

La liaison psychiatrique III: recherche

Pr FRIEDRICH STIEFEL^a, Pr ALEXANDRE BERNEY^a, Dre CÉLINE BOURQUIN^a,
Dr RÉGIS MARION-VEYRON^b, Dr KONSTANTINOS TZARTZAS^b et Dr MICHAEL SARAGA^c

Rev Med Suisse 2022; 18: 269-71 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.769.269

La psychiatrie de liaison comprend une activité de consultation auprès des patient-es en soins somatiques et une activité de liaison auprès des clinicien-nes. La liaison psychiatrique peut prendre des formes diverses, tels l'enseignement de la relation soignant-e-soigné-e, des supervisions ou le soutien d'équipe. Dans cet article, nous présentons 4 études menées dans notre service qui s'intéressent: a) aux liens entre la santé mentale des étudiant-es en médecine et leurs compétences interpersonnelles; b) à leurs rêves et à ce qu'ils révèlent de leur subjectivité; c) aux enjeux de l'appel aux spécialistes pour les médecins de premier recours et d) à la pratique clinique en situation. Ces études contribuent à nourrir le travail de liaison qui peut s'appuyer sur leurs résultats dans la formation et le soutien des soignant-es.

Psychiatric liaison III: Research

Liaison psychiatry consists of an activity of consultation for patients affected by somatic diseases and of an activity of liaison for clinicians. The liaison work can take different forms, such as teaching of patient-physician relationship, supervision or support. To illustrate psychiatric liaison research, we present four studies conducted in our service, which explore (a) the relations between medical students' mental health and their interpersonal competence, (b) the dreams of medical students and what they reveal of their subjectivities, (c) the stakes for primary care practitioners when asking for a specialist's consult, and (d) the situated clinical practice. These studies contribute to nourish psychiatric liaison, which can use their results for training or support of clinicians.

INTRODUCTION

La consultance des psychiatres de liaison est une activité qui ressemble à celle de n'importe quel-le spécialiste au sein de l'hôpital: appelé-es pour donner leur avis, les psychiatres posent un diagnostic, instaurent un traitement et formulent des recommandations de prise en charge. Il existe cependant un autre volet de leur activité, qu'on appelle justement «la liaison», qui vise à transférer un savoir «psy» vers les clinicien-nes qui œuvrent en médecine somatique, à les aider à contenir et accompagner des patient-es avec des comorbidités psychiatriques et à les soutenir pour faire face à une pratique exigeante.

^aService de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^bDépartement vulnérabilités et médecine sociale, Unisanté, 1015 Lausanne, ^cService de psychiatrie générale, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1008 Prilly
frederic.stiefel@chuv.ch | alexandre.berney@chuv.ch | celine.bourquin@chuv.ch
regis.marion-veyron@unisante.ch | konstantinos.tzartzas@unisante.ch
michael.saraga@chuv.ch

Sur le plan de la recherche, comme d'ailleurs dans sa clinique, la psychiatrie de liaison s'est avant tout intéressée à la consultation psychiatrique avec des patient-es affecté-es par des maladies somatiques, laissant largement de côté l'activité de liaison elle-même. Il en résulte un manque de données susceptibles de contribuer à l'innovation, au développement, à l'évaluation ainsi qu'à l'évolution de la liaison psychiatrique. La ligne de recherche sur les clinicien-nes, développée dans notre service, cherche à combler ce manque.¹

LIGNE DE RECHERCHE

Nous proposons d'illustrer cette ligne de recherche à travers 4 études traitant des médecins et de celles et ceux qui se forment pour le devenir. Les 2 premières impliquent des étudiant-es en médecine et portent, respectivement, sur leurs compétences interpersonnelles et leur santé mentale (voir: L'étude ETMED-L),^{2,3} et sur leurs productions oniriques (voir: Les rêves d'évaluation chez les étudiant-es en médecine).^{4,5} Les 2 autres concernent des médecins et abordent la question des demandes d'investigations spécialisées ou, pour le dire autrement, du recours aux spécialistes (voir: Recours aux spécialistes par les médecins de famille),⁶ et celle de l'expérience vécue de la pratique clinique (voir: Exploration phénoménologique de la pratique clinique).⁷ La discussion permettra de montrer l'intérêt pour la psychiatrie de liaison et pour la médecine de s'intéresser aux clinicien-nes sur le plan de la recherche empirique également.

L'étude ETMED-L

Cette étude évalue de manière longitudinale sur une durée de 4 ans (2020-2024) l'évolution des compétences interpersonnelles et de la santé mentale des étudiant-es en médecine. Elle concerne l'ensemble des étudiant-es en médecine de l'Université de Lausanne, de la première à la sixième année.

L'objectif est d'examiner le développement des compétences interpersonnelles, et plus spécifiquement de l'empathie comme construit complexe incluant l'empathie cognitive et affective, la sensibilité interpersonnelle et l'adaptabilité comportementale. L'étude s'intéresse aussi à la santé mentale des étudiant-es en médecine, notamment à l'anxiété, aux symptômes dépressifs, au burnout et à la consommation de substances psychoactives. Le design de l'étude ETMED-L (cohorte ouverte) permet à la fois des analyses transversales et longitudinales; les étudiant-es qui répondent au moins deux fois au questionnaire durant les 4 années de l'étude seront inclus dans les analyses longitudinales.

Les compétences interpersonnelles sont centrales dans la pratique clinique. Assurer leur soutien est donc un enjeu clé

dans l'enseignement médical prégradué, qui plus est quand la littérature montre que l'empathie des étudiant-es en médecine est à risque de décliner au cours de leurs études. S'agissant des ressources personnelles des étudiant-es, et plus particulièrement de la santé mentale, les résultats d'études internationales montrent notamment une haute prévalence de la dépression et d'idées suicidaires. L'étude ETMED-L est l'une des premières à investiguer simultanément ces questions. La première collecte de données du projet ETMED-L (mars 2021) a permis d'obtenir des données sur 886 étudiant-es. Nos résultats préliminaires confirment la présence d'un taux élevé d'étudiant-es concernés par des problèmes de santé mentale, particulièrement pour les 2 premières années du Bachelor, et montrent des corrélations significatives entre santé mentale et mesures de l'empathie.

Les rêves d'évaluation chez les étudiant-es en médecine

Une première étude des rêves (n = 617) d'étudiant-es en médecine à l'Université de Lausanne de la première année de Bachelor à la dernière année de Master a montré une prédominance de rêves mettant en jeu des situations d'évaluation. Dans une seconde étude, ces rêves ont été analysés avec ceux d'étudiant-es en médecine de l'Université de Fribourg. Un total de 216 rêves a ainsi été soumis à une analyse thématique basée sur une approche psychodynamique distinguant : a) les caractéristiques des personnes apparaissant dans les rêves; b) le niveau défensif des rêveuses et des rêveurs quant à leur perception de l'échec et c) l'impact narcissique. Pour une minorité importante d'étudiant-es, l'échec rêvé a été vécu de manière dramatique, allant jusqu'à atteindre des dimensions existentielles.

Les rêves d'évaluation étaient répartis de manière égale entre les deux universités (qui se distinguent clairement par le mode de sélection des étudiant-es de la première année d'étude) et entre les années d'étude, ce qui peut indiquer qu'ils sont induits par la menace d'échec qui accompagne certain-es tout au long de leur cursus, indépendamment de la probabilité qu'elles-ils connaissent effectivement un échec. La menace et les pressions très présentes pesant sur la subjectivité et l'importante vulnérabilité narcissique que l'on peut inférer chez certain-es étudiant-es des résultats obtenus dans le cadre de cette investigation devraient être abordés dans les cours afin de leur permettre de réfléchir à ces thématiques et de se situer par rapport à l'évaluation en tant que composante des études de médecine et de la profession qui les attend.

Recours aux spécialistes par les médecins de famille

Dans le système de santé suisse, les médecins de famille (MF) servent fréquemment de porte d'entrée aux soins spécialisés, et l'une des principales attentes des patient-es envers leur MF est la bonne coordination des soins. La demande d'investigation spécialisée (DIS) est multidimensionnelle et fait partie des responsabilités légales et éthiques des médecins. Cette pratique est routinière (9,44% des consultations en Suisse) mais finalement peu investiguée.

Nous avons étudié les facteurs que prennent en considération les MF, lorsqu'ils effectuent une DIS à Unisanté, au moyen

d'une étude qualitative. Deux focus groupes ont été conduits avec les médecins concerné-es (18 MF), puis les données ont été traitées par une analyse thématique du contenu.

Les participant-es ont distingué 2 types de situations qui entraînent une DIS: les « claires », dans lesquelles la décision de demander un avis spécialisé ou non semble évidente, et les « complexes », dans lesquelles elles-ils hésitent, ayant des préoccupations concernant : a) le traitement; b) la relation médecin-patient-e et c) elles-mêmes ou eux-mêmes. Les MF ont évoqué de nombreuses raisons « non médicales » d'une DIS, y compris l'influence émotionnelle des patient-es, le type de relation avec les spécialistes ou le partage de la responsabilité.

La compréhension plus complète du processus de la DIS peut être utile: a) pour les patient-es; b) pour les MF; c) pour les personnes qui organisent les systèmes de santé et d) pour les médecins responsables de la formation. Nous constatons que ce processus implique des interactions et des relations chargées émotionnellement, avec les patient-es, les collègues, les spécialistes et les équipes de supervision, et qu'il est influencé par de multiples facteurs contextuels, personnels et cliniques. Être conscient de ces éléments peut influencer positivement le rapport bénéfice/risque des demandes spécialisées.

Exploration phénoménologique de la pratique clinique

En médecine, le travail clinique a tendance à être implicitement envisagé comme la somme de l'anamnèse, l'examen clinique, éventuellement certains gestes techniques diagnostiques ou thérapeutiques, et enfin quelque chose comme la « prise en charge », à savoir la capacité d'adapter le traitement selon l'évolution. À ce corps central, on ajoute parfois un second composant désignant les qualités humaines, relationnelles, personnelles des médecins. Cette approche dichotomique a été décrite comme un « discours dual ». Plutôt que d'appliquer ces catégories préconçues, nous avons souhaité explorer le travail clinique de façon plus inductive, directement à partir de ce que les médecins peuvent décrire de leurs pratiques. Nous avons ainsi rencontré 11 médecins considéré-es par leurs pairs comme exemplaires et avons exploré avec elles-eux leur quotidien clinique, leur positionnement par rapport à la profession, et surtout des cas cliniques spécifiques. Notre analyse phénoménologique nous a conduit à proposer d'envisager la clinique comme un « engagement dans la situation clinique », une notion inspirée par la philosophie de Jean-Paul Sartre. L'engagement comprend 5 aspects: faire son boulot, transgresser les limites quand elles sont considérées comme dommageables pour les patient-es, la bulle magique (le déploiement d'une attention spécifiquement portée à la situation), la responsabilité, et la disponibilité orientée vers l'action (readiness). Notre étude montre les limites du discours dual, qui ne rend pas compte de l'expérience concrète, unitaire, des médecins au travail.

DISCUSSION

Pour effectuer leur travail de liaison, les psychiatres s'appuient sur un corpus théorique constitué depuis plusieurs décennies.

On peut notamment évoquer ici les travaux du psychanalyste et médecin Michael Balint dans les années 50 qui ont mis en lumière la complexité de la dynamique relationnelle entre la-le médecin, ses patient-es, et la maladie, pour reprendre le titre de son ouvrage le plus connu.⁸ Indiscutablement, Balint s'appuie sur les expériences en groupe qu'il a menées à la Tavistock Clinic. Dans cette mesure, ses travaux se fondent sur une accumulation de données cliniques qu'il analyse, et ne sont donc pas seulement théoriques. Comme on l'a vu en introduction, l'activité de liaison a aussi besoin aujourd'hui d'une base empirique; elle doit notamment pouvoir s'appuyer sur des études qualitatives rigoureuses.

Les efforts de recherche de notre service vont dans ce sens. On peut distinguer parmi les études actuelles celles qui s'intéressent: a) aux clinicien-nes; b) à leurs relations avec les patient-es et c) à leur pratique et contexte. En déplaçant le regard des patient-es vers les médecins, il s'agit de mieux décrire ce qui se joue pour elles-eux dans la situation clinique, et de donner ainsi des clés de compréhension aux psychiatres de liaison. La recherche sur la santé mentale des étudiant-es en médecine et son impact sur leurs compétences interpersonnelles met en lumière combien leur activité clinique est dépendante de leur état psychique, et invite ainsi les psychiatres de liaison à être attentives-attentifs aux signes de détresse chez leurs collègues. Les nuits des étudiant-es, peuplées de rêves qui rejouent l'angoisse des examens, montrent comment la socialisation dans les études de médecine, et plus tard dans la profession, est profondément structurée par des enjeux liés à l'évaluation, à la menace de l'échec et à la compétition. Ces questions de jugement et de rivalité peuvent aussi se déployer dans la clinique et les psychiatres de liaison ont intérêt à être lucides sur leur présence, qui peut, par exemple, se manifester au travers de tensions relationnelles avec des patient-es, de conflits entre collègues ou dans les différentes manières d'éviter d'assumer la responsabilité médicale.

L'étude sur le recours à l'avis spécialisé permet quant à elle d'approcher la situation difficile des médecins de premier recours, ambulatoires ou hospitaliers, confronté-es à des exigences contradictoires, par exemple la nécessité de trouver une solution rapide et le souci d'être exhaustif, mais aussi de faire ce que recommandent les guidelines et ce que souhaitent les patient-es (qui veulent parfois «trop» et parfois «pas assez», aux yeux de la médecine). Dans les décisions prises

par les médecins interviennent ainsi beaucoup de facteurs qui relèvent de la situation concrète dans laquelle elles-ils se trouvent, et non pas des principes idéaux, et souvent idéalisés, d'une médecine fondée sur les preuves. Par exemple, le recours à un avis spécialisé, surtout s'il s'agit d'un avis psychiatrique, peut refléter un besoin des médecins plutôt que des patient-es. Motivé, par exemple, par l'angoisse des médecins (de faire faux, de faire face à la souffrance, etc.) de tels besoins sont légitimes, mais ils devraient trouver une réponse dans la supervision plutôt que dans le recours au tiers spécialiste. Enfin, la dernière étude montre que lorsqu'on observe la pratique clinique telle qu'elle se déploie, elle est toujours «en situation» et relève d'une capacité à saisir cette situation, la configurer de façon à pouvoir agir, ce qui implique nécessairement un engagement des clinicien-nes. Connaître les enjeux des clinicien-nes «en situation» permet de les soutenir de manière adéquate dans leur engagement, ou chercher ce qui y fait obstacle.

CONCLUSION

La recherche empirique ayant comme objet les clinicien-nes est relativement récente en psychiatrie de liaison. Mieux connaître ce que font et sont les clinicien-nes et ce qui les affecte permet d'orienter l'activité de liaison des psychiatres qui travaillent en milieu somatique et, partant, d'améliorer le soin aux patient-es.

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

Remerciements: Les personnes suivantes font aussi partie des équipes des projets présentés dans cet article: Valérie Carrard (L'étude ETMED-L), Mathilde Nikles (Les rêves d'évaluation chez les étudiant-es en médecine), Pierre-Nicolas Oberhauser, Nicolas Senn (Recours aux spécialistes par les médecins de famille) et J. Donald Boudreau et Abraham Fuks (Exploration phénoménologique de la pratique clinique).

IMPLICATION PRATIQUE

- Les contraintes complexes s'exerçant sur les clinicien-nes en situation doivent être prises en compte par la liaison psychiatrique, mais aussi par les clinicien-nes elles-mêmes

1 Bourquin C, Saraga M, Marion-Veyron R, Stiefel F. Le médecin au centre : pour une approche de l'expérience vécue. *Rev Med Suisse* 2016;2:293-95.

2 Projet FNS 10001C-197442 – L'étude ETMED-L. PI : Berney A. Partenaires : Bart PA, Berney S, Bourquin C, et al. L'étude ETMED-L. Projet FNS 10001C-197442.

3 Berney A, Carrard V, Berney S, et al. Study Protocol for the ETMED-L Project: Longitudinal Study of Mental Health and

Interpersonal Competence of medical Students in a Swiss University Using a Comprehensive Framework of Empathy. *BMJ Open* 2021;0:e053070. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-053070.

4 *Nikles M, Stiefel F, Bourquin C. What Medical Students Dream Of: A Standardized and Data Driven Approach. *Dreaming* 2017;27:177-93.

5 Nikles M, Bourquin C, Stiefel F. Dream Research (in press). « Everybody Distracts me and Prevents me from

Succeeding »: A Psychodynamic-Oriented Approach of Medical Students' Dreams of Evaluation. *Int J Dream Res* 2021: accepted for publication. ; online first : December 2021. <https://journals.uni-heidelberg.de/index.php/IJoDR/libraryFiles/downloadPublic/293>

6 *Tzartzas K, Oberhauser PN, Marion-Veyron R, et al. General Practitioners Referring Patients to Specialists in Tertiary Health Care: A Qualitative Study. *BMC Fam Pract* 2019;20:165-73.

7 *Saraga M, Boudreau D, Fuks A. Engagement and Practical Wisdom in Clinical Practice: A Phenomenological Study. *Med Health Care Philos* 2019;22:41-52..

8 **Balint M (éd.). *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot, 2003.

* à lire
** à lire absolument