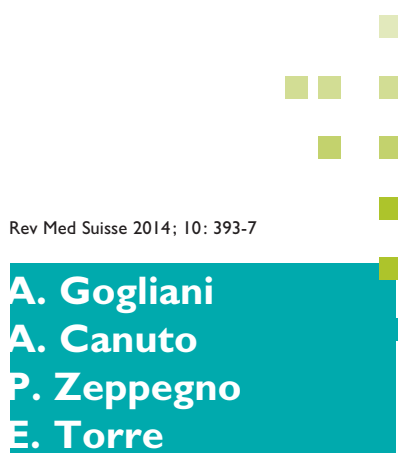




Psychiatrie de liaison : stratégie de soins, occasion de formation



Rev Med Suisse 2014; 10: 393-7

A. Gogliani
A. Canuto
P. Zeppegno
E. Torre

The consultation-liaison psychiatry: strategy for care, opportunity for training

The liaison psychiatry defines itself as way to comprehend the psychological aspects in any situation of care, and in particular in the context of somatic care. The identification of the psychic processes, which can influence the diagnosis and the outcome of a somatic disease, is essential to adequately and globally take care of the individual. At the same time, training in the Help relationship allows to identify the difficulties of nursing, which is very often source of exhaustion and burn-out.

La psychiatrie de liaison se définit, entre autres, comme outil de lecture des aspects psychologiques présents dans toute situation de soins, et en particulier dans le contexte des soins somatiques. L'identification des processus psychiques qui peuvent influencer le diagnostic et le pronostic d'une maladie somatique est essentielle pour une prise en soins adéquate et globale de l'individu. En même temps, la formation à la Relation d'aide permet d'identifier les difficultés des soignants, qui peuvent être souvent à l'origine d'épuisement et de burn-out.

INTRODUCTION

La nécessité de recourir à la psychiatrie de liaison comme stratégie de soin naît de la considération que, pour certains patients, il est difficile d'intervenir de manière adéquate non seulement en raison de leurs conditions cliniques, mais également à cause d'obstacles dans la relation entre soignants et institution ou encore dans la relation médecin-patient.¹⁻³ Les deux cas suivants illustrent d'une part, les obstacles cités plus

haut et d'autre part, un parcours de formation qui permettrait de faire face plus facilement aux inconvénients apparus dans le processus de soin. Il s'agit de deux exemples de supervision et discussion de cas basés sur le modèle qui a été développé par Eugenio Torre et son équipe à l'Hôpital Maggiore de Novara (Italie).

CAS 1 : L'OFFENSE

Luc travaille comme médecin trieur aux urgences de médecine d'un hôpital général. Il prescrit un EEG à l'un de ses patients pour affiner son diagnostic. Le médecin a des raisons de penser que le patient puisse présenter des lésions cérébrales qui seraient à l'origine d'une polyneuropathie dont il se plaint. Le neurologue consultant, auquel Luc demande un avis, préfère demander une IRM, qui mettra en évidence une lésion néoplasique bénigne. A la suite de la consultation neurologique et des examens effectués, le patient revient chez Luc pour les prescriptions à effectuer et lui parle de ce qui vient de se passer. Le patient affirme avoir «heureusement rencontré un bon médecin» en la personne du neurologue, qui lui a sauvé la vie. Luc prescrit les médicaments proposés hormis un opiacé – qu'il estime excessif dans la situation du patient – et qu'il remplace par un AINS. Le patient demande à Luc de se conformer aux indications du neurologue pour ce qui concerne la prescription. Cette décision sera à l'origine d'une importante discussion au terme de laquelle Luc prescrira ce qui a été demandé. Néanmoins, Luc ayant eu besoin d'en discuter avec le collègue spécialiste, le patient aura eu longtemps à attendre.

CAS 2 : L'INCOMMUNICABILITÉ

Une femme de 64 ans, en traitement pour un diabète non insulino-dépendant, une hypertension artérielle, une obésité et un glaucome débutant, se



rend chez son médecin diabétologue pour une visite de contrôle et pour renouveler sa prescription médicamenteuse. Après quelques mois de rapports presque exclusivement «prescriptifs», Paul, le médecin, demande à la patiente de pouvoir l'examiner plus tranquillement. Durant la visite, ce dernier comprend que la situation clinique est manifestement en péjoration. Paul pense que sa patiente n'adhère que très peu au traitement et décide donc de contacter sa fille, qui travaille dans le même hôpital, pour lui exposer la gravité de la situation. Celle-ci, très préoccupée par le discours du médecin, pense avoir sous-estimé la situation jusque-là. Après une quinzaine de jours, la patiente retourne chez Paul en se plaignant très vigoureusement du fait que sa fille ait été informée de son état de santé. Paul essaye de lui expliquer qu'il a agi dans son intérêt, car le laisser-aller dont elle avait fait preuve avait sensiblement aggravé sa situation clinique. La patiente encaisse les remarques du médecin, qui font suite à celles d'une fille qui a commencé depuis à contrôler l'alimentation et la prise de médicaments de sa mère. La patiente se plaint aussi d'être déprimée et d'avoir des troubles du sommeil. Paul, de manière très accueillante, prescrit un antidépresseur et un somnifère. Après quelque mois, la situation clinique s'améliore.

CONSIDÉRATIONS SUR LA FORMATION

En premier lieu, il est important de souligner que la profession médicale est l'un des principaux domaines dans lesquels se décline la Relation d'aide, cette relation qui met en lien un individu qui demande de l'aide et un autre qui est censé lui répondre. Selon Silvia Montefoschi, «chaque être humain vit dans un monde de relations avec l'Autre, chacune avec une signification différente et originale». ⁴ La Relation d'aide, considérée comme un outil de travail, acquiert des significations qui ne peuvent pas se réduire à une pratique – même très sophistiquée – de la communication, mais doit être considérée sur la base du contenu symbolique qu'elle implique et qui nous renvoie à toute la complexité des informations contenues dans la communication. Plus particulièrement, dans le domaine médical, «la relation exprime une façon d'être, comporte toujours une réciprocité. A travers le rapport avec l'autre, je prends conscience de moi-même. Plus je suis conscient, plus la rencontre avec l'autre se réalise». ⁵ La rencontre se réalise et la possibilité de soigner adéquatement aussi. Dans les années 1990, Torre écrivait : «parfois, il arrive que des médecins techniquement préparés, habiles, précis, soient en difficulté dans la formulation ou la communication du diagnostic ou dans la prise de décisions en adéquation avec la situation. Une identification excessive, des souvenirs, la nostalgie ou encore la constellation d'un complexe, autant de possibilités qui se jouent et peu importe quelle est l'hypothèse la plus vraisemblable. Nous observons parfois que des évaluations correctes et des grandes capacités diagnostiques peuvent être troublées par des motivations inconscientes qui vont au-delà de la préparation technique et qui, en prenant le pouvoir de manière autonome, guident notre comportement». ⁶

La psychiatrie de liaison s'intéresse à des aspects de la prise en soins, de l'enseignement et de la recherche à la frontière entre psychiatrie et médecine somatique. ⁷⁻¹⁰ Elle se propose de répandre la pensée psychologique dans un contexte de soin somatique en l'utilisant non seulement comme outil d'approfondissement spécifique pour les questions de santé mentale, mais surtout comme méthode pour la réflexion autour des thèmes en lien avec la relation avec l'autre (le patient) afin d'utiliser au mieux ses propres connaissances au service de la santé d'autrui. ^{11,12}

La relation devient, donc, lieu de spécialisation du soin, contenant et forme, mais aussi amplificateur et outil de perfectionnement des connaissances médicales. La clarification des complexes psychiques qui nous concernent permet de dépasser les limites inhérentes à la pratique quotidienne, parfois répétitive et, à l'apparence, souvent égale à elle-même. ¹³

ÉTAPES D'UN PARCOURS FORMATIF À L'INTENTION DES MÉDECINS SOMATIENS

1. Présentation de notions psychologiques et philosophiques de la Relation d'aide à travers une pédagogie interactive qui privilégie le «prendre conscience» du processus psychique à son explication. ¹⁴
2. Travail en groupe sur les images cinématographiques. Il ne s'agit pas ici de regarder des films comme une sorte d'entraînement, comme s'il était possible, à travers des images, de s'approprier un style de comportement, une manière de faire ou une procédure d'intervention. Selon une lecture «extra-psychique» (interprétation objective), les personnages et les situations du film peuvent représenter des éléments de la conscience qui permettent de clarifier et de se confronter avec l'expérience personnelle. Le niveau de lecture «intrapyschique» par contre, permet de lire le film comme un rêve (interprétation subjective) où chaque personnage représente une personnification d'un aspect, d'une partie ou d'un complexe de l'individu : «le rêve est un théâtre dans lequel qui rêve est scène, acteur, réalisateur, auteur, public et critique en même temps». ¹⁵
3. Supervision de groupe sur des situations cliniques selon une méthode qui réunit la spécificité des groupes Balint avec le psychodrame de Moreno. Le sujet peut apprendre à relier la théorie à l'expérience en se libérant de la théorie comme grille rigide et réductrice. De la sorte, le moment de l'expérience devient l'objet de réflexions successives, qui seront à l'origine de la donnée empirique, vécue, «pâtie», observée et partagée. ¹⁵

DISCUSSION DES CAS

L'offense

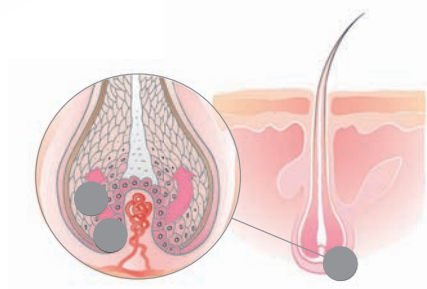
Luc, le médecin, a agi correctement, en toute âme et conscience. Le patient allait mieux. Cependant, la relation s'est dégradée, comme on peut l'observer dans la question de la prescription qui est l'objet de la discussion. Pendant le travail de supervision, Luc peut se revoir dans la situation à travers un jeu de rôle dans lequel il joue son patient face à un collègue qui joue lui-même. Ce faisant, il revit une situation qui lui rappelle un souvenir douloureux,

Biotine-Biomed® forte

En cas de troubles de la croissance des cheveux et des ongles dus à une carence en biotine.

Mode d'action de la biotine

La biotine agit sur la multiplication des cellules de la matrice pileaire et de la matrice des ongles, stimule la production de kératine et améliore la structure de celle-ci.



biotine.ch

5 mg 1x par jour

- Réduit la chute des cheveux^{1,2}
- Améliore la qualité des cheveux et des ongles¹⁻⁴
- Augmente l'épaisseur des cheveux et des ongles^{1,2,4}



BioMed®

Biomed AG, Überlandstrasse 199, 8600 Dübendorf
©Biomed AG. All rights reserved.

Information abrégée Biotine-Biomed® forte pour professionnels

Sources: un comprimé contient 5 mg de biotine. **Indication:** troubles de la croissance unguéale et capillaire dus à une carence en biotine. **Posologie en cas de troubles de la croissance unguéale et capillaire:** adultes et enfants, 1 comprimé par jour avant le repas. **Contre-indications/effets indésirables:** aucun connu à ce jour. **Catégorie de grossesse:** C. **Interactions:** ovalbumine, anticonvulsivants. **Classe:** D. **Conditionnement:** Emballages de 30 et 90 comprimés de Biotine-Biomed® forte (5 mg). Pour des informations détaillées, voir: www.swissmedinfo.ch. **Sources:** 1 Bitsch, R. et al. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 1994. 2 Floersheim, G. L. Z. Hautkr. 67, 246-255, 1992. 3 Gehring, W. Akt. Dermatol. 22, 20-24, 1996. 4 Colombo, V. E. et al. J. Am. Acad. Dermatol. 23, 1127-1132, 1990.



lorsque, plusieurs années auparavant, il n'était pas arrivé à obtenir pour sa mère un traitement antalgique suffisant lors d'une maladie néoplasique. A l'époque, il s'était mis en colère avec le collègue des soins palliatifs, sans succès. Luc avait pensé que le collègue n'avait pas reconnu ses compétences de médecin. Il s'était vexé, son Moi n'ayant pas supporté de rester à sa place, soit celle du fils. Cette blessure est encore vivante, et il arrive qu'elle se manifeste si Luc revit le sentiment de l'offense, comme dans ce cas où il s'est senti dévalorisé par son patient qui lui dit avoir été «sauvé par un bon médecin».

L'incommunicabilité

La patiente de Paul est très peu collaborante aux soins et à la prévention. Le médecin arrive à mettre en évidence une stratégie gagnante. Pendant la supervision, il parle de ce cas comme d'un succès qui lui a laissé de «l'amer en bouche». Il demande de l'aide pour comprendre ce qui lui arrive mais aussi parce qu'il lui est difficile depuis de voir la patiente. Un extrait de film tiré de «Duet for one» (Tom Kempinski, 1986) précède la discussion en groupe et stimule un travail de psychodrame. Cet extrait illustre la rencontre entre une violoniste qui souffre d'une sclérose en plaques et son médecin qui, manifestement en difficulté, n'arrive pas à se reconnaître comme perturbé par la situation et devient alors futile et inadéquat. Lors du jeu de rôle, l'aspect d'objectivation de la patiente de la part du soignant devient clair. Le médecin arrive à reconnaître combien son intervention a pu mettre à distance la patiente, au point de l'empêcher de manifester sa souffrance, en lui prescrivant des antidépresseurs et des anxiolytiques. Il comprend, ainsi, son mal-être. Ensuite, libre de cet aspect caché, Paul peut reprendre la «communication» avec sa patiente, trouver un lieu de partage où la mise en place d'une prise en soins intersubjective sera possible et peut-être porteuse d'une réelle éducation à la santé, dans le respect de la liberté individuelle.

CONCLUSIONS

Le travail de formation et de supervision permet d'atteindre des niveaux de conscience débouchant sur une Relation d'aide. Le soin, occupé de plus en plus par les aspects techniques, risque de perdre de l'efficacité lorsqu'il se heurte à la négation des aspects psychiques de la relation. La puissance de ce qui reste dans l'ombre risque de mettre en danger même l'intervention technique la plus précise.

Dans les deux cas cliniques présentés, il est évident que les soins ont globalement porté leurs fruits. Le choix de ces deux cas, volontairement non liés à des échecs thérapeu-

tiques, permet d'éviter le quelquefois trop facile raccourci entre formation et inefficacité, et ouvre plutôt aux dimensions de richesse que peut fournir la relation. Il ne s'agit surtout pas de culpabiliser les médecins, mais plutôt de faire émerger les potentialités de la profession en s'occupant en même temps de leur bien-être psychique. Le burn-out est un risque toujours présent : prendre soin de soi-même veut dire prendre soin de l'outil de travail le plus important que l'on a. ■

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

Implications pratiques

- Prendre en considération les aspects émotionnels conscients et inconscients de la relation médecin-patient favorise la mise en place d'une Relation d'aide effective
- La supervision en groupe permet la prise de conscience des enjeux de la relation à travers les jeux de rôle et l'élaboration commune
- La psychiatrie de liaison peut avoir une fonction de catalyseur du processus à travers les interventions auprès des équipes de soins

Adresses

Dr Andrea Gogliani
Counselor
Servizio di Counseling Università del Piemonte Orientale «A. Avogadro»
Responsable didactique
Pr Eugenio Torre
Responsable scientifique et culturel de l'Ecole de Counseling «REI: esistenza e individuazione»
Ecole de Counseling «REI: esistenza e individuazione» (Turin, Italie)
andreaagogliani@alice.it
eugenio.torre@alice.it

Dr Alessandra Canuto
Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise
Département de santé mentale et de psychiatrie
HUG, 1211 Genève 14
alessandra.canuto@hcuge.ch

Pr Patrizia Zeppegno
Hôpital Maggiore della Carità
Ecole de spécialisation en psychiatrie
Département de médecine translationnelle
Université Piemonte Orientale «A. Avogadro»
Novara, Italie
patrizia.zeppegno@med.unipmn.it

Bibliographie

- 1 Leentjens AF, Rundell JR, Diefenbacher A, Kathol R, Guthrie E. Psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry: Scope of practice, processes, and competencies for psychiatrists working in the field of CL psychiatry or psychosomatics. A consensus statement of the European Association of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP) and the Academy of Psychosomatic Medicine (APM). *Psychosomatics* 2011;52:19-25.
- 2 Lobo A, Campayo A, Buil-Labat M, Gracia-García P, Marco C. The state of the art in European liaison psychiatry and psychosomatics. *J Psychosom Res* 2008;65:623-4.
- 3 Wise TN. Update on consultation-liaison psychiatry (psychosomatic medicine). *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21:196-200.
- 4 Montefoschi S. L'uno e l'altro. Genova: ECIG ed., 1989.
- 5 * Torre E. Lezioni di psichiatria e psicologia clinica. Roma: Aracne ed., 2010.
- 6 Torre E. Il rapporto con l'altro: il coraggio dell'incontro, in L'arte medica tra comunicazione, relazione, tecnica e organizzazione. Torino: Scriptorium, Paravia ed., 1996.



7 * Rundell JR, Wise MG. The American psychiatric publishing textbook of consultation-liaison psychiatry: Psychiatry in the medically ill. Washington – DC: American Psychiatric Publ., 2002.

8 * Cottencin O, Versavel C, Goudemand M. In favour of a systemic vision of liaison psychiatry. *Encephale* 2006;32:305-14.

9 Rymaszewska J, Söllner W. Training in consultation – liaison psychiatry in Eastern Europe. *J Psychosom Res* 2012;72:460-2.

10 ** Lobo A, Campayo A, de-la-Cámara C, et al. The teaching of liaison psychiatry. *J Psychosom Res* 2012; 72:457-9.

11 Dorogi Y, Campiotti C, Gebhard S. Liaison psychiatry nurse: The development of supervision in somatic medicine. *Encephale* 2013;39:232-6.

12 Renghi A, Brustia P, Moniaci D, et al. Psychological aspects of pain. *Arch Gerontol Geriatr* 2007;44(Suppl.): S321-2.

13 Kornfeld DS. Consultation-liaison psychiatry: Con-

tributions to medical practice. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1964-72.

14 Jung CG. *Structure et dynamiques de la psyché*, vol. 8. Princeton University Press, 1972.

15 Torre E. *I sentimenti e conflittualità del perito*. Milano: Giuffrè ed., 2008.

* **à lire**

** **à lire absolument**