

# PSYCHIATRIE DE LIAISON ET ADDICTOLOGIE DE LIAISON : DIFFERENCES ET COMPLEMENTARITE EN CLINIQUE

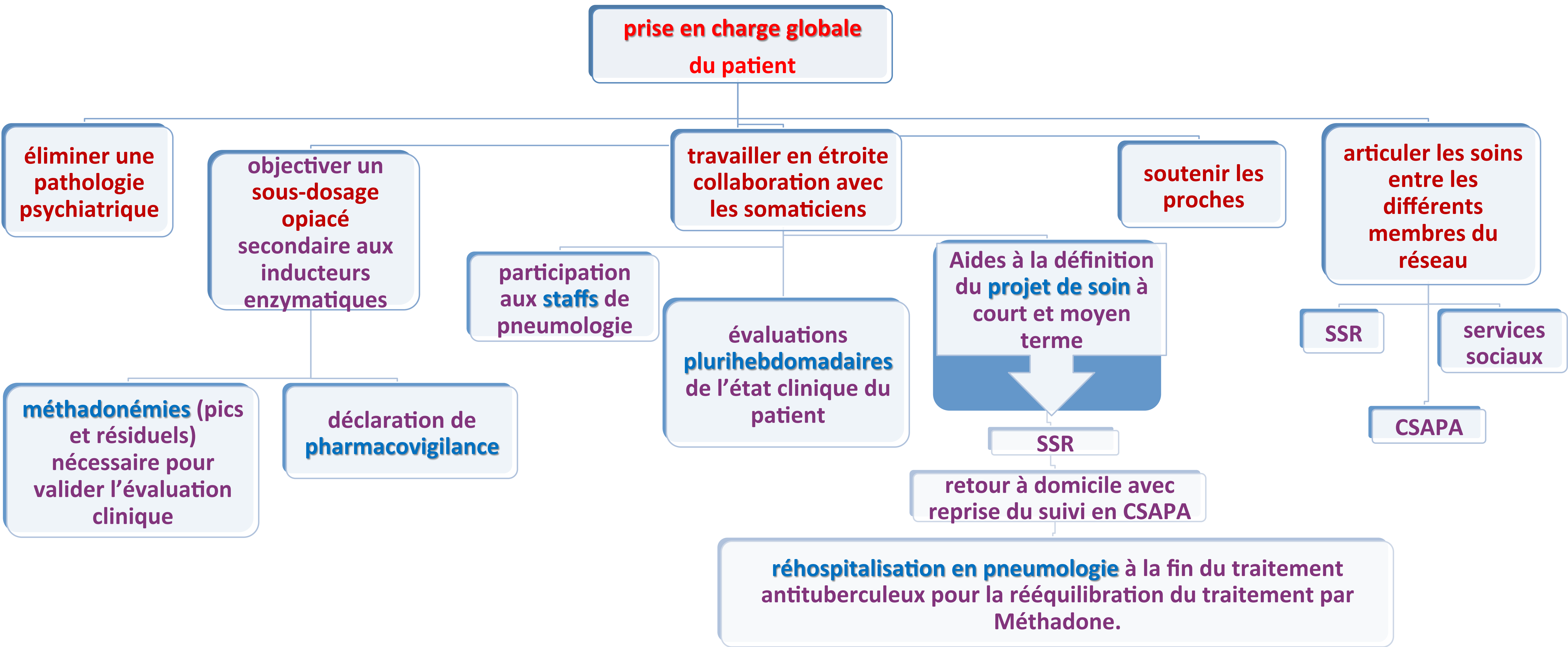
Dr Mathilde PARADIS, Unité Fonctionnelle ELSA et Psychiatrie de Liaison, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne ([matdoc7@hotmail.com](mailto:matdoc7@hotmail.com)).  
Pr Thierry CHINET, Chef de service de Pneumologie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne  
Pr Elisabeth ROUVEIX, chef de service de Médecine Interne, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne  
Pr Silla M. CONSOLI, Service de Psychologie Clinique et Psychiatrie de Liaison, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

La **psychiatrie de liaison** s’est développée au cours des dernières décennies pour répondre aux besoins en santé mentale des patients hospitalisés à l’hôpital général. Elle se situe à l’interface de la psychiatrie et de la médecine « somatique ». Plus précisément elle s’occupe des patients hospitalisés en médecine ou en chirurgie avec des troubles psychiatriques. Elle s’inscrit dans une approche globale du patient et de son entourage, et s’appuie sur un modèle bio-psycho-social.

L’**addictologie de liaison** apparaît comme le confluent des pratiques de liaison développées notamment en alcoologie, tabacologie et toxicomanie.

## CAS CLINIQUE :

Mr K. est hospitalisé en pneumologie pour une tuberculose pulmonaire. Un avis psychiatrique est demandé pour un épisode délirant aigu avec agitation ne répondant pas aux neuroleptiques. On retrouve un alcoolisme chronique sevré depuis l’hospitalisation d’il y a un mois, suivi d’une prise en charge en Service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR), et une toxicomanie substituée par Méthadone suivie dans un CSAPA. Le patient présente également une hépatite C active. Il est marié, a 3 enfants et travaille dans la récupération de métaux. A l’entretien, on ne retrouve pas d’éléments délirants. Le patient se plaint essentiellement d’une angoisse majeure mal systématisée et de symptômes de manque aux opiacés.



## DISCUSSION:

La rencontre des patients présentant une dépendance dans le cadre du soin fait naître une inquiétude dont peuvent témoigner les professionnels. Cette inquiétude peut entraver le développement d'une relation de soin propre à rétablir une dynamique de changement chez ces patients. Elle peut aussi, notamment lors de complications somatiques sévères de la consommation, amener les soignants à faire preuve de créativité dans les soins pour lutter contre la perte de chance somatique de ces patients.

## CONCLUSION :

Le cas de Mr K et l’évolution de son tableau clinique nous ont rappelés combien la consommation de substances psychoactives ainsi que les phénomènes de sevrage peuvent modifier de façon spectaculaire le comportement des patients, d’où l’importance d’une étude fine et systématisée des symptômes d’allure psychiatrique observés en milieu médical et de l’articulation d’une double expertise en psychiatrie et addictologie de liaison.