

La liaison psychiatrique II: formation

Dr LAURENT MICHAUD^a et Pr FRIEDRICH STIEFEL^a

Rev Med Suisse 2022; 18: 265-8 | DOI: 10.53738/REVMED.2022.18.769.265

La formation dispensée par les psychiatres de liaison s'est considérablement développée ces dernières décennies. Cet article présente le cas des formations à la communication en oncologie, en détaillant pourquoi et comment elles ont évolué d'un enseignement centré sur des compétences en communication (skills) à un travail sur la dimension relationnelle de la rencontre, l'étude des mouvements intrapsychiques et une attention portée au contexte. Il décrit ensuite la supervision centrée sur la ou le clinicien-ne, utilisée aujourd'hui à titre exploratoire, en soulignant les opportunités et les précautions nécessaires à sa pratique. Ces exemples montrent en quoi une psychiatrie de liaison qui porte aussi son attention sur le ou la clinicien-ne facilite et enrichit la rencontre clinique et améliore les soins.

Psychiatric liaison II: training

Training provided by liaison psychiatry has been considerably developed over the last decades. This article describes how "communication skills" training in oncology evolved to now address interpersonal dimensions of the medical encounter, the clinician's "inner" world and the context. We further present a so-called clinician-centered supervision, which aims to address the intrapsychic issues of the clinician; the opportunities and precautions with this specific type of supervision are discussed. Focusing on the clinician facilitates and enriches the clinical encounter and improves medical care.

INTRODUCTION

Au sein de la psychiatrie de consultation et liaison, la liaison en elle-même vise à faire le pont entre le champ de la psychiatrie-psychothérapie et celui de la médecine somatique, à transférer un savoir, un savoir-faire et un savoir-être, et à soutenir les clinicien-nes et les équipes dans leur travail. Cette partie de notre discipline a mené une vie plutôt à l'ombre de l'activité de consultation auprès des patient-es, où se sont déployés les principaux développements académiques. L'exception notable à ce constat est l'enseignement et plus spécifiquement celui de la communication médecin-malade, qui s'est développé de manière importante ces dernières décennies. Les supervisions cliniques individuelles ou en groupe y occupent une place centrale. Cet article présente l'évolution de la supervision individuelle dans le cadre spécifique de l'enseignement à la communication en oncologie et le développement de ce que les auteurs appellent une supervision centrée sur la ou le clinicien-ne. Il s'agit ainsi d'illustrer l'importance de reconnaître comment les clinicien-nes façonnent la rencontre avec leurs patient-es et la manière dont la relation médecin-malade se coconstruit.

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

FORMATION À LA COMMUNICATION EN ONCOLOGIE: DES COMPÉTENCES (SKILLS) ET DE LEUR ÉVOLUTION

Au début de l'année 1998, à l'initiative de la Ligue suisse contre le cancer, les Communication Skills Trainings ont été introduits en Suisse. Conçus sous forme de séminaires de deux jours, suivis de supervisions individuelles puis d'une journée de clôture, ils étaient destinés aux médecins et soignant-es qui s'occupent régulièrement de patient-es atteint-es de cancer.¹ Cet enseignement a été déclaré obligatoire en 2005 par la Société suisse d'oncologie médicale, la satisfaction exprimée par les participant-es restant élevée par la suite.² Il est essentiellement basé sur des analyses d'entretiens filmés avec des actrices et acteurs-patient-es, des jeux de rôle et des supervisions.

Avec le temps, la réflexion critique menée par les personnes intervenant dans ces séminaires a mis au jour le risque, en centrant l'enseignement sur des compétences, de réduire la communication à ses aspects techniques. Une erreur à notre sens, dans la mesure où la communication en médecine ne peut pas être assimilée à des actes cliniques évaluables, tels que la palpation du foie, qu'on peut observer et juger.³ Elle ne se réduit pas à une marche à suivre: en fonction du contexte, une question ouverte au début d'un entretien peut s'avérer adéquate (par exemple, lors d'un premier entretien avec une nouvelle patiente) ou inadéquate (par exemple, si un patient attend impatiemment les résultats d'un examen). Une remarque empathique soulignant le désarroi d'une patiente peut avoir un effet bénéfique si elle est en demande de soutien mais se révéler déplacée s'il s'agit d'une personne narcissiquement vulnérable qui essaye coûte que coûte de se présenter comme indépendante et en mesure de gérer la situation. Un enseignement visant à transmettre des manières de parler avec les patient-es nous semble à risque de standardiser, en évacuant le caractère singulier par effet d'aliénation et en bridant la créativité et les qualités propres des thérapeutes.

Ce constat a conduit à faire évoluer la formation sur trois aspects: a) un accent plus important mis sur les dimensions relationnelles de la communication soignant-e-soigné-e; b) une volonté de cibler plus spécifiquement les mouvements intrapsychiques de l'intervenant-e et c) une attention particulière portée aux aspects contextuels déterminant la communication.⁴

Reprenons ces trois éléments. Premièrement, reconnaître les aspects relationnels influençant la communication soignant-e-soigné-e est essentiel. Pensons à un patient oppositionnel qui met en doute systématiquement les propositions d'un médecin assistant. Reconnaître la dynamique relationnelle à l'œuvre permet à la clinicienne d'éviter de vouloir à toute force expliquer le raisonnement qui motive ses choix thérapeu-

tiques, cette attitude pouvant générer, par effet de répétition, de l'incompréhension, de la frustration et de la déception, voire une montée en symétrie. Dans une telle situation, métacommuniquer sur ce qui se passe dans la relation afin de voir avec le patient comment la rendre plus constructive nous semble être une meilleure alternative. Sans cette métacommunication, l'assistante risque de vivre la mise en question systématique de ses propositions comme une attaque de la part du patient, ce qui pourra faire émerger chez elle de l'anxiété, de la colère ou de la honte, émotions qui auront des répercussions dans la consultation. Ce possible vécu nous amène au deuxième aspect évoqué plus haut: l'importance, ici pour la clinicienne, d'avoir accès à son monde interne et de penser la manière dont il influence la relation avec le patient.

Les résultats de la recherche menée par les enseignant-es montrent de fait l'importance du monde intrapsychique dans la communication médecin-malade. On observe, par exemple, chez des clinicien-nes rencontrant des patient-es (simulé-es), une prévalence non négligeable de défenses immatures telles que le déni qui fait disparaître certains aspects des patient-es ou la projection qui les colore avec des attributs qui appartiennent à la clinicienne ou au clinicien.⁵ Ces défenses peuvent massivement interférer avec la communication, comme chez ce médecin généraliste, participant à une de ces formations, à qui une patiente, qu'il souhaitait orienter vers un spécialiste, disait en riant: «Alors, docteur, vous transmettez la patate chaude?» Interprétant sa remarque comme une critique et un indice que la patiente se sentait abandonnée, le clinicien fut très surpris lorsque, à son retour de chez ce spécialiste, la patiente se montra aussi sympathique et collaborative qu'auparavant. La supervision de la situation permit au généraliste de prendre conscience qu'il se sentait souvent coupable, pas à la hauteur, et hanté par l'idée de «faire une faute». Cet exemple nous amène au troisième et dernier aspect de l'évolution de nos formations: la prise en compte du contexte.

Le contexte dans lequel la pratique médicale est exercée influence les clinicien-nes, leurs patient-es et la rencontre. Pensons aux modifications de et dans la clinique comme l'introduction des ordinateurs dans les consultations ou à des évolutions sociétales, telles que l'influence de l'image des médecins que véhiculent les médias et la judiciarisation du champ de la médecine (à laquelle répond l'anxiété de commettre une erreur que nous évoquons plus haut).

Comment les formations permettent-elles de travailler sur ces trois aspects? Alors que les composantes relationnelles de la communication peuvent être étudiées en analysant les vidéos de consultations réelles ou jouées, les déterminants contextuels sont plutôt traités dans les discussions suivant les présentations des situations pour les jeux de rôle. S'agissant finalement du monde intrapsychique, lieu de l'intime, c'est la supervision individuelle qui permet le mieux de l'aborder. Dans la suite de cet article, nous nous attachons à décrire l'évolution dans les pratiques de cette supervision individuelle.

De la supervision centrée sur la situation à la supervision centrée sur le ou la clinicien-ne

Historiquement, les 4 à 6 supervisions individuelles proposées dans notre formation à la communication étaient centrées

sur le fonctionnement psychologique de la ou du patient-e, dans le but d'augmenter la compréhension de l'intervenant-e et d'améliorer son lien avec les patient-es. Avec l'évolution décrite plus haut, le focus des supervisions s'est déplacé pour arriver à un modèle de supervision structurée, visant l'accès des clinicien-nes à leurs propres mouvements intrapsychiques et la réflexion sur leur impact au niveau relationnel.

S'agissant du déroulement, une fois la situation présentée, ce modèle de supervision vise à: a) mettre au jour la problématique psychologique principale de la ou du patient-e, pour ensuite b) inviter la clinicienne ou le clinicien à penser la dynamique relationnelle, afin de comprendre les enjeux du lien qui s'est instauré; c) l'amener à reconnaître ses propres mouvements affectifs, cognitifs et comportementaux; d) à réfléchir si les difficultés relationnelles rencontrées se produisent aussi dans sa vie privée et e) si c'est le cas, à établir d'éventuels liens avec sa biographie.

Deux exemples résumant des supervisions conduites avec un oncologue et une endocrinologue – un séminaire similaire à celui dispensé pour les oncologues a récemment été introduit dans le Service d'endocrinologie du CHUV – servent à illustrer cette approche (**encadrés 1 et 2**). Les retours des personnes supervisées quant à ce type de supervision sont majoritairement positifs (un travail de master est en cours pour explorer plus systématiquement leur vécu) et nous observons qu'elles et ils «jouent le jeu» une fois la première surprise passée, comprenant qu'il s'agit de «parler de soi». Nous constatons, par ailleurs, qu'elles ou ils n'ont généralement jamais fait le lien entre leur histoire, leurs vies privée et professionnelle et leurs rencontres en consultation. Les éventuels effets négatifs d'une telle approche et la prudence avec laquelle ces supervisions doivent être menées, ainsi que les conditions-cadres qui seront à respecter, sont discutés plus loin.

VIENNE-BERLIN VERSUS BUDAPEST: UNE VIEILLE CONTROVERSE SUR LA SUPERVISION

Ferenczi, qui a reconnu très tôt le rôle du contre-transfert (les réactions inconscientes envers les patient-es qui émergent chez les psychanalystes) dans la cure, était un défenseur de

ENCADRÉ 1	Une attention envahissante
<p>Une assistante en endocrinologie relate ses difficultés avec un patient âgé de 50 ans, diabétique, qui présente non seulement une adhérence aux traitements qui laisse à désirer, mais écoute peu les conseils de cette collègue, interrompt ses explications et se montre souvent déjà irrité en début de consultation. Face à ce patient, cette jeune collègue se sent vite envahie et reconnaît son grand besoin de s'assurer que les patient-es ont bien compris les enjeux des traitements et relate que cela lui arrive de constater une certaine irritation face à ses explications de la part d'autres patient-es, bien moins récalcitrant-e-s que celui présenté en supervision. Elle peut par la suite identifier la source de ses explications et vérifications de la compréhension du patient, qui parfois se poursuit sur le pas de la porte: une importante anxiété que le patient manquerait d'information et se mette donc en danger en ne suivant pas ce que l'assistante lui propose pour gérer au mieux sa maladie. Invitée à penser si son comportement se manifesterait aussi dans sa vie privée, la collègue avoue être très «concernée» et excessivement préoccupée quand quelqu'un tombe malade. Elle met en lien cette préoccupation constante à son enfance marquée par une certaine parentification et un vécu traumatique comme fille d'une mère qui subissait de manière répétitive des crises d'épilepsie faute d'une prise régulière des médicaments prescrits.</p>	

ENCADRÉ 2

De la justice et de l'équité

Un chef de clinique en oncologie présente la situation d'une patiente avec un cancer du sein avancé, venant comme lui d'un pays de l'Est, qui le défie avec différentes exigences quant à la prise en charge qui dépassent clairement les demandes formulées habituellement par ses patient-es. Quand la patiente «ose» un jour lui demander de l'aide avec sa recherche d'appartement, il s'irrite, coupe court à la conversation et propose à la patiente de terminer la consultation. Motivé par des sentiments de culpabilité d'avoir «perdu ses nerfs», le collègue souhaite discuter en supervision de ce qui lui est arrivé. Une fois la problématique de la patiente identifiée, une certaine confusion entre ses besoins et ses droits, le chef de clinique peut relater que ce qui l'agaçait le plus n'était pas que la patiente lui ait demandé des choses inhabituelles – il comprend ce que ses besoins pourraient avoir pour origine, comme un trait de caractère dépendant ou l'angoisse –, mais qu'elle l'ait invité à ne plus respecter le principe d'équité (ce qu'elle n'a pas vraiment fait, c'est une interprétation qui appartient au médecin). Partant de ce constat, il enchaîne sur le sujet de la justice, qui lui est cher, ce qui incite le superviseur à l'inviter à parler du rôle que joue la justice dans sa vie privée. En effet, ce sujet lui complique parfois la vie, par exemple, quand il fait face à des sensibilités différentes pour «la justice». La supervision se termine avec l'histoire familiale du supervisé, très fortement marquée par l'injustice que son père a subie durant des années sous le communisme, ce qui a influencé de manière essentielle l'éducation de ses enfants.

l'idée que la supervision clinique ne pouvait exclure une exploration de la vie interne de la personne en supervision et proposait donc de ne pas strictement séparer les fonctions d'un côté de supervision et de l'autre de psychanalyse de la personne en supervision.⁶ Dans la controverse avec Freud et ses disciples, qui portait aussi sur la manière de reconnaître les mouvements contre-transférentiels et éventuellement les communiquer, comme l'avait suggéré Ferenczi, ce dernier a été vite minorisé avec une rhétorique visant sa personne et non pas le contenu de ses propositions.⁷ À ce moment, la vision prédominante, que Freud lui-même n'a d'ailleurs que peu nuancée par la suite, était que les psychanalystes devaient se distancier du contre-transfert et procéder avec une certaine froideur, «comme un chirurgien». ⁸ Évacuer ses mouvements propres à l'intervenant-e n'est pourtant pas possible, et le contre-transfert a plus tard été reconnu comme partie intégrante de la rencontre clinique, digne d'intérêt et très utile sur les plans diagnostique et thérapeutique.⁹

Néanmoins, on constate toujours une certaine prudence à aborder les liens entre les mouvements contre-transférentiels et l'histoire de vie, la personnalité et le fonctionnement de la personne en supervision. Il y a certes de bonnes raisons à cela. Le droit au respect de la sphère privée en est une; ces supervisions centrées sur la-le clinicien-ne sont ainsi pour le moment proposées dans le cadre d'une étude sur base volontaire et la personne est rendue attentive, de manière régulière, au fait qu'elle-il est libre d'explorer (et de discuter) ou pas les liens avec sa vie privée ou son histoire. En outre, la connaissance, par la personne qui supervise, de la biographie de celle qui est supervisée peut s'avérer problématique, par exemple, s'il existe une relation hiérarchique ou un autre lien professionnel entre elles. Nous réservons donc ce type de supervision aux situations dans lesquelles nous n'avons pas de relations professionnelles avec les supervisé-es. Finalement, il faut souligner le caractère asymétrique de la relation de supervision, dans laquelle une invitation (ici, par exemple, à faire des liens entre relation thérapeutique et histoire personnelle) peut être entendue comme une injonction. La personne qui supervise devra donc s'appuyer sur ses compétences psychothérapeutiques pour prendre en compte cet aspect, en

respectant aussi les défenses des supervisé-es et en considérant la dynamique transféro-contre-transférentielle qui opère en supervision. Elle identifiera, par ailleurs, les éventuels besoins thérapeutiques de la ou du supervisé-e et, le cas échéant, pourra la-le réorienter vers un-e collègue pour une prise en charge.

Toutes ces précautions sont bien légitimes mais on peut se demander si la prudence qu'elles ont comme corollaire n'a pas contribué à maintenir l'illusion qu'on peut séparer le vécu de la ou du patient-e de celui de la ou du clinicien-ne, la vie privée de la vie professionnelle ou l'histoire personnelle d'un-e clinicien-ne de la dynamique relationnelle qui s'instaure avec ses patient-es. En arrière-fond de cette illusion existe peut-être une certaine angoisse de s'identifier avec la-le patient-e et d'être contaminé-e d'une manière ou d'une autre par son destin, la frontière érigée entre le pays des malades et des bien portant-es devenant tout à coup plus poreuse.

CONCLUSION

Nous défendons depuis quelques années une vision de la psychiatrie de liaison qui non seulement tient compte des besoins des patient-es, mais porte aussi son attention sur les clinicien-nes, comme en témoignent les trois articles sur cette thématique de ce numéro spécial psychiatrie de liaison de la *Revue Médicale Suisse*.

La supervision individuelle est un moyen par excellence pour un travail de liaison centré sur la ou le clinicien-ne. Faire face à son propre vécu, reconnaître le travail clinique comme une coconstruction entre patient-e et médecin, identifier ce qu'on apporte à la rencontre avec les patient-es et faire des liens entre sa propre histoire et ce qui se joue dans la relation, permet de grandir et d'embrasser plus pleinement la beauté de sa profession.

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'enseignement de la communication centré sur des compétences (skills) est à risque de standardiser la rencontre et de brider la créativité des clinicien-nes
- Travailler sur la dimension relationnelle de la rencontre, ses propres mouvements intrapsychiques et le contexte de la consultation enrichit les formations dédiées à la communication soignant-e-soigné-e
- La supervision centrée sur la ou le clinicien-ne lui permet de se pencher sur son monde interne et de réfléchir aux liens entre sa pratique et son histoire personnelle
- Pour les médecins ou les soignant-es, le travail sur sa propre personne éclaire la rencontre clinique et améliore les soins

1 **Stiefel F, Bernhard J, Bianchi G, et al. The Swiss Model. Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care. Oxford: Oxford University Press, 2010.
2 Bourquin C, Stiefel F, Bernhard J, et al. Mandatory Communication Skills Training for Oncologists: Enforcement Does Not Substantially Impact Satisfaction. Support Care Cancer 2014;22:2611-4.

3 Stiefel F, Bourquin C. Communication in Oncology: Now We Train – But How Well? Ann Oncol 2016;27:1660-3.
4 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;29:2033-6.
5 Bernhard M, de Roten Y, Despland JN,

Stiefel F. Oncology Clinicians' Defenses and Adherence to Communication Skills Training With Simulated Patients: an Exploratory Study. J Cancer Educ 2012;27:399-403.
6 Grotjahn M. Problems and Techniques of Supervision. Psychiatry 1955;18:9-15.
7 Ferenczi S, Dupont J. The Clinical Diary of Sandor Ferenczi. Cambridge: Harvard University Press, 1988.

8 Gay P. Freud. Eine Biographie für unsere Zeit. Frankfurt am Main: Fischer Verlag, 1989;p. 343.
9 *Gabbard GO. The Role of Countertransference in Contemporary Psychiatric Treatment. J World Psychiat Assoc 2020;19:243-4.

* à lire
** à lire absolument