

La liaison psychiatrique d'hier à demain

Pré CÉLINE BOURQUIN^a et Pr FRIEDRICH STIEFEL^a

Rev Med Suisse 2023; 19: 324-7 | DOI : 10.53738/REVMED.2023.19.814.324

Ce premier article revient sur la genèse et le développement de la psychiatrie de liaison dont la mission est a) la prise en charge des patients atteints de comorbidités psychiatriques (consultation psychiatrique) et b) le transfert de savoir et de compétences vers le milieu somatique et le soutien des cliniciens dans leur pratique (liaison psychiatrique). Nous plaçons pour un renforcement de la liaison psychiatrique et une focalisation plus conséquente sur le clinicien comme objet-sujet de recherche, de formation et de soutien. Le second article* permettra de discuter l'apport des sciences sociales et de la recherche qualitative pour la médecine et la liaison psychiatrique, et d'esquisser les contours d'un modèle de liaison centré sur le clinicien.

Psychiatric liaison: From yesterday to tomorrow

This article reviews the genesis and development of liaison psychiatry, whose mission is (i) taking care for patients with psychiatric comorbidities (psychiatric consultation) and (ii) transferring knowledge and skills to somatic medicine and supporting clinicians in their practice (psychiatric liaison). We argue for a strengthening of psychiatric liaison and a consistent focus on the clinician as an object-subject of research, of training and of support. The following article will discuss the contribution of social sciences and qualitative research to medicine and psychiatric liaison and outline the contours of a clinician-centered liaison model.

DE LA MÉDECINE PSYCHOSOMATIQUE À LA PSYCHIATRIE DE LIAISON

La psychiatrie dite de liaison trouve ses origines dans la rencontre entre Freud et Charcot. Suite à son séjour parisien, Freud développe en effet son intérêt pour l'hystérie et l'hypnose et établit les fondements de la psychanalyse. Sous son regard, un corps biologique, médicalisé et objectivé se transforme en corps psychosomatique, subjectivé et situé; un corps lié au psychisme du sujet, influençable par autrui (au moyen de la suggestion ou de l'hypnose) et par le contexte (le regard de l'autre). Par la suite, la transposition de la théorie psychanalytique dans le monde médical initiée par Groddeck amènera le mouvement psychosomatique dans toute sa diversité.

Une place ayant été créée pour la psyché, les premières tentatives sont faites pour intégrer des psychiatres-psychothérapeutes dans les services somatiques. En Suisse, Meerwein (1922-1989) a ainsi été le premier psycho-oncologue ayant pratiqué à l'hôpital universitaire de Zurich.¹ Cette intégration s'est cependant souvent limitée au fait de recourir au psychiatre

comme consultant dans les situations jugées nécessaires par les somaticiens. Ce modèle de consultation psychiatrique, qui existe toujours aujourd'hui, est davantage centré sur les besoins des cliniciens que sur ceux des patients, ce qui pose la question de l'indication.² Il implique aussi peu d'échanges interdisciplinaires et de transfert du savoir psychiatrique et psychothérapeutique vers le monde somatique. La liaison psychiatrique est née de cette nécessité de mieux articuler la psychiatrie de consultance et la médecine somatique.

BUTS ET FORMES D'INTERVENTION DE LA LIAISON PSYCHIATRIQUE

Quatre problématiques principales peuvent être considérées comme étant au cœur du développement de la liaison psychiatrique (figure 1).

Il apparaît d'abord que, dans un modèle de consultance, le psychiatre n'est que rarement mobilisé, quand bien même il existe une prévalence importante de troubles psychiatriques chez les patients atteints de maladies somatiques. Davantage de patients pourraient donc bénéficier d'une intervention psychiatrique et psychothérapeutique.³ Il s'est donc agi de sensibiliser les équipes somatiques afin qu'elles soient à même de reconnaître les comorbidités psychiatriques et les effets psychologiques et psychiatriques de la maladie somatique et des traitements, et qu'elles accordent une place à la psyché dans leur clinique quotidienne. La sensibilisation des cliniciens peut prendre différentes formes: conférences, feedback après les consultations psychiatriques, discussions informelles entre collègues, etc.

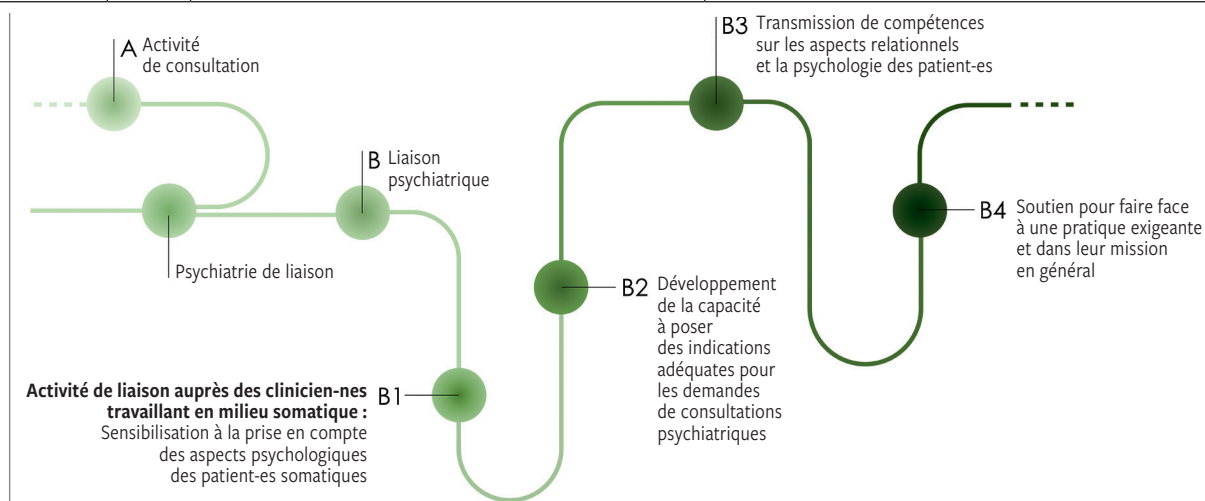
La reconnaissance d'une certaine utilité du psychiatre grâce aux premières interventions de liaison a ensuite ouvert sur un deuxième défi consistant à identifier et définir les indications pour recourir au psychiatre de liaison. De fait, l'appel au psychiatre de liaison peut ne pas être adéquat et présenter le danger de voir déléguer à ce dernier des aspects essentiels du rôle du médecin liés à la prise en charge du patient en tant que personne à part entière et non comme corps uniquement. Les recommandations en matière de diagnostic et de prise en charge des troubles psychiatriques à l'hôpital général, parmi lesquelles figurent aussi des informations relatives au recours au psychiatre de liaison, sont une manière de relever ce défi.⁴ Les consultations en binôme, dans lesquelles le psychiatre est présent dès la première consultation, constituent un autre exemple.⁵

Une vaste étude multicentrique conduite dans les années 1990 a néanmoins fait ressortir des limites importantes associées aux modalités d'intervention des services de psychiatrie de liaison.⁶ Malgré les efforts pour sensibiliser à la dimension psychiatrique des maladies somatiques et pour améliorer

^aService de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
celine.bourquin@chuv.ch | frederic.stiefel@chuv.ch

*Stiefel S, Bourquin C. Vers une liaison psychiatrique multi-niveaux. Rev Med Suisse. 2023 fev 15;19(814):328-332.

FIG 1 Psychiatrie de liaison et liaison psychiatrique



l'indication à recourir au psychiatre, il était montré que les consultations étaient toujours demandées de manière séquentielle, c'est-à-dire en deuxième priorité, que les demandes elles-mêmes intervenaient tard (quand la durée moyenne d'hospitalisation est atteinte) et qu'elles étaient orientées vers les besoins des cliniciens (les psychiatres étaient appelés pour les patients «broyants») plutôt que des patients (le patient silencieux, en état confusionnel hypo-actif et hypolerte, sans discernement, ne faisait pas l'objet d'un appel au psychiatre tant qu'il adhérait aux propositions médicales).⁷ Face à cette problématique, différents «remèdes» ont été développés et implantés. L'outil INTERMED en fait partie. Il s'agit d'une anamnèse structurée, hétéro ou autoadministrée, qui vise à identifier les patients montrant un haut degré de complexité bio-psycho-sociale et susceptibles de bénéficier d'une détection et d'une intervention psychiatrique précoce et ciblée.⁸

Enfin, la dernière problématique allant dans le sens d'un renforcement de la liaison psychiatrique est liée au fait, qu'en Suisse comme dans d'autres pays européens, la majorité des problèmes d'ordre psychiatrique et psychosocial est traitée par les médecins généralistes-internistes. Il est donc de la responsabilité de la psychiatrie de liaison de transférer ses compétences à ces collègues et de les former afin qu'ils puissent prendre en charge au mieux les patients montrant une morbidité psychiatrique. Partant de là, il devient possible de limiter le recours à la psychiatrie de liaison aux patients les plus complexes, comme c'est déjà le cas pour certaines sous-spécialités de la médecine. Les formations à la communication clinique ou à la réflexivité, les supervisions et les groupes Balint sont autant de moyens utilisés par la liaison psychiatrique pour augmenter la compréhension des éléments intersubjectifs entre patients et cliniciens et leur intégration dans les soins.⁹

BILAN ACTUEL

La sensibilisation des cliniciens de médecine somatique a clairement augmenté au cours des dernières décennies, aussi

bien au niveau de l'enseignement prégradué des médecins et autres cliniciens qu'à celui de la formation postgraduée et continue. Nous observons aussi aujourd'hui un renforcement des ressources humaines pour la psychiatrie de liaison et un recours au psychiatre plus adéquat, ce qui témoigne d'une indication mieux posée. En revanche, suivant le cadre clinique et institutionnel, les interventions de psychiatrie de liaison sont plus ou moins précoces et ciblées. À cet égard, on peut relever ici que la clinique romande de réadaptation (Suva) fait figure de modèle en termes de diagnostic et de prise en charge interdisciplinaire, somato-psycho-sociale précoce et simultanée.¹⁰ Enfin, le bilan concernant le transfert de savoirs et de compétences psychiatriques vers le monde médical apparaît également mitigé. Dans des institutions dotées de services de psychiatrie de liaison très développés et investis, comme c'est le cas au CHUV, il est possible pour les cadres du service de faire un véritable travail de liaison. Dans d'autres hôpitaux en revanche, les psychiatres sont submergés par les demandes de consultations, ce qui laisse peu de temps pour un travail de liaison en continu et intégré dans leurs cahiers de charge.

S'agissant du secteur ambulatoire, le bilan est encore plus problématique. En effet, la psychiatrie de liaison y est pratiquement inexistante. Une exception notable se trouve dans le canton de Neuchâtel où la psychiatrie de liaison communautaire commence à être intégrée dans des cabinets médicaux de groupe.¹¹

Pour ce qui est du fondement empirique de la psychiatrie de liaison, si l'efficacité et les bénéfices (pour les patients et le système de soins) des consultations psychiatriques en milieu somatique ont pu être démontrés, il n'en va pas de même pour la liaison psychiatrique, qui reste très peu investiguée. En outre, cette dernière ne fait pas l'objet d'une formation spécifique, à l'inverse de l'activité de consultation (formation sanctionnée par un certificat en Suisse). Les médecins, une fois chefs de clinique ou cadres, se forment à la liaison psychiatrique sur le tas. Le manque d'évolution en termes d'interventions proposées constitue un dernier point d'achoppement. De fait, depuis l'introduction des supervisions et des groupes Balint, seules les formations à la communication

(destinées presque exclusivement aux cliniciens en oncologie) sont venues compléter l'offre d'interventions de la liaison psychiatrique. Ces interventions abordent les dimensions psychologiques du travail des cliniciens. Elles sont un outil précieux pour traiter leurs préoccupations liées à la rencontre avec les patients et pour augmenter leurs compétences communicationnelles et relationnelles. Néanmoins, les cliniciens sont situés, et il reste que les déterminants contextuels de leurs expériences, qu'ils soient institutionnels ou sociaux, ne sont pas pris en compte dans les interventions habituelles de la liaison psychiatrique.

Considérant ces aspects, on peut poser que la liaison psychiatrique a certes connu des développements importants ces dernières décennies, mais qu'elle a en dernière analyse peu évolué et innové, et qu'elle ne s'est pas adaptée à certaines transformations de la médecine et aux préoccupations des cliniciens qui la pratiquent.

LES TRANSFORMATIONS DU MÉTIER DE CLINICIEN

La liaison psychiatrique intervient principalement auprès de cliniciens qui travaillent dans un univers en changement. On voit en particulier la médecine tenter d'intégrer les patients dans les prises de décision (shared decision-making), de leur fournir une prise en charge holistique basée sur un modèle bio-psycho-socio-spirituel (comme en soins palliatifs), de leur faire prendre la parole (narrative medicine) ou de se centrer sur eux (patient-centered medicine) pour leur (re) donner du pouvoir (patient empowerment). La pratique de la médecine repose cependant sur une interaction qui implique les patients d'un côté et les cliniciens de l'autre. Ces derniers voient peser sur eux un nombre croissant d'attentes en termes de compétences, qui vont de la communication au management, mais aussi de prescriptions liées au cadre juridique et déontologique entourant la pratique de la médecine et d'injonctions émanant de l'institution.¹² Force est toutefois de constater que, malgré le discours ambiant sur l'importance de s'occuper (aussi) des professionnels de la santé, le niveau d'attention qui est porté à leur pratique et à leur expérience vécue reste modeste.

En outre, si l'image du médecin comme demi-dieu en blanc n'est plus d'actualité aujourd'hui et a laissé place à une représentation plus réaliste, cela ne signifie pas qu'il n'y a plus de projections sur lui ou sur les autres professionnels, mais que celles-ci ont évolué. En effet, les imaginaires collectif et individuel sont nourris par une variété de sources, dont font notamment partie les expériences passées de chacun avec la médecine et les cliniciens, le rapport aux soins, à la vulnérabilité et à la dépendance ainsi que les représentations médiatiques et cinématographiques de la médecine et des médecins. Ces imaginaires s'expriment plus souvent aujourd'hui du fait de la place laissée à la subjectivité du patient et ils imprègnent les interactions cliniques.

En 2013, Zuger traçait déjà les contours d'une réorganisation fondamentale de l'expérience clinique dans un éditorial de *JAMA* intitulé «Talking to Patients in the 21st Century».¹³ L'adaptation ne se fait cependant pas sans mal, en témoignent les articles rapportant l'effondrement catastrophique du

moral des médecins, leurs frustrations liées au système dans lequel ils travaillent ou encore la course contre la montre à laquelle ils doivent se livrer dans leur journée de travail.¹⁴ Les voix du terrain se font aussi entendre, que ce soit dans des articles de presse grand public ou dans les rubriques de magazines médicaux, à l'instar du *Bulletin des médecins suisses*. Une jeune médecin cadre rappelait ainsi récemment l'urgence à améliorer le bien-être au travail du corps médical, pour que les patients continuent d'être soignés au mieux.¹⁵

CONCLUSION

La Faculté de biologie et de médecine de l'université de Lausanne et le CHUV ont soutenu la création d'un poste de professeur dédié à la liaison psychiatrique. Il est occupé depuis l'automne 2022 par une chercheuse issue des sciences sociales (Céline Bourquin, la première auteure de cet article) faisant depuis une douzaine d'années de la recherche intégrée/embarquée en psychiatrie de liaison. La liaison psychiatrique doit aujourd'hui être renforcée et se doter d'une base scientifique solide, à l'instar de l'activité de consultation de la psychiatrie de liaison qui est, elle, largement investiguée, mais elle doit aussi continuer son évolution et se centrer sur le clinicien en tant qu'objet-sujet d'étude et d'attention. Les sciences sociales et la recherche qualitative peuvent jouer un rôle essentiel dans ces développements, comme nous allons le voir dans le deuxième article de cette série qui porte sur le clinicien et la liaison psychiatrique.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

ORCID ID:

C. Bourquin: <https://orcid.org/0000-0001-9584-2929>

F. Stiefel: <https://orcid.org/0000-0003-0326-7918>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La liaison psychiatrique a connu des développements importants ces dernières décennies mais elle a peu évolué et innové et elle ne s'est pas adaptée à certaines transformations de la médecine et aux préoccupations des cliniciens qui la pratiquent
- Les formations à la communication clinique et à la réflexivité, les supervisions et les groupes Balint font partie des moyens utilisés par la liaison psychiatrique pour augmenter la compréhension des éléments intersubjectifs entre patients et cliniciens, et leur intégration dans les soins
- Malgré le discours ambiant sur l'importance de s'occuper des professionnels de la santé, le niveau d'attention qui est porté à leur pratique et à leur expérience vécue reste modeste

- 1 Meerwein F, Bräutigam W, Bürgin D, et al. Einführung in die Psycho-Onkologie. Bern: Verlag Hans Huber; 1981.
- 2 Oldham MA, Desan PH, Lee HB, et al. Proactive Consultation-Liaison Psychiatry: American Psychiatric Association Resource Document. J Acad Consult-Liaison Psychiatry. 2021 Mar-Apr;62(2):169-85.
- 3 Chen KY, Evans R, Larkins S. Why are hospital doctors not referring to Consultation-Liaison Psychiatry? – a systemic review. BMC Psychiatry. 2016 Nov 9;16(1):390.
- 4 Michaud L, Büla C, Berney A, et al. Delirium: guidelines for general hospitals. J Psychosom Res. 2007 Mar;62(3):371-83.
- 5 Colin Tixhaj L, Sabani E, Estoppey P, et al. Perspectives thérapeutiques dans la prise en charge de l'acouphène subjectif chronique. Rev Med Suisse. 2015 Sep 30;11(488):1791-5.
- 6 Huysse FJ, Herzog T, Lobo A, et al. Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study. Gen Hosp Psychiatry. 2001 May-Jun;23(3):124-32.
- 7 Fassassi S, Bianchi Y, Stiefel F, et al. Assessment of the capacity to consent to treatment in patients admitted to acute medical wards. BMC Med Ethics. 2009 Sep 2;10:15.
- 8 Stiefel F, Zdrojewski C, Hadj FB, et al. Effects of a multifaceted psychiatric intervention targeted for the complex medically ill: a randomized controlled trial. Psychother Psychosom. 2008;77(4):247-56.
- 9 Stiefel F, Michaud L, Saraga M, et al. Le médecin, sa clinique et l'institution : s'adapter ou se situer ? Rev Med Suisse. 2021 Feb 10;17(725):289-92.
- 10 Luthi F, Deriaz O, Vuistiner P, et al. Predicting non return to work after orthopaedic trauma: the Wallis Occupational Rehabilitation Risk (WORRK) model. PLoS One. 2014 Apr 9;9(4):e94268.
- 11 *Tzartzas K, Oberhauser PN, Marion-Veyron R, et al. Psychiatric consultation in general practitioners' daily practice: a qualitative study on the experience of consultation-liaison psychiatry interventions in primary care settings in French-speaking Switzerland. BMC Prim Care. 2022 Dec 7;23(1):316.
- 12 **Le Garrec S. Les servitudes du bien-être au travail. Impacts sur la santé. Toulouse: Éditions Érès; 2021.
- 13 *Zuger A. Talking to patients in the 21st Century. JAMA. 2013 Jun 12;309(22):2384-5.
- 14 Bourquin C, Monti M, Saraga M, et al. Running against the clock: a qualitative study of internal medicine residents' work experience. Swiss Med Wkly. 2022 Aug 16;152:w30216.
- 15 **Kraege V. Cheminement d'une accro. Bull Med Suisses. 2022 Nov 16;103(46):64-5.

* à lire
** à lire absolument