep Med Rev* 2012;16(4):371–88.

Yoon SY, Jain UR, Shapiro CM. Sleep and daytime function in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: subtype differences. *Sleep Med* 2013;14(7):648–55.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.303>

FA14A

TDA/H et troubles du sommeil à l'âge adulte : revue de la littérature et particularités chronobiologiques