

Vers une liaison psychiatrique multi-niveaux

Pr FRIEDRICH STIEFEL^a et Pre CÉLINE BOURQUIN^a

Rev Med Suisse 2023; 19: 328-32 | DOI : 10.53738/REVMED.2023.19.814.328

Le premier^{*} de ce couple d'articles se termine sur l'observation que l'activité de liaison psychiatrique reste peu développée. En outre, la liaison psychiatrique ne repose pas sur des fondations empiriques solides et n'est pas enseignée, ce qui a eu pour conséquence de la mettre en décalage avec les transformations de la médecine et du métier de clinicien. Nous discutons dans ce second article des évolutions possibles de la liaison psychiatrique et du rôle que les sciences sociales peuvent y jouer. Les 2 articles sont en lien avec la création du premier poste de professeur en liaison psychiatrique créé par la Faculté de biologie et de médecine de l'université de Lausanne et le CHUV, poste occupé par une chercheuse issue des sciences sociales.

Towards a multilevel psychiatric liaison

The first of this pair of articles ends with the observation that psychiatric liaison activity remains underdeveloped. Moreover, psychiatric liaison is not based on sound empirical foundations and is not taught, which has had the consequence of putting it out of step with the transformations of medicine and the medical profession. In this second article, we discuss possible evolutions of psychiatric liaison and the role that social sciences can play in them. Both articles are related to the creation of the first position of Professor in psychiatric liaison by the Faculty of Biology and Medicine of the University of Lausanne and the CHUV, a position held by a researcher from the social sciences.

PRÉAMBULE

Les supervisions individuelles et d'équipes, les groupes Balint et les formations à la communication et à la relation clinique sont les principaux types d'intervention de la liaison psychiatrique dans les settings où elle a pu se développer. Comme avancé dans le précédent article, ces activités ne reposent pas encore sur des recherches empiriques solides et ne font pas formellement l'objet d'un enseignement. De plus, peu ou pas de nouvelles approches ont été proposées pour compléter ou enrichir l'offre existante d'interventions, avec pour conséquence un manque d'adaptation aux évolutions de la médecine et du métier du clinicien.

Nous proposons dans ce second article de présenter quelques idées sur les directions dans lesquelles la liaison psychiatrique pourrait se développer. Ces idées seront illustrées par

des interventions de liaison menées grâce à l'apport des sciences sociales.

BUT DES INTERVENTIONS DE LA LIAISON PSYCHIATRIQUE

L'objectif général de la liaison psychiatrique est d'approcher et d'articuler le monde psychiatrique et le monde médical, et plus spécifiquement d'opérer un transfert de connaissances et de compétences au travers d'une sensibilisation aux dimensions psychologiques des patients, d'une identification des indications pour le recours au psychiatre et d'une amélioration des compétences psychiatriques et psychothérapeutiques des cliniciens en milieu somatique. Pour y parvenir, nous avons vu que la liaison psychiatrique s'appuie sur différents types d'interventions dont les contenus sont, eux aussi, variés. Il peut s'agir d'apprendre à cerner le fonctionnement psychologique et psychopathologique des patients, à reconnaître les dimensions intersubjectives et les distorsions relationnelles dans la rencontre clinicien-malade ou encore à identifier les contre-attitudes propres au clinicien.

Ces interventions de liaison, dont on ne peut souvent pas distinguer les éléments d'ordre pédagogique de ceux relevant du soutien, sont conditionnées par un facteur/acteur principal: le clinicien. Sans ouverture de la part du clinicien, elles sont vouées à l'échec. Un problème majeur résidant ici dans le fait que ce sont souvent les cliniciens les moins enclins à bénéficier de l'offre de la liaison psychiatrique qui ont le plus de difficultés à répondre aux dimensions psychologiques des patients et à établir des relations soutenantes avec eux. Il faudrait donc mettre le clinicien au centre de la liaison psychiatrique. C'est dans cette perspective que nos recherches, formations et offres de soutien de liaison psychiatrique se sont ancrées dans une approche résolument «centrée sur le clinicien».

Les 4 exemples d'intervention de liaison qui suivent se situent sur les niveaux de l'individu (micro-liaison), de l'équipe (macro-liaison), de l'institution (méso-liaison) et du contexte au-delà et hors médecine (méta-liaison).

MICRO-LIAISON: SUPERVISION INDIVIDUELLE

La supervision occupe une place centrale dans les interventions de liaison qui s'adressent au clinicien en tant qu'individu. Elle s'inscrit de fait dans une longue tradition d'outils d'accompagnement des cliniciens et est largement déployée dans les institutions et certains cabinets médicaux. Elle fait également partie intégrante de formations assurées par la psychiatrie de

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

^{*}Bourquin C, Stiefel S. La liaison psychiatrique d'hier à demain. Rev Med Suisse. 2023 fev 15;19(814):324-327.

liaison, à l'instar du cours «Mieux communiquer» destiné aux cliniciens assurant la prise en charge de patients atteints de cancer; à noter que, depuis 2005, ce cours doit être obligatoirement suivi par les médecins se spécialisant en oncologie.¹ De manière étonnante, les recherches sur la supervision individuelle en milieu somatique sont plus que rares et il n'existe pas de dispositif pour former les superviseurs à cette activité de liaison.

Cette presque absence de données et de recherches nous a incités à constituer un large corpus audio de supervisions conduites par différents cadres du service de psychiatrie de liaison du CHUV lors de formations (cours «Mieux communiquer» pour les oncologues et les endocrinologues, Certificate of Advanced Studies (CAS) en psycho-oncologie). Ce corpus ouvert comprend aujourd'hui plus de 150 enregistrements d'une durée de 60 minutes. Des premières observations libres ont porté sur les situations apportées par les cliniciens, leurs niveaux d'implication dans la supervision ainsi que sur les modes d'interaction. Il en est notamment ressorti que les superviseurs ont un style propre relativement indépendant du supervisé et de la situation présentée. Ils se distinguent en particulier au niveau de leur approche (longue période d'écoute et de production du matériel de la supervision vs problématisation immédiate), du focus d'investigation (exploration du vécu du supervisé, des dimensions inter-subjectives supervisé-patient ou des déterminants institutionnels) et de la confrontation du supervisé à ses propres enjeux (investigation d'un indice donné par le supervisé vs recherche active de contre-transfert, voire de liens entre la problématique présentée et sa biographie).

Plusieurs études ont ensuite été lancées. Une première, en cours, vise à identifier les types de contenus et situations que les cliniciens en oncologie apportent en supervision et les manières d'intervenir des superviseurs pour produire et «travailler» le matériel de la supervision. Une deuxième, également en cours, s'intéresse plus spécifiquement à la dimension relationnelle – relation entre le superviseur et le supervisé, entre le supervisé et le patient, et relation du supervisé à lui-même – dans des supervisions impliquant des endocrinologues. Une troisième a investigué spécifiquement le format de supervision «centrée sur le clinicien». Nous allons nous arrêter plus longuement sur celle-ci. Dans ce type de supervision, développé par l'un des auteurs (Friedrich Stiefel), le clinicien présente une situation qui l'a touché émotionnellement (de manière très négative ou positive) et qui l'a marqué. Une tentative est faite d'établir rapidement des liens entre la problématique discutée et le fonctionnement psychologique du patient et du clinicien, ainsi que d'explorer si des éléments de la biographie du clinicien peuvent constituer une clé de lecture de ce qui s'est passé avec le patient. L'objectif de cette étude était double: a) parvenir à cerner des phénomènes collusifs,² c'est-à-dire des thématiques non élaborées et non conscientes partagées par le patient et le clinicien, susceptibles d'expliquer la dynamique relationnelle rapportée par le supervisé³ et b) explorer le vécu des supervisés s'agissant de ce format de supervision demandant.⁴

Un dispositif de recherche s'appuyant, d'une part, sur une équipe interdisciplinaire composée de médecins psychiatres ayant des niveaux d'expérience différents, d'une psychologue

clinicienne et chercheuse et d'une chercheuse en sciences sociales intégrée dans le service (Céline Bourquin) et travaillant sur les questions de liaison psychiatrique et, d'autre part, sur une approche psychodynamique et qualitative a été mis en place. Un premier résultat réside sans doute dans la difficulté rencontrée à identifier un phénomène inconscient comme la collusion, même quand tout est mis en œuvre pour le «saisir». De manière globale, l'étude a tout de même permis la mise en évidence d'éléments permettant de distinguer plus précisément la collusion parmi les divers mouvements transféro-contre-transférentiels. Le vécu des supervisés a, lui, été exploré au moyen d'entretiens semi-directifs menés par une psychologue clinicienne. Les résultats de leur analyse montrent l'adhésion de la plupart des supervisés au format de supervision choisi et leur perception d'un bénéfice qu'on pourrait qualifier, en tout cas, de réflexif. Les expériences contrastées de 2 supervisés sont présentées dans les **encadrés 1 et 2**. Le vécu du superviseur (Friedrich Stiefel) se situait largement du côté de la surprise, en raison de l'ouverture des oncologues à parler d'eux et de leur vie. Les événements de vie rapportés, témoignant de difficultés psychologiques, voire de dysfonctionnements rencontrés dans le développement ou la trajectoire ultérieure des supervisés, étaient, eux, moins inattendus. Les résultats d'études conduites sur les événements de vie (de développement) de ceux qui s'orientent vers une profession de soins vont dans le sens de cette dernière observation.⁵

L'exploration du format de supervision «centré sur le clinicien» permet de revisiter le débat Freud-Ferenczi ou Berlin/Vienne-Budapest.⁶ Freud était en effet d'avis, pour différentes raisons, que la supervision devait servir à discuter le fonctionnement du patient et à identifier la démarche thérapeutique adéquate. Il considérait que le vécu du thérapeute (ses contre-transferts, sa vie psychique et l'influence de sa propre biographie) est à «régler» dans le cadre de sa propre psychothérapie. Ferenczi et l'école de Budapest plaidaient au contraire

	ENCADRÉ 1	Expérience de Ian (pseudonyme)
--	------------------	---------------------------------------

«[...] je pense que le seul inconfort qu'il y avait c'était qu'on touche à quelque chose d'un peu personnel, sa propre psychologie un petit peu. Ce n'est pas un exercice qu'on aime faire tous les jours, en tout cas pas moi. [...] ce n'était pas spécialement agréable. Parce que disons quelque part c'est un peu privé.»

	ENCADRÉ 2	Expérience de Bettina (pseudonyme)
--	------------------	---

«[...] c'est nourrissant, c'est constructif sur plein de niveaux, sur tous les aspects de qui je suis. Un médecin, une épouse, une mère, une amie, une collègue, sur tous ces aspects qui font ma personnalité, ce type de travail me fait avancer. Donc, on ne saura jamais qu'est-ce que j'aurais été si je n'avais pas fait ça, mais j'ai quand même le sentiment que quelque chose m'aurait rattrapé et que je n'aurais peut-être pas, je ne serais peut-être pas restée clinicienne, peut-être j'aurais dû aller ailleurs pour, comme me reposer ou me protéger de quelque chose. Peut-être quand même. Ou alors j'aurais baissé mon pourcentage ou peut-être j'aurais fait ce travail autrement et peut-être pas au niveau que j'aurais voulu le faire en termes d'engagement. Parce que ça aurait été quelque chose d'un peu trop compliqué pour dire les choses de manière un peu globale.»

en faveur de la non-séparation des 2 espaces.⁷ Nombre de superviseurs s'inscrivent dans la ligne de Freud et se montrent particulièrement prudents quand il s'agit d'impliquer le vécu des supervisés. Les résultats de notre étude traitant de la supervision en milieu somatique avec des collègues qui n'ont pas d'espace psychothérapeutique propre encouragent, d'une certaine façon, à reconsidérer la question. La clinique somatique est extrêmement exigeante sur le plan psychologique et les somaticiens n'ont pas moins de difficultés psychologiques à résoudre que leurs collègues psychiatres. La supervision «centrée sur le clinicien» nous paraît dès lors constituer un format d'accompagnement qui mérite d'être investi sur le plan de la clinique, de la formation comme de la recherche. Des précautions sont néanmoins à prendre comme l'indique aussi notre étude: la supervision doit être conduite sur une base volontaire, par des superviseurs expérimentés et les supervisés et superviseurs ne doivent pas avoir de liens professionnels ou d'un autre ordre.

MACRO-LIAISON: INTERVENTIONS DE GROUPES ET AUPRÈS DES ÉQUIPES

Dans le contexte du développement de nouvelles propositions de formations à la communication clinique,⁸ allant au-delà du transfert de compétences et d'outils standardisés, nous avons mis sur pied à Lausanne une formation à la réflexivité pour les cliniciens.⁹ Cette formation ne vise pas à transmettre des savoirs, des savoir-faire, des savoir-être ou des contenus spécifiques. Elle tente de faire bouger les représentations et émotions des participants et de stimuler leur réflexivité, au niveau de leur monde interne (angoisses, préoccupations, défenses, éléments biographiques, etc.) et externe (relations avec les patients et collègues, contexte institutionnel avec ses injonctions et contraintes, relation entre société et médecine, etc.).

Le cours d'une journée est complété par 3 supervisions individuelles centrées sur le clinicien (voir ci-dessus) et par un journal audio (audio diary) tenu par les participants. Le journal audio a été utilisé à la fois comme composant de la formation et comme moyen d'évaluation de l'effet de celle-ci sur la réflexivité des participants. Effectivement, en lien avec le développement d'une nouvelle génération de formations et avec les critiques émises concernant la robustesse des résultats d'études mesurant l'impact des programmes de type Communication Skills Training,¹⁰ il s'est agi d'emblée d'évaluer l'effet de notre formation sur la réflexivité des participants et, pour ce faire, de trouver une méthode permettant d'atteindre ce but. Il a ainsi été demandé, dans le cadre d'une étude dédiée, à des oncologues participant à la formation et n'y participant pas de raconter quotidiennement une consultation de leur journée qui leur était «restée en tête». Un design pré-post avec groupe de contrôle/comparaison a été adopté.

389 récits audio-enregistrés (durée médiane 3,51 min) par 20 oncologues ont été analysés de manière qualitative. L'analyse a montré que les récits se développent au travers de nœuds ou, pour le dire autrement, de points de connexion ou d'élaboration. Quatre niveaux (de 0 à 3) de réflexivité ont ainsi été délimités et définis (nous avons gardé ici les désignations en anglais): describing, noticing, recognizing, making sense. Les récits de niveau 0 présentent une forme et un contenu

proches de la présentation de cas clinique, alors qu'il y a dans les récits de niveau 3 quelque chose qui se rapproche d'une soudaine compréhension, une mise ensemble et en sens de la situation vécue. Les encadrés 3 et 4 présentent un récit pour ces 2 niveaux (0 et 3).

Les résultats de l'analyse statistique conduite pour évaluer l'impact de la formation sur la réflexivité des participants montrent par ailleurs une augmentation significative du niveau de réflexivité pour les récits produits après la formation par les oncologues du groupe intervention.

Cette étude montre qu'il est possible, au moyen d'une intervention telle que celle que nous avons développée, de travailler avec le potentiel de réflexivité des cliniciens, de les amener à accéder à leur vécu et à l'utiliser. Il paraît également faisable d'augmenter de cette façon leur conscience du contexte, permettant en retour que les cliniciens puissent mieux se situer et moins subir les difficultés qu'ils rencontrent dans la clinique. Ce dernier effet reste néanmoins à démontrer.

L'approche d'intervention décrite ici s'écarte des manières habituelles d'apprendre et d'enseigner. Le champ de la pédagogie médicale est de fait toujours plus structuré et structurant. Les objectifs d'apprentissage doivent être spécifiques, explicites et clairs, il est attendu que les contenus transmis soient très précisément définis et les évaluations standardisées. Il faudra donc trouver des moyens pour que les futurs liaisonnistes éprouvent le désir de quitter les sentiers battus et de se confronter à la créativité. Cette ouverture paraît indispensable pour stimuler l'évolution de la liaison psychiatrique qui, comme nous l'avons relevé, a fait défaut, s'agissant des interventions posées.

MÉSO ET MÉTA-LIAISON: INTERVENTIONS AUX NIVEAUX DE L'INSTITUTION ET DE LA SOCIÉTÉ

La banque de récits PENbank est un bon exemple d'intervention de liaison psychiatrique multi-niveaux en ce qu'elle touche effectivement les niveaux méso (institutionnel) et méta (sociétal), mais aussi micro et macro. La PENbank, qui

	ENCADRÉ 3	Maria (pseudonyme), niveau 0, groupe comparaison, post	
--	------------------	---	--

«Voilà la consultation du 18 octobre. Celle qui m'a vraiment marquée, c'est celle d'un patient que je suis pour une prostate multistatique. Je le suis depuis 2017, donc pratiquement depuis deux ans. C'est [NOM] de 1945 chez qui malheureusement la maladie a pris le dessus et l'état général a nettement diminué, marqué surtout par une fatigue et des douleurs mal gérées par une antalgie de palier trois. J'ai dû suspendre le traitement oncologique. La consultation a eu lieu en présence de son fils et de sa femme, où j'avais soulevé le fait d'arrêter, de suspendre pardon, le traitement oncologique et d'opter pour un traitement par des soins palliatifs, en essayant d'améliorer un petit peu l'état général. J'ai parlé brièvement des soins de fin de vie et j'avais l'impression que le patient ne voulait pas vraiment entendre les détails. J'ai proposé de revoir le patient dans deux semaines afin de clarifier la suite de prise en charge et de lui laisser le temps de digérer toutes ces mauvaises nouvelles. Voilà.»

ENCADRÉ 4

Stéphanie, niveau 3, groupe intervention, post

«Voilà c'est le 14 d'octobre. [...] Du coup aujourd'hui j'avais envie de parler d'une dame que je suis pour un cancer de l'estomac. C'est une situation très difficile parce qu'elle a 44 ans et le cancer a été diagnostiqué il y a 18 mois, métastatique au niveau de l'abdomen avec une carcinose péritonéale et des métastases sur les ovaires. La raison pour laquelle je parle d'elle, c'est qu'elle est très particulière la dame. Elle croit en Dieu, elle croit que je suis un instrument de Dieu, enfin elle a un discours très religieux et une façon de voir les choses extrêmement positive. Et je ne sais pas comment dire, mais ce que je trouve très difficile c'est que j'ai moi une réaction un petit peu épidermique. J'ai beaucoup de peine à la supporter et elle m'énerve. C'est triste parce qu'elle est chou, elle est adorable, elle est gentille, elle est un petit peu compliquée, elle demande toujours plein d'ordonnances et plein de choses. Mais vu la situation, je peux qu'avoir beaucoup d'empathie pour elle et en fait je dois lutter contre une sorte de réaction épidermique qui m'énerve. Et du coup je me culpabilise un petit peu. Donc j'essaie de rester très professionnelle mais elle est toujours "ah, je suis tellement contente de vous voir, ah oui vous êtes fantastique, merci beaucoup, j'espère que vous allez bien". Elle a tout un discours comme ça et je ne sais pas pourquoi ça me [...] Aujourd'hui elle venait pour le résultat du scanner. Elle a une chimiothérapie de deuxième ligne, heureusement ça répond donc, les métastases diminuent, elle va bien, elle supporte bien donc je lui propose de continuer. Et quand je lui dis "voilà tout va bien, tous les endroits où il y a de la maladie ont diminué sur le scanner actuel". Elle me dit: "Ah grâce à Dieu." Je lui dis "oui et à la chimio aussi". Et elle dit "oui et à vous surtout". Je suis moi-même croyante, mais très pragmatique et je ne sais pas, je trouve très difficile de gérer cet agacement que je ressens envers cette personne alors qu'en fait elle mérite toute mon empathie. Et du coup, je m'efforce à avoir une relation très professionnelle, mais j'ai l'impression d'être presque un peu froide avec elle comparé à sa chaleur à elle. Enfin voilà, c'est ce que j'avais envie de raconter aujourd'hui.»

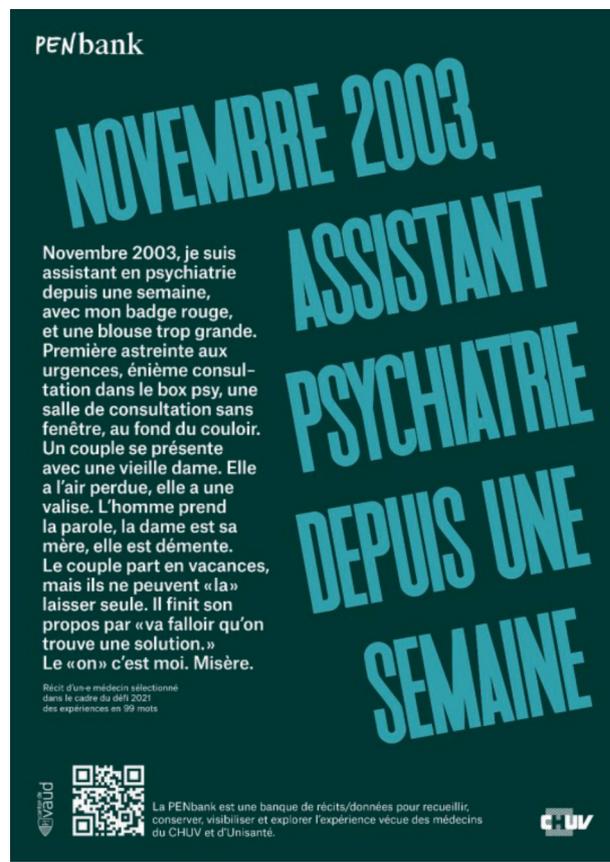
a déjà fait l'objet d'un article dans cette revue,¹¹ permet le recueil et le stockage à long terme des récits de médecins, ainsi que leur visibilité et leur utilisation. Un site internet – penbankchuv.ch – permet l'envoi anonyme et sécurisé de récits (sous une forme écrite, orale ou artistique) par les médecins du CHUV et d'Unisanté. Le stockage se fait ensuite sur un serveur sécurisé du CHUV.

Pour le lancement de la PENbank en 2021, nous avons organisé un «défi des expériences en maximum 99 mots» inspiré des «Fifty-five word stories» du JAMA visant à «encapsuler (to encapsulate) les expériences clé dans le domaine de la santé».¹² Trois récits gagnants ont été sélectionnés par un jury composé de médecins et de l'équipe PENbank. Ceux-ci ont été largement diffusés grâce aux différents canaux de communication de l'institution et ont fait l'objet d'un affichage public sur l'ensemble du site de la cité hospitalière (voir **figure 1** pour un exemple d'affiche). Les récits ont donc été donnés à voir non seulement aux professionnels de la santé et aux différents collaborateurs de l'hôpital, mais aussi aux patients, visiteurs et autres utilisateurs de l'hôpital.

La visibilité des récits dans le cadre institutionnel permet, d'une part, de donner voix aux médecins et à leurs vécus,

FIG 1

Exemple de récit gagnant, défi 2021 des expériences en 99 mots



préoccupations et réflexions et, d'autre part, de jeter un jour nouveau sur qui ils sont et sur ce qu'ils font dans le cadre de l'institution (méso-liaison). Raconter, ce n'est pas seulement s'exprimer et faire connaître, dans le cas présent, son expérience vécue – avec l'effet cathartique que cela peut avoir –, c'est aussi mettre en mots et donc penser et entrer par là même dans un processus réflexif permettant au clinicien de se situer et d'évoluer (micro-liaison). «Si je ne les écris pas, les choses ne sont pas allées jusqu'à leur terme, elles ont été seulement vécues», avance dans ce sens Annie Ernaux,¹³ Prix Nobel de littérature en 2022; celle-ci revendique d'ailleurs une «écriture plate», un style «objectif», au plus près du vécu. La mise en confrontation avec les récits, comme pair ou comme autre professionnel/collaborateur, permet d'entrer en résonance, de faire des liens avec ses vécus propres et de s'inscrire dans un collectif (macro-liaison). Prendre connaissance de ces récits en tant que patient ou visiteur de l'hôpital met aux prises avec l'expérience des médecins telle qu'ils la vivent et en rendent compte, ce qui peut potentiellement amener à une manière plus réaliste de se représenter la pratique médicale et renforcer la compréhension ainsi que les liens avec les médecins. Il est aussi projeté de faire sortir la PENbank du cadre institutionnel en exposant publiquement sa «collection» de récits sous des formes variées, contribuant ainsi à nourrir le lien entre l'hôpital et la cité (méta-liaison). L'exemple de la PENbank montre que les interventions de liaison psychiatrique peuvent dépasser le travail avec le clinicien individuel, les équipes et même le cadre institutionnel.

CONCLUSION

L'échange entre psychiatrie de liaison et sciences sociales est fondamental pour être à même de prendre en compte les dimensions qui dépassent la psychologie et parvenir à cerner les transformations qui s'opèrent dans et autour de la médecine. Le psychiatre de liaison, s'il veut travailler de manière adéquate comme liaisonniste avec les cliniciens, se doit d'approcher ceux-ci comme des sujets situés. Les sciences sociales et la recherche qualitative permettent aussi de penser la liaison psychiatrique au-delà de la supervision individuelle et de groupe, d'ancrer empiriquement cette activité et de la faire évoluer parallèlement aux transformations de la médecine.

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

ORCID ID:

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

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les supervisions individuelles et d'équipes, les groupes Balint et les formations à la communication et à la relation clinique sont les principaux types d'intervention de la liaison psychiatrique dans les settings où elle a pu se développer
- Les interventions de liaison sont conditionnées par un facteur/acteur principal: le clinicien. Sans ouverture de la part du clinicien, elles sont vouées à l'échec. Il faudrait donc mettre le clinicien au centre de la liaison psychiatrique
- L'échange entre psychiatrie de liaison et sciences sociales est fondamental pour être à même de prendre en compte les dimensions qui dépassent la psychologie et parvenir à cerner les transformations qui s'opèrent dans et autour de la médecine. Le psychiatre de liaison doit approcher les cliniciens comme des sujets situés
- Les sciences sociales et la recherche qualitative permettent aussi de penser la liaison psychiatrique au-delà de la supervision individuelle et de groupe, d'ancrer empiriquement cette activité et de la faire évoluer parallèlement aux transformations de la médecine

1 Bourquin C, Stiefel F, Bernhard J, et al. Mandatory communication skills training for oncologists: enforcement does not substantially impact satisfaction. *Support Care Cancer*. 2014 Oct;22(10):2611-4.

2 Stiefel F, Nakamura K, Ishitani K, Bourquin C, Saraga M. Collusion in palliative care: an exploratory study with the Collusion Classification Grid. *Palliat Support Care*. 2019 Dec;17(6):637-42.

3 Deliyannis S, Ludwig G, Saraga M, Bourquin C, Stiefel F. When patients and physicians get mixed up: an investigation and differential description of collusion by means of a case series of supervisions.

En préparation.

4 Baechtold V, Bourquin C, Stiefel F. Parler de soi en supervision : les médecins sont-ils prêts ? Travail de master (médecine). 2022.

5 **Elliott DM, Guy JD. Mental health professionals versus non-mental-health professionals: Childhood trauma and adult functioning. *Prof Psychol Res Pr*. 1993;24(1):83-90.

6 Martín Cabré LJ. La contribution de Ferenczi au concept de contre-transfert. *Rev Fr Psychosom*. 2012;42(2):73-88.

7 Soreanu R. Supervision for our times: countertransference and the rich legacy

of the Budapest School. *Am J Psychoanal*. 2019 Sep;79(3):329-51.

8 *Stiefel F, Kiss A, Salmon P, et al. Training in communication of oncology clinicians: a position paper based on the third consensus meeting among European experts in 2018. *Ann Oncol*. 2018 Oct;29(10):2033-6.

9 Stiefel F, Michaud L, Saraga M, Bourquin C. Le médecin, sa clinique et l'institution : s'adapter ou se situer ? *Rev Med Suisse*. 2021 Feb;17(725):289-92.

10 *Salmon P, Young B. How could we know if communication skills training needed no more evaluation? The case for

rigour in research design. *Patient Educ Couns*. 2019 Aug;102(8):1401-3.

11 Bourquin C, Gavin A, Stiefel F. La liaison psychiatrique I : clinique. *Rev Med Suisse*. 2022 Feb;18(769):261-4.

12 Fogarty CT. Fifty-five word stories: « small jewels » for personal reflection and teaching. *Fam Med*.

2010 Jun;42(6):400-2.

13 Ernaux A. *Le jeune homme*. Paris: Gallimard; 2022.

* à lire

** à lire absolument