



En ligne
<https://www.atrss.dz/ajhs>



Article Original

Psychiatrie de liaison : expérience du CHU d'Oran

Liaison psychiatry: experience of the University Hospital of Oran

AMANI Moulay Ali ¹, **OUDDANE Asma**¹, **BELKORISSAT Malik**²

¹ Université d'Oran 1 Ahmed ben Bella, Service des Urgences Psychiatriques, Centre Hospitalo-universitaire Benaouda Benzerdjeb d'Oran, Algérie

² Etablissement Public Hospitalier Sœurs Berdj, Chlef, Algérie

RESUME

Introduction : La psychiatrie de liaison est l'une des branches les plus récentes de la psychiatrie. Elle s'occupe des troubles psychiatriques qui se manifestent chez les patients des autres disciplines médicales ou chirurgicales. L'objectif de cette étude est l'évaluation de l'activité de psychiatrie de liaison du service des urgences psychiatriques du CHU d'Oran et ainsi établir un profil des patients relevant de cette activité, connaître les différents types de maladies somatiques à l'origine des troubles psychiatriques et les troubles psychiatriques diagnostiqués. **Matériel et méthode :** Il s'agit d'une étude transversale descriptive. Elle s'est déroulée sur une période d'une année, de mars 2018 à avril 2019. La population de l'étude représente les patients relevant de la psychiatrie de liaison. La taille de l'échantillon est de 145 patients. **Résultats :** Sur l'ensemble des motifs de la demande de consultation psychiatrique, l'agitation, les symptômes anxieux et les symptômes dépressifs étaient les plus rapportés. Ils représentaient respectivement 22.9%, 19.3% et 15.2% des motifs de consultation. Les troubles psychiatriques les plus diagnostiqués étaient le trouble dépressif caractérisé, presque un tiers des cas (31.7% des cas), suivi par l'état confusionnel (19.3% des cas), et le trouble de l'adaptation (11.7% des cas). Par ailleurs, dans 6.2% des cas l'examen psychiatrique était normal. Les maladies cancéreuses, infectieuses, métaboliques et endocriniennes étaient les maladies somatiques les plus fréquemment à l'origine des demandes des consultations psychiatriques. Ils représentaient respectivement 16.6%, 15.9% et 15.2% des cas. **Conclusion :** Les personnes hospitalisées à l'hôpital général peuvent développer des troubles psychiatriques qui sont secondaires à l'impact psychologique de leurs maladies ou à son effet biologique direct sur les fonctions cérébrales. Dans ce cas, la prise en charge est multidisciplinaire et l'intervention du psychiatre pour le traitement des troubles psychiatriques est indispensable.

MOTS CLES : psychiatrie, liaison, psychosomatique, maladie générale, psycho-organique

ABSTRACT

Introduction : Liaison psychiatry is one of the newest branches of psychiatry. It deals with psychiatric disorders that appear in patients from other medical or surgical disciplines. This study aims to evaluate the liaison psychiatry activity at the psychiatric emergency department of the University Hospital of Oran and thus to establish a profile of the patients observed in this context, to know the different types of somatic diseases at the origin of psychiatric disorders and diagnosed psychiatric disorders. **Material and method :** This is a descriptive cross-sectional study. It took place over a time period of one year, from March 2018 to April 2019. The study population represents patients seen as part of liaison psychiatry. The sample size is 145 patients. **Results :** Among the reasons for requesting a psychiatric consultation are agitation, anxious symptoms and depressive symptoms which were the most reported ones. They represented respectively 22.9%, 19.3% and 15.2% of the reasons for consultation. The most diagnosed psychiatric disorders were major depressive disorder, almost a third of cases (31.7% of cases), followed by confusional state (19.3% of cases), and adaptation disorder (11.7% of cases). Moreover, in 6.2% of cases the psychiatric examination was normal. Cancer, infectious, metabolic and endocrine diseases were the most frequent somatic diseases at the origin of requests for



psychiatric consultations. They represented respectively 16.6%, 15.9% and 15.2% of the cases. **Conclusion :** Hospitalized persons in the general hospital may develop psychiatric disorders that are secondary to the psychological impact of their illnesses or to its direct biological effect on the brain. In this case care is multidisciplinary and the intervention of the psychiatrist for the treatment of psychiatric disorders is essential.

KEYWORDS: psychiatry, liaison, psychosomatics, general illness, psycho-organic

* Auteur Correspondant. Tel.: 213668508883
Adresse E-mail : dr.m.a.amani@gmail.com

Date de soumission : 11/04/2022
Date de révision : 03/05/2022
Date d'acceptation : 22/05/2022

DOI : 10.5281/zenodo.7322741

Introduction

La psychiatrie de liaison est l'une des branches les plus récentes de la psychiatrie. Elle s'occupe des troubles psychiatriques qui se manifestent chez les patients des autres disciplines médicales ou chirurgicales. Elle concerne la pratique clinique, l'enseignement et la recherche au niveau de l'hôpital général [1].

L'intérêt et les bénéfices de la psychiatrie de liaison ont déjà été étudiés par des travaux scientifiques internationaux et maghrébines [2, 3, 4, 5]. En effet, elle permet une meilleure adaptation des patients à l'hospitalisation, améliore leur observance thérapeutique, leur qualité de vie et leur réinsertion sociale. Ainsi, le développement de la psychiatrie de liaison a été souhaité à la fois par les médecins somaticiens qui ont besoin des psychiatres dans la prise en charge de leurs patients qui présentent des troubles psychiatriques, par les responsables de la santé pour ses bénéfices économiques mais aussi par les psychiatres qui ont souhaité développer cette nouvelle discipline qui a souvent recours à la médecine psychosomatique [6].

Le service des urgences psychiatriques du centre hospitalo-universitaire d'Oran (CHU d'Oran), Algérie, a organisé une activité de psychiatrie de liaison en plus de l'activité des urgences. Ainsi, chaque jour un médecin psychiatre est affecté à cette activité. Lorsqu'il y a une demande d'une consultation de psychiatrie de la part de l'un des services médicaux ou chirurgicaux du CHU d'Oran, le médecin psychiatre se déplace au service demandeur pour effectuer la consultation. Les patients vus dans ce cadre sont suivis durant toute leur hospitalisation et sont orientés après leur sortie, en cas de besoin, vers une hospitalisation psychiatrique ou une consultation externe pour la continuité de la prise en charge.

L'objectif de cette étude est l'évaluation de l'activité de psychiatrie de liaison du service des urgences psychiatriques du CHU d'Oran et ainsi établir un profil

des patients relevant de cette activité, connaître les différents types de maladies somatiques à l'origine des troubles psychiatriques et les troubles psychiatriques diagnostiqués et étudier les liens entre les maladies somatiques et les troubles psychiatriques diagnostiqués.

Matériels and Méthodes

Il s'agit d'une étude transversale descriptive. Elle a été réalisée au sein du service des urgences psychiatriques du centre hospitalo-universitaire d'Oran. Elle s'est déroulée sur une période d'une année, de mars 2018 à avril 2019. La population de l'étude représente les patients relevant de la psychiatrie de liaison. Notre échantillon est exhaustif, il s'agit de l'ensemble des patients vus durant la période d'étude. La taille de l'échantillon est de 145 patients.

Le questionnaire utilisé dans cette étude comprend deux parties : une première partie concerne les données sociodémographiques et cliniques des patients : l'âge, le sexe, le niveau d'étude, l'activité professionnelle, les antécédents médicaux et chirurgicaux, les conduites addictives, le motif de la demande de la consultation psychiatrique et le diagnostic de la maladie organique pour laquelle le patient a été hospitalisé; Et la deuxième partie comporte le diagnostic du trouble psychiatrique et la conduite à tenir du psychiatre.

Le diagnostic des troubles psychiatriques a été posé selon les critères du DSM 5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie dans sa 5^{ème} version) [7].

Devant le nombre important des maladies organiques, elles ont été regroupées en différents types : cancéreuses, infectieuses, métaboliques et endocriniennes, pulmonaires, liées à la grossesse, à l'accouchement et leurs complications, liées à une intoxication, chirurgie abdominale, inflammatoires et auto immunes, cardiaques, polytraumatisme, dermatologiques, hépatiques, hématologiques et neurologiques.

Les données ont été recueillies à partir d'une grille d'analyse élaborée pour l'étude. La saisie et l'analyse des données a été faite par le logiciel SPSS 25 (Statistical Package for the Social Sciences).

L'aspect éthique a été pris en compte. Les patients ont été informés sur les modalités et les objectifs de l'étude afin de pouvoir donner leur consentement et l'anonymat a été respectée.

Résultats

Données sociodémographiques

La moyenne d'âge était de 44.25 ans avec des âges extrêmes de 14 ans et 87 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des 40 à 65 ans (44.8%, N=65). Il y'avait pratiquement autant de patients de sexe masculin que de sexe féminin, le sex-ratio est égal à 0.93. Plus de la moitié étaient mariés (62.1%, N=90). Plus de la moitié avaient une activité professionnelle (54.5%, N=79). Plus de la moitié avait un niveau d'instruction moyen à secondaire (Tableau 1).

Tableau 1 : caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques	Pourcentage (Nombre)
Age (ans)	
< 18	4.1% (6)
18 – 39	38.6% (56)
40 – 65	44.8% (65)
> 65	12.4% (18)
Sexe	
Féminin	48.3% (70)
Masculin	51.7% (75)
Etat matrimonial	
Célibataire	36.6% (53)
Marié	62.1% (90)
Divorcé	1.4% (2)
Activité professionnel	
Avec travail	54.5% (79)
Sans travail	24.1% (35)
Retraité	21.4% (31)
Niveau d'instruction	
Absence de scolarisation	16.6% (24)
Primaire	12.4% (18)
Moyen	43.4% (63)
Secondaire	16.6% (24)
Universitaire	11% (16)

Antécédents

Antécédents psychiatriques

Dans la grande majorité des cas (79.3%, N=45) c'était le premier contact avec la psychiatrie. Seulement 20.7% (N=30) avaient des antécédents psychiatriques.

Les antécédents psychiatriques étaient par ordre de fréquence une schizophrénie dans 40% des cas (N=12), un trouble dépressif caractérisé dans 23.3% des cas (N=7), un retard mental dans 6.7% des cas (N=2), un trouble anxieux généralisé dans 6.7% des cas (N=2), un trouble de la personnalité dans 6.7% des cas (N=2), une démence dans 6.7% des cas (N=2), un trouble psychotique bref dans 3.3% des cas (N=1) et un trouble délirant dans 3.3% des cas (N=1).

Antécédents d'addictions

En dehors du tabac, 21.4% (N=31) avaient des antécédents d'addictions. Dans 38.7% des cas (N=12) c'était une poly toxicomanie (alcool, benzodiazépine, cannabis, etc.), dans 25.8% des cas (N=8) c'était une addiction à l'alcool, dans 16.1% des cas (N=5) c'était une addiction aux benzodiazépines, dans 9.7% des cas (N= 3) c'était une addiction au cannabis et dans 9.7% des cas (N= 3) c'était une addiction à la prégabaline.

Motifs de demande de consultation psychiatrique

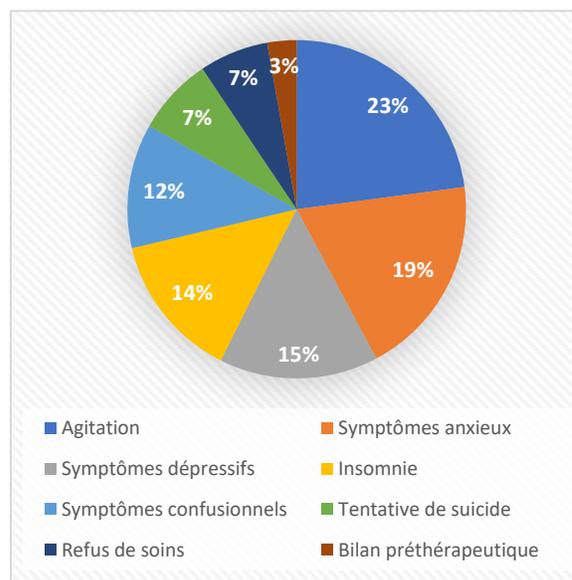


Figure 1 : Motifs de la demande de consultation psychiatrique

Sur l'ensemble des motifs de la demande de consultation psychiatrique, l'agitation, les symptômes anxieux et les symptômes dépressifs étaient les plus rapportés. Ils représentaient respectivement 22.9%, 19.3% et 15.2% des motifs de consultation. Par ailleurs, dans 2.8% des cas, il n'y avait aucun symptôme et c'était une demande d'un examen psychiatrique dans le cadre d'un bilan pré thérapeutique (Figure 1).

Services demandeurs des consultations psychiatriques

Le service de médecine interne est le service qui avait demandé le plus d'avis psychiatriques (16.6% des cas, N=24), suivi du service de chirurgie générale (13.1% des cas, N=19), du service de pneumologie (11.7% des cas, N=17) et du service des maladies infectieuses (10.4% des cas, N=15) (Tableau 2).

Tableau 2 : Les services demandeurs des consultations psychiatriques

Le service demandeur de la consultation	Le nombre	Le pourcentage
Médecine interne	24	16.6%
Chirurgie générale	19	13.3%
Pneumologie	17	11.7%
Maladie infectieuses	15	10.4%
Oncologie	14	9.7%
Gynécologie-obstétrique	11	7.6%
Hématologie	9	6.2%
Urgences médico-chirurgicales	5	3.4%
Dermatologie	5	3.4%
Gastro-entérologie	5	3.4%
Cardiologie	4	2.8%
Orthopédie	4	2.8%
Pédiatrie	3	2.1%
Chirurgie thoracique	3	2.1%
Réanimation médicale	3	2.1%
Chirurgie cardiaque	1	0.7%
Endocrinologie	1	0.7%
Rééducation	1	0.7%
Service pénal	1	0.7%

Maladies somatiques pour lesquelles les patients ont été hospitalisés

Les maladies cancéreuses, infectieuses, métaboliques et endocriniennes étaient les maladies somatiques les plus fréquemment à l'origine des demandes des consultations psychiatriques. Ils représentaient respectivement 16.6% (N=24), 15.9% (N=23) et 15.2% (N=22) des cas (Tableau 3).

Tableau 3 : Les services demandeurs des consultations psychiatriques

Type de maladies	Le nombre	Le pourcentage
Cancéreuses	24	16.6%
Infectieuses	23	15.9%
Métaboliques et endocrinienne	23	15.9%
Pulmonaires	14	9.7%
Grossesse, accouchement et leurs complications	11	7.6%
Intoxication	10	6.9%
Chirurgie abdominale	9	6.2%
Inflammatoires et auto-immunes	8	5.5%
Cardiaques	5	3.4%
Polytraumatisme	5	3.4%
Dermatologiques	4	2.8%
Hépatiques	4	2.8%
Hématologiques	3	2.1%
Neurologiques	2	1.4%

Diagnostic

Les troubles psychiatriques les plus diagnostiqués étaient le trouble dépressif caractérisé, presque un tiers des cas (31.7% des cas, N=46), suivi par l'état confusionnel (19.3% des cas, N=28), et du trouble de l'adaptation (11.7% des cas, N=17). Par ailleurs, dans 6.2% des cas (N=9) l'examen psychiatrique était normal (tableau 4).

Tableau 4 : Diagnostic selon les critères du DSM 5

Diagnostic (DSM 5)	Le nombre	Le pourcentage
Trouble dépressif caractérisé	46	31.7%
Etat confusionnel	28	19.3%
Trouble de l'adaptation	17	11.7%
Sevrage	12	8.3%
Schizophrénie	12	8.3%
Attaque de panique	7	4.8%
Insomnie	5	3.4%
Trouble psychotique bref	3	2.1%
Retard mental	3	2.1%
Trouble neurocognitif majeur (démence)	2	1.4%
Trouble psychotique induit par une substance	1	0.7%
Aucun diagnostic	9	6.2%

Conduite à tenir

Dans 81.9% des cas (N=120), le patient a bénéficié d'un traitement médicamenteux avec une psychothérapie, dans 11% des cas (N=16) il a bénéficié d'une psychothérapie et dans 6.2% des cas (N=9) il ne nécessitait aucune prise en charge psychiatrique ou psychologique particulière.

Discussion

La présente étude a visé l'évaluation de l'activité de psychiatrie de liaison du service des urgences psychiatriques du CHU d'Oran. Elle a permis l'établissement du profil sociodémographique et clinique des patients qui sont vus dans ce contexte et une meilleure connaissance des symptômes et des troubles psychiatriques qu'ils présentent ainsi que les maladies somatiques qui sont en lien avec ses troubles.

Dans la grande majorité des cas (79.3%, N=45) la consultation de psychiatrie de liaison constituait le premier contact du patient avec la psychiatrie. Cela pourrait être expliqué soit par l'impact psychologique de la maladie et de l'hospitalisation ou par des troubles psychiatriques induits par la maladie organique pour laquelle le patient a été hospitalisé ou ses traitements (8, 9, 10). Par ailleurs, certains patients pourraient avoir des troubles psychiatriques qui n'étaient pas diagnostiqués et qui ont été révélés suite à l'hospitalisation.

En effet, la maladie entraîne une atteinte de l'image de soi et du sentiment de toute puissance, donne un sentiment de trahison de son corps et d'injustice, une résurgence de l'angoisse de mort et une rupture de l'équilibre antérieur auquel le malade doit s'adapter. Aussi, le patient devient dépendant de l'équipe soignante et de sa famille et c'est d'autant plus difficile lorsque le patient se trouve hospitalisé. Ainsi, des réactions psychologiques et des complications psychiatriques peuvent apparaître [11]. Ce qui explique les taux élevés du trouble dépressif caractérisé et du trouble de l'adaptation dans notre étude, estimés respectivement à 31.7% (N=46) et 11.7% (N=17) des cas. Ces résultats concordent avec ceux de la littérature. La dépression est le diagnostic le plus porté dans les études sur la psychiatrie de liaison, sa fréquence varie entre 19% et 59% dans cette population [2, 3, 4, 5]. Par ailleurs, la prévalence de la dépression chez les patients hospitalisés à l'hôpital générale varie entre 5 % à 34 % selon les études [12].

D'autre part, certains troubles mentaux peuvent être secondaires à l'effet biologique de maladies organiques, neurologiques, immunitaires, inflammatoires, endocrinienne, métaboliques ou cancéreuse. Ces troubles ne sont pas dus à l'impact psychologique de la maladie mais à l'effet biologique directe de la maladie organique sur le système nerveux central [13]. De même, certains troubles mentaux peuvent être secondaires à l'effet iatrogène des médicaments non psychiatriques. Il a été estimé que les troubles psychiques secondaires à la prise d'un traitement représentent 6% de la totalité des effets secondaires

signalés à la pharmacovigilance [14]. Dans notre étude par exemple nous avons diagnostiqué l'état confusionnel dans 19.3% (N=28) des consultations de psychiatrie de liaison, un trouble dont l'étiologie peut être soit une maladie organique, une intoxication à une substance, un sevrage ou un effet secondaire d'un médicament.

En dehors du tabac, 21.4% (N=31) avaient des antécédents d'addictions dont 38.7% (N=12) avait une poly toxicomanie (alcool, benzodiazépine, cannabis, etc.) alors que la prévalence de consommation de drogue dans la région ouest de l'Algérie est estimée à 3.08% [15]. Au Maroc, Brahimi et al. [3] ont retrouvé aussi un taux élevé d'addiction chez cette population (23%). Cela confirme à nouveau les conséquences néfastes de la toxicomanie à la fois sur le plan organique et psychique [16, 17, 18].

Les maladies somatiques les plus fréquentes pour lesquelles l'avis psychiatrique a été demandé étaient les maladies cancéreuses (16,6%), les maladies métaboliques et endocrinienne (15,9%) et les maladies infectieuses (15,9%).

Plusieurs études ont mis en évidence des troubles psychologiques ou psychiatriques associés aux cancers et à leurs traitements (chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie) : anxiété, dépression, trouble de l'adaptation, troubles cognitifs, baisse de l'estime de soi et troubles sexuels [19]. On estime que 15 % à 25 % des patients cancéreux souffrent de dépression [20]. La douleur intense multiplie par 2 à 4 fois le risque de dépression. Ce risque augmente aussi avec l'invalidité physique et la dépendance [21].

Le lien entre troubles psychiatriques et maladies métaboliques et endocriniennes est actuellement bien établi [22, 23]. Par exemple, La prévalence des troubles dépressifs chez les diabétiques se situe dans la fourchette générale de 10 % à 15 %, ce qui est environ deux fois plus élevée que la prévalence de la dépression chez les non diabétiques [24].

Il existe également de nombreuses descriptions d'une association entre infection, inflammation du système nerveux central (SNC) et états psychopathologiques. Par exemple, des symptômes de dépression et de psychose ont été décrits lors de l'infection virale du SNC par le virus de l'herpès simplex de types 1 [25] et 2 [26, 27] et la rougeole [28]. Aussi, les patients infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) courent un risque accru de maladie psychiatrique. Le trouble dépressif caractérisé et les symptômes dépressifs sous-syndromiques, ainsi que le trouble anxieux et la toxicomanie sont plus fréquents chez les personnes infectées par le VIH que dans la population générale [29].

Dans notre étude, la grande majorité des patients vus dans le cadre de la psychiatrie de liaison (81.9% des cas, N=120) ont nécessité une prise en charge psychiatrique (traitement psychotrope avec psychothérapie). Cela a permis aux médecins somaticiens de stabiliser leurs patients sur le plan psychiatrique pour qu'ils puissent prendre en charge la maladie organique pour laquelle le patient a été hospitalisé. Une évaluation du modèle RAID (Rapid Assessment, Interface and Discharge) a estimé que grâce à la psychiatrie de liaison employée au City Hospital de Birmingham, l'hôpital économisait entre 43 et 64 lits par jour. Ceci grâce à la réduction des durées de séjour et le nombre de réadmission [30]. Cela a poussé au développement de services ou d'unités de psychiatrie de liaison dans les hôpitaux généraux dans les pays développés. Par exemple, En 2015, en Angleterre, 168 des 179 hôpitaux généraux dotés d'un service d'urgence disposaient de service de psychiatrie de liaison [31] et il a été fixé pour objectif d'atteindre les 100% à long terme [32].

Les limites de notre étude sont l'absence d'une population témoin et d'un volet analytique qui permettent d'établir le lien de certitude cause à effet.

Conclusion

Cette étude a montré toute l'importance de l'activité de la psychiatrie de liaison dans un hôpital général d'où l'intérêt de doter les hôpitaux généraux en Algérie, d'unités de psychiatrie de liaison. En effet, le lien entre maladie organique et psychiatrique est complexe. Les personnes hospitalisées à l'hôpital général peuvent développer des troubles psychiatriques qui sont secondaire à l'impact psychologique de leurs maladies ou à son effet biologique direct sur les fonctions cérébrales. Dans ce cas la prise en charge est multidisciplinaire et l'intervention du psychiatre pour le traitement des troubles psychiatriques est indispensable pour atténuer la souffrance du patient et améliorer le pronostic de sa guérison.

Conflits d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Financement

Cette recherche n'a reçu aucun financement externe.

Références

1. Zumbrennen R. Psychiatrie de liaison. Paris : Masson ; 1991.

- Clarke D, Smith G. Consultation-Liaison Psychiatry in General Medical Units. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 1995;29(3):424-432.
- Barrimi M, Elghazouani F, Aarab C, Tliji A, Rharrabti S, Lahlou F et al. Une expérience de psychiatrie de liaison au Maroc : étude transversale sur 24 mois. L'Encéphale. 2014;40(5):373-379.
- Barrimi M, EL Ghazouani F, Oneib B, Hlal H, Mansour A, Fajoui Y et al. La psychiatrie de liaison au Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda, Maroc : étude transversale sur dix mois. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2019;177(4):342-346.
- Mechri A, Khammouma S, Khiari G, et al. Description de l'activité de psychiatrie de liaison au Centre Hospitalo-universitaire de Monastir. Rev Fr Psychiatr Psychol 2003;7:29-34.
- Mechri A, Khammouma S, Khiari G, et al. Description de l'activité de psychiatrie de liaison au Centre Hospitalo-universitaire de Monastir. Rev Fr Psychiatr Psychol 2003;7:29-34.
- Timothé Royer. Les enjeux de la psychiatrie de liaison : étude au CHU de Nancy sur les attentes des services somatiques [Thèse]. Lorraine : Université de Lorraine ;2015.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed., American Psychiatric Association, 2013.
- Alzahrani N. The effect of hospitalization on patients' emotional and psychological well-being among adult patients: An integrative review. Applied Nursing Research. 2021;61:151488.
- Testa A, Giannuzzi R, Daini S, Bernardini L, Petrongolo L, Gentiloni Silveri N. Psychiatric emergencies (part III): psychiatric symptoms resulting from organic diseases. Eur Rev Med Pharmacol 2013;1:86-99.
- Krishnan N, Kasthuri A. Iatrogenic Disorders. Medical Journal Armed Forces India. 2005;61(1):2-6.
- Groves, M S, Muskin, P R. Psychological responses to illness. In J. L. Levenson (Ed.), The American psychiatric publishing textbook of psychosomatic medicine. 2005;67-88.
- Walker J, Burke K, Wanat M, Fisher R, Fielding J, Mulick A et al. The prevalence of depression in general hospital inpatients: a systematic review and meta-analysis of interview-based studies. Psychological Medicine. 2018;48(14):2285-2298.
- Testa A., Giannuzzi R., Daini S., Bernardini L., Petrongolo L., Gentiloni Silveri N. Psychiatric emergencies (part III): psychiatric symptoms resulting from organic diseases. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2013 ; 1:86-99.
- Hollister LE. Drug-induced psychiatric disorders and their management. Med Toxicol. 1986;1(6):428-448.

15. Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie. enquête épidémiologique jusqu'à algérie. Synthèse globale. Alger. Ministère de la Justice. 2010.
16. Griswold M, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen S, Tymeson H et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2018;392(10152):1015-1035.
17. Karila L, Roux P, Rolland B, Benyamina A, Reynaud M, Aubin H et al. Acute and Long-Term Effects of Cannabis Use: A Review. *Current Pharmaceutical Design*. 2014;20(25):4112-4118.
18. Jauffret-Roustide M, Pillonel J., Weill-Barillet L., Léon L., Le Strat Y., Brunet S. BEH; 2013. Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot. 2011; pp. 39–40.
19. S. Greer. Its aims, achievements and future tasks. *Psycho-oncology*. 1994; 3: 87-101.
20. Mary Jane Massie. Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute*. 2004;32: 57–71.
21. Harvey Max Chochinov. Depression in cancer patients. *The Lancet Oncology*. 2001;2: 499–505
22. Penninx BWJH, Lange SMM. Metabolic syndrome in psychiatric patients: overview, mechanisms, and implications. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018 Mar;20(1):63-73.
23. Masson E. Endocrinologie et psychiatrie [Internet]. EM-Consulte. 2022 [cited 29 April 2022]. Available from: <https://www.em-consulte.com/article/1068239/endocrinologie-et-psychiatrie>
24. Norman Sartorius. Depression and diabetes. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018 Mar; 20(1): 47–52.
25. Chiveri L, Sciacco M, Prella A., Schizophreniform disorder with cerebrospinal fluid PCR positivity for herpes simplex virus type 1. *Eur Neurol* 2003;50:182-183.
26. Oommen KJ, Johnson PC, Ray CG: Herpes simplex type 2 virus encephalitis presenting as psychosis. *Am J Med* 1982;73:445-448.
27. Fazekas C, Enzinger C, Wallner M, Kischka U, Greimel E, Kapeller P, Stix P, Pieringer W, Fazekas F: Depressive symptoms following herpes simplex encephalitis - an underestimated phenomenon? *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28:403-407.
28. Hiroshi H, Seiji K, Toshihiro K, Nobuo K: An adult case suspected of recurrent measles encephalitis with psychiatric symptoms (in Japanese). *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 2003;105:1239-1246.
29. B Owe-Larsson 1 , L Säll , E Salamon , C Allgulander, HIV infection and psychiatric illness, *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2009 May;12(2):115-28.
30. Tadros G, Salama RA, Kingston P, Mustafa N, Johnson E, Pannell R, et al. Impact of an integrated rapid response psychiatric liaison team on quality improvement and cost savings: the Birmingham RAID model. *The Psychiatrist*. Cambridge University Press; 2013;37(1):4–10.
31. Walker A, Barrett JR, Lee W, West RM, Guthrie E, Trigwell P, et al. Organisation et prestation de services de psychiatrie de liaison dans les hôpitaux généraux en Angleterre: résultats d'une enquête nationale. *BMJ Open*. 2018; 8 (8): e023091. doi: 10.1136 / bmjopen-2018-023091.
32. Tadros G, Salama RA, Kingston P, Mustafa N, Johnson E, Pannell R, et al. Impact of an integrated rapid response psychiatric liaison team on quality improvement and cost savings: the Birmingham RAID model. *The Psychiatrist*. Cambridge University Press; 2013;37(1):4–10.