



## Article Original

## Introduction de la Psychiatrie de Liaison à l'Hôpital National de Zinder (Niger) : Bilan de Six Mois de Pratique

### *Introduction of Liaison Psychiatry at Zinder National Hospital (Niger) : Assessment of Six Months of Practice*

Moussa D<sup>1,2</sup>, Ousseyni Zika O<sup>3</sup>, Garba A<sup>1</sup>, Harouna M<sup>1</sup>, Teguera M<sup>4</sup>, Diongole H<sup>1,2</sup>, Maiga Djibo D<sup>3,5</sup>, Karfo K<sup>6,7</sup>

## RÉSUMÉ

## Affiliations :

- Hôpital national de Zinder, Niger
- Laboratoire Recherche Clinique et Systèmes de Santé, Université André Salifou de Zinder, Niger
- Hôpital national de Niamey, Niger
- Centre hospitalier régional de Dori, Burkina Faso
- Université Abdou Moumouni, Niamey, Niger
- CHU Yalgado Ouédraogo
- Université Joseph Ki-ZERBO, Ouagadougou, Burkina Faso

## Auteur correspondant :

Moussa Djibrilla  
Tél : 0022790082009  
Mail :  
[moussakoure2023@gmail.com](mailto:moussakoure2023@gmail.com)

**Mots clés :** Psychiatrie de liaison, Hôpital National de Zinder, Niger

**Keywords:** Liaison psychiatry, Zinder National Hospital, Niger

## Article history

Submitted: 17 October 2024  
Revisions requested: 6 November 2024  
Accepted: 19 November 2024  
Published: 27 November 2024

**Introduction.** La psychiatrie de liaison s'appuie sur le concept médico-psychosocial et constitue une nouvelle approche dans la prise en charge hospitalière. L'objectif de cette étude était de faire le bilan de cette activité à l'Hôpital de National de Zinder. **Méthodologie.** Il s'est agi d'une étude transversale qui s'est déroulée du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 Janvier 2023. Une fiche d'enquête a permis de recueillir les données. **Résultats.** Au total, 101 avis psychiatriques avaient été accordés. L'âge moyen des patients était de  $38,54 \pm 12,37$  ans avec des extrêmes de 17 ans et 67 ans. Les patients étaient à 71,5% de sexe masculin. Ils étaient des cultivateurs à 55,45% et des femmes au foyer à 15,84%. Les principaux services étaient les services des urgences médico-chirurgicales (21,78% des cas) et à l'aiguillage (12,87% des cas). L'incohérence des propos (34,15%), le mutisme (19,51%) et l'agressivité (17,07%) avaient motivé l'avis. La dépression (38,62%) et des troubles liés à une organicité (26,73%) étaient les principaux diagnostics. Les anxiolytiques (21,78%), les antidépresseurs (17,82%) et les antipsychotiques (12,87%) étaient utilisés dans le traitement. Les patients transférés en psychiatrie représentaient 22,77 %. Une réévaluation avait été faite dans les 72 heures qui suivaient l'avis. Des consignes avaient été laissées chez 41,58% des patients. **Conclusion.** La psychiatrie de liaison est une alternative dans les soins psychiatriques. Cette étude rapporte que la dépression est le diagnostic principal pour les avis.

## ABSTRACT

**Introduction.** Liaison psychiatry is based on the medico-psychosocial concept and represents a new approach in hospital care. The aim of this study was to assess the activity of liaison psychiatry at the National Hospital of Zinder. **Methodology.** This was a cross-sectional study conducted from January 1, 2022, to January 31, 2023. A survey sheet was used to collect the data. **Results.** A total of 101 psychiatric consultations were provided. The mean age of the patients was  $38.54 \pm 12.37$  years, with ages ranging from 17 to 67 years. The majority of patients (71.5%) were male. Most were farmers (55.45%) or housewives (15.84%). The main departments involved were the emergency medical-surgical unit (21.78% of cases) and the referral unit (12.87% of cases). The most frequent reasons for consultation were incoherence of speech (34.15%), mutism (19.51%), and aggressiveness (17.07%). The primary diagnoses were depression (38.62%) and disorders related to organic conditions (26.73%). The most common treatments prescribed were anxiolytics (21.78%), antidepressants (17.82%), and antipsychotics (12.87%). Patients transferred to psychiatric care accounted for 22.77%. A follow-up evaluation was performed within 72 hours of the consultation. Instructions were left for 41.58% of the patients. **Conclusion.** Liaison psychiatry provides an alternative approach to psychiatric care. This study reports that depression is the main diagnosis for psychiatric consultations.

**POUR LES LECTEURS PRESSÉS****Ce qui est connu du sujet**

La psychiatrie de liaison regroupe « l'ensemble des prestations cliniques, thérapeutiques, préventives, pédagogiques et de recherche prodiguées par l'équipe psychiatrique dans les différents services d'un hôpital général ». Elle n'a été que peu étudiée au Niger.

**La question abordée dans cette étude**

Bilan des activités psychiatriques dans les autres services de l'hôpital nationale de Zinder (HNZ°).

**Ce que cette étude apporte de nouveau**

- Au total cent un (101) avis psychiatriques ont été donnés au cours de la période d'étude. L'âge moyen des patients était de 38,54 ans  $\pm$ 12,37 et le sex ratio de 2,5.
- Les services bénéficiaires de l'avis étaient principalement les services des urgences médico-chirurgicales (21,78%), de l'aiguillage (12,87%), et néphrologie (10,89%)
- Les principaux symptômes pour lesquels l'avis avait été demandé étaient l'incohérence des propos (34,15%), le mutisme (19,51%), l'agressivité (17,07%) et l'agitation (14,63%)
- Les diagnostics principaux selon la CIM 10 étaient la dépression (38,62%) les troubles liés à une organicité (26,73%) et les troubles anxieux (16,83%)
- Dans 22,77 % des cas, les patients ont été transférés en psychiatrie pour leur prise en charge.

**Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.**

La psychiatrie de liaison a été bénéfique pour les patients à l'HNZ. Elle permis à une prise en charge sans discrimination ni stigmatisation des patients. Il serait intéressant de diffuser cette pratique dans les pays disposant peu de psychiatres.

**INTRODUCTION**

La psychiatrie de liaison s'occupe de troubles psychiatriques se manifestant chez les patients des autres disciplines médicales. Elle regroupe « l'ensemble des prestations cliniques, thérapeutiques, préventives, pédagogiques et de recherche prodiguées par l'équipe psychiatrique dans les différents services d'un hôpital général » [1]. L'activité de psychiatrie de liaison est multidisciplinaire et devrez comporter des psychiatres, des psychologues cliniciens et d'infirmiers psychiatriques [2]. Les acteurs en psychiatrie de liaison évoluent quotidiennement entre deux univers structurés et animés par des professionnels comme des navigateurs solitaires entre deux rives [3]. Les personnes hospitalisées dans les hôpitaux peuvent développer des troubles psychiatriques secondaires à l'impact psychologique de la maladie ou à cause des effets biologiques des médicaments sur les fonctions cérébrales. De ce fait il nous a paru important d'évaluer l'activité de la psychiatrie de liaison à l'hôpital national de Zinder (HNZ).

**MÉTHODOLOGIE**

Nous avons mené une étude transversale et descriptive. Elle a été réalisée au sein du service de psychiatrie de l'HNZ sur une période de six mois allant du 1er juillet 2022 au 31 janvier 2023. La population d'étude était constituée de tous les patients hospitalisés. Nous avons

inclus les patients des autres services chez qui un avis psychiatrique a été demandé.

Une fiche d'enquête a été élaborée. La collecte des données se faisait au cours de l'avis par un entretien puis certaines données étaient recueillies dans les dossiers. L'échantillonnage est exhaustif.

Les données socio-démographiques et cliniques des patients comportaient l'âge, le sexe, l'activité professionnelle, les antécédents médicaux et chirurgicaux, les conduites addictives, le motif de la demande de l'avis psychiatrique et le diagnostic de la maladie pour laquelle le patient était hospitalisé ; le diagnostic du trouble psychiatrique et la conduite à tenir du psychiatre ont été recueillies à partir de la fiche d'enquête. Le diagnostic des troubles psychiatriques a été posé avec les critères de la classification internationale des maladies dans sa 10<sup>ème</sup> version (CIM-10). La saisie et l'analyse des données a été faite par le logiciel de Microsoft Word, Excel et SPSS 25. Aucune information pouvant faire remonter aux patients n'était présentée dans notre travail et l'accès aux données collectées était limité. Le consentement verbal des patients inclus et vus en entretien dans cette étude a été obtenu avant d'enquêter.

**RÉSULTATS**

Au total cent un (101) avis psychiatriques ont été donnés au cours de la période d'étude. L'âge moyen des patients est de 38,54 ans  $\pm$ 12,37 avec des extrêmes de 17 ans et 67 ans. Les patients étaient majoritairement de sexe masculin (71,5 %) avec un sex ratio de 2,5. La plupart des patients étaient des cultivateurs (55,45%) et des femmes au foyer (15,84%) (Tableau 1).

**Tableau 1 : Répartition des patients selon la profession**

Profession	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Cultivateur	56	55,45
Chauffeur	6	5,94
Commerçant	9	8,91
Élève	7	6,93
Femme au foyer	16	15,84
Enseignant	3	2,97
Sans emploi	4	3,96
Total	101	100

Les services bénéficiaires de l'avis étaient principalement les services des urgences médico-chirurgicales (21,78%), de l'aiguillage (12,87%), et néphrologie (10,89%) (Tableau 2).

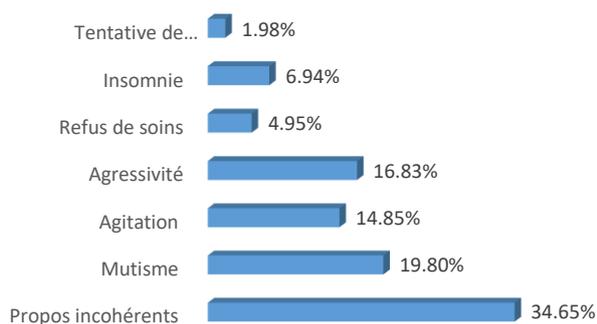
**Tableau 2 : Répartition des patients selon les services demandeurs. (n=101)**

Services	Effectif	%
Urgences médico-chirurgicales	22	21,78
Aiguillages	13	12,87
Néphrologie	11	10,89
Médecine générale femme	10	9,90
Médecine générale homme	8	7,92
Maladies infectieuses et tropicales	7	6,93
Cardiologie	6	5,94
Urologie	6	5,94
Pédiatrie A	5	4,96
Dermatologie	4	3,96
Neurologie	3	2,97

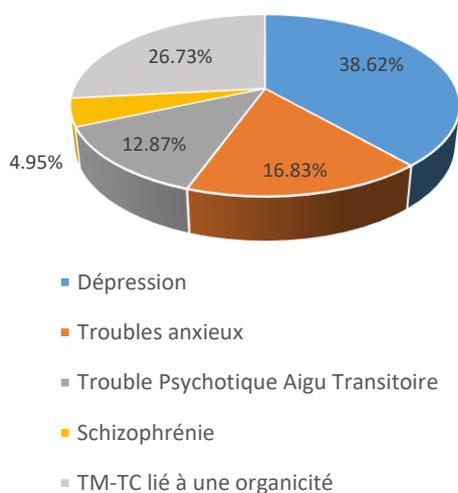
**Tableau 2 : Répartition des patients selon les services demandeurs. (n=101)**

Services	Effectif	%
Traumatologie	2	1,98
Chirurgie B	1	0,99
ORL	1	0,99
Pneumologie	1	0,99
Réanimation	1	0,99
Total	101	100,00

Sur le plan clinique, les symptômes prédominants pour lesquels l'avis avait été demandé étaient l'incohérence des propos (34,15%, n=35), le mutisme (19,51%, n=20), l'agressivité (17,07% n=17) et l'agitation (14,63% n=15) Figure 1.

**Figure 1 : Répartition des patients selon les motifs de la demande**

Les diagnostics principaux selon la CIM 10 posés sont la dépression (38,62%, n= 39) les troubles liés à une organicité (26,73%, n =27) et les troubles anxieux (16,83%, n =17) Figure 2.

**Figure 2 : Répartition des patients selon le diagnostic CIM10**

Pour la prise en charge des patients, 51,48 % (n=52) ont reçu des prescriptions. Les psychotropes prescrits sont les anxiolytiques (hydroxyzine ou diazépam) dans 21,78% (n=22) des cas, les antidépresseurs (amitriptyline ou la fluoxétine) dans 17,82% (n=18) des cas et les antipsychotiques (risperidone ou olanzapine) dans 12,87% (n=13) des cas.

Tous les patients ont bénéficié d'une psycho-éducation avec une psychothérapie de soutien à 100% (n=101).

Au terme des demandes, dans 22,77 % (n =23) des cas des avis psychiatriques accordés, les patients ont été transférés en psychiatrie pour leur prise en charge. Aussi une évaluation des patients dans les soixante-douze heures avait été consignée chez 42 patients (41,58%).

## DISCUSSION

La psychiatrie de liaison est apparue aux États-Unis avec la création en 1902 à l'Albany Hospital de la première unité de psychiatrie de l'hôpital général [1]. La psychiatrie de liaison, qui s'adresse aux patients, à leur entourage, mais aussi aux équipes soignantes, regroupe des interventions extrêmement diversifiées, allant d'activités à caractère clinique à des activités pédagogiques ou de recherche [2]. Cette pratique se fait aussi en Afrique mais avec peu de documentation surtout en Afrique subsaharienne. Dans notre étude nous avons accordés 101 avis dans des services différents. Nous avons relevé une prédominance des hommes (71,5%) de même que Moulaye à Oran [4], Sharpe et Paliweni-Zwane qui rapportaient respectivement (51,7%), 53% et 78,3% [4-6]. On pourrait l'expliquer dans notre contexte par l'autonomie financière et de décision des hommes sur les femmes. En effet, dans plusieurs cultures africaines, la femme dépend des hommes et ne peut rien entreprendre sans accord, ce qui pourrait constituer un frein dans sa prise de décision. Pour les services demandeurs il s'agit surtout des services des urgences médico-chirurgicales (21,78%) et le service de l'aiguillage (12,87%) qui prédominent dans notre cas. Ce résultat varie selon les auteurs. Moulaye à Oran rapportait presque tous les services de l'hôpital avec en-tête le service de Médecine interne suivi de chirurgie générale, oncologie sur une durée d'étude d'un an alors que Barrimi M au Maroc sur une étude de 24 mois, rapportait 22 services demandeurs dont le service de dermatologie (16%), néphrologie (11%), chirurgie viscérale (9%) [4,1]. En ce qui concerne le motif de demande de l'avis, nous avons rapporté l'incohérence des propos (34,65%), le mutisme (19,80%), l'agressivité (16,83%) et l'agitation (14,85%). Alors que Moulaye [4] rapportait dans son étude l'agitation (23%), le syndrome dépressif (15%), la tentative de suicide (7%), tandis que Barrimi [1] notait pour le syndrome dépressif (15,55%), l'agitation (17,22%); la tentative de suicide (17,22%). Cette variation des résultats comparativement à nos résultats peut s'expliquer par l'échantillonnage. Nous avons utilisé les critères CIM-10 pour poser les diagnostics dont les principaux étaient la dépression (38,62%), et les troubles anxieux (16,83%). Contrairement à certains auteurs qui ont utilisé les critères du DSM-5[1,4]. La question du diagnostic est un défi auquel le clinicien est confronté quotidiennement dans un

contexte de secret professionnel [7]. Pour le traitement nous avons utilisé les anxiolytiques (21,78%), antidépresseurs (17,82 %) et antipsychotiques (12,87%) mais aussi la psychoéducation et la psychothérapie de soutien chez tous les patients comparativement à Moulay [4] qui rapportait un traitement médicamenteux avec une psychothérapie (81,9%), une psychothérapie (11%). Barrimi [1] par contre avait utilisé une association des antidépresseurs et anxiolytiques dans 60 % des cas, un soutien psychologique dans 11 % des cas, et des antipsychotiques dans 10 % des cas. Ces résultats s'expliqueraient par les pathologies et leur sévérité. Plusieurs études ont conclu à la nécessité de développer la psychiatrie de liaison, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié en novembre 2018 des recommandations internationales proposant des pistes pour améliorer la santé physique des personnes concernées par un trouble psychique sévère [8]. La psychiatrie de liaison, qui a évolué au cours des dernières décennies, est une discipline en plein essor, qui a su démontrer son intérêt au sein des services somatiques. Son développement est un reflet du redéploiement de la psychiatrie dans les autres services de l'hôpital général [3]. Plusieurs auteurs rapportent des prescriptions et suivis selon les cas. On retient dans tous les cas l'association de la psychothérapie car cela apporte un réconfort au patient et rend leur hospitalisation moins ennuyeuse en dehors de la thérapie. Par conséquent l'appui des psychologues cliniciens est nécessaire. Dans notre série, 41,5% (n= 17) des patients avaient bénéficié d'une réévaluation dans leur service d'hospitalisation et cela était une opportunité pour les patients d'une part qui ne souhaitaient pas avoir un séjour en milieu psychiatrique et d'autre part pour l'équipe soignante qui recevait des consignes. Bien que ce personnel trouvât que c'est un travail supplémentaire, cette activité représentait une formation continue pour ces équipes non psychiatriques.

## CONCLUSION

La psychiatrie de liaison, grâce à la consultation des patients hors du service de psychiatrie, permet de faire bénéficier les patients d'une prise en charge psychiatrique optimale pour leur bien être intégral. Sa promotion est une opportunité pour les hôpitaux. Il est plus que nécessaire de diffuser cette pratique dans les pays disposant peu de psychiatres. La complémentarité avec l'activité psychologique est importante car la prise en charge psychosociale est toujours en souffrance. Cela implique une obligation aux hôpitaux d'avoir des assistants sociaux et des psychologues cliniciens dans l'équipe des soignants.

## Conflits d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts.

## Remerciements

Nos remerciements vont à l'endroit de l'équipe du service de psychiatrie et des autres services de l'étude.

## Contribution des auteurs

L'auteur correspondant à collecter les données et rédiger le manuscrit. Tous les auteurs ont lu et corrigé le manuscrit.

## Source de financement

Aucune.

## RÉFÉRENCES

- Barrimi M, Elghazouani F, Aarab C, Tliji A, Rharrabti S, Lahlou F, Rammouz I, Aalouane R. Une expérience de psychiatrie de liaison au Maroc : étude transversale sur 24 mois [Experience of liaison psychiatry in Morocco: transversal study over 24 months]. *Encephale*. 2014 Oct; 40 (5):373-9. French. doi: 10.1016/j.encep.2013.03.010. Epub 2013 Oct 2. PMID:
- Chocard A.S, Malka J, Tourbez G, Duverger P, Gohier B, Garré J-B. Psychiatrie de liaison : Quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison ? *Annales Médico Psychologiques* 2005 ;163 :691–696
- Mahamane Mobarak S A, Almoustapha Ousmane C, BoubacarBagué, Ousmane Issoufou H, Konsam Cédric C S, Oumou Ousseyni Z, and all. Bilan de deux années de psychiatrie de liaison au Service de Psychiatrie du Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso *Ann. Afr. Med.* Juin 2024;17( 3)
- Moulay Ali A, Asma O, Malik B. Psychiatrie de liaison: Experience du CHU d'Oran Algerian journal of health sciences. *Décembre 2022; 4(2):140-146. DOI: 10.5281/zenodo.7322741.*
- Sharpe M, Toynbee M, Van Niekerk M, Bold R, Walker J. Patient and Medical Unit Staff Experiences of Proactive and Integrated Consultation-Liaison Psychiatry in The HOME Study: A Qualitative Investigation. *J Acad Consult Liaison Psychiatry*. 2024 Jul-Aug; 65(4):327-337.
- Paliweni-Zwane TI, Modisane LN, Grobler GP. Factors associated with long hospitalisation for psychotic disorder patients in an acute ward: Tertiary care hospital. *S Afr J Psychiatr*. 2024 Apr 23, 30:2049. doi: 10.4102/sajpspsychiatry.v30i0.2049.
- Keshavan MS, Davis B, Friedman-Yakoobian M, Mesholam-Gately RI. Quel est mon diagnostic, Doc: Discuter du diagnostic de psychose avec les patients et les familles. *Schizophr Res*. 2022 Jan; 239:92-94. DOI : 10.1016/j.schres.2021.10.009.
- Bornes C. La médecine de liaison en psychiatrie, pour une synergie des compétences au bénéfice des patients. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-5-page-653>
- Eyoum C, Mbongo'o G C, Njiengwe E, Epopa Ebene DD, Menzapo GD, Sidi Tchameni C, and al. Pratique de la Psychiatrie à l'Hôpital Laquintinie de Douala : Évaluation de Trois ans d'activités *Health Sci.Dis.* August 2021; Vol 22 (8) 76-81