

Psychiatrie de liaison

# Le psychiatre au pays des gériatres

**En nous focalisant sur le médecin plus que sur le patient, nous parlerons dans cet article de psychiatrie de liaison : comment travaille un psychiatre de liaison, comment ses collègues le sollicitent, ce qu'il tente de lier. Nous aborderons les particularités du travail d'un psychiatre de l'âge avancé consultant régulièrement en réadaptation gériatrique. Deux vignettes cliniques illustreront le regard complémentaire et décentré que le psychiatre peut poser sur les situations qui lui sont présentées. Dans son approche au quotidien, le psychiatre reste attentif à la vie intrapsychique des patients même lorsqu'ils sont éprouvés par une réalité extérieure contraignante et des problèmes somatiques parfois envahissants. En parallèle, il attache de l'importance à ce que vit tout soignant dans l'exercice complexe de l'art médical ou du soin. Cette double attention est le propre de la psychiatrie de liaison.**

Qu'est-ce que la psychiatrie de liaison ? Le terme de consultation-liaison recouvre toutes les activités d'intervention, de recherche et d'enseignement des professionnels en santé mentale au sein des divisions non psychiatriques des hôpitaux généraux et dans l'ensemble du dispositif de soins (1). La psychiatrie de liaison vise autant les patients (et/ou leur famille) que les soignants qui en ont la charge (2).

Les façons de faire sont multiples, comprenant toujours deux pôles : consultation et liaison. La consultation est une consultation auprès d'un patient à la demande de son médecin, pour un avis (diagnostique, thérapeutique, aide à l'orientation, etc). La liaison comprend toutes les tâches centrées sur les soignants : la transmission d'un savoir-faire, le soutien des équipes, la supervision, le lien avec les structures extérieures.

## Le problème de la demande

La décision d'appeler le psychiatre consultant dépend de plusieurs facteurs, que nous ne pourrions tous détailler ici, liés au soignant, au psychiatre et au patient lui-même (2). Les motifs de consultation sont variés et concernent des patients qui dérangent d'une façon ou d'une autre. Il est fréquent que le motif de la demande ne paraisse pas clair initialement. Gunn-Sechehay (1973) a décrit huit degrés dans la « qualité » de la demande du somaticien, de la plus frustrante à la plus gratifiante pour le consultant. Cette classification constitue un outil utile au consultant pour se repérer dans les types de demande qui lui sont faites, et lui donne une idée de la qualité de ses relations avec le somaticien, ainsi que de son insertion à l'hôpital (2). Cette classification figure dans le tableau 1.

Le consultant est inévitablement utilisé de diverses façons. Une demande de type mise à l'épreuve ou en désespoir de cause transfère au psychiatre le sentiment d'impuissance vécu par le somaticien, qui est d'abord celui du patient lui-même. L'agressivité



**Dr méd. Anne-Laure Serra**  
Lausanne

suscitée par ce sentiment transparait parfois. Le consultant doit alors rappeler les limites (de la médecine, de la réalité) et nommer l'impuissance ressentie, ce qui n'est pas ce qui était attendu de lui explicitement. Lors d'une demande perfectionniste, le consultant peut se sentir utilisé comme un examen de laboratoire, voire vidé de sa substance. La demande de réassurance peut susciter chez le consultant l'impression d'être une « éponge à angoisse » ou une « garantie médico-légale ». Il assume une fonction anxiolytique qui a son utilité mais qui est cependant peu constructive prise isolément.

Si le psychiatre de liaison ne recevait que des demandes idéales, il n'aurait plus à les décoder. Accueillir en toute conscience ces différents niveaux de demandes est une part importante de son travail, essentiellement invisible pour ses collègues. Le décodage se fait par l'identification au somaticien et la découverte de l'implicite, en comprenant ce qui a précipité la demande. Cette compréhension, restituée d'une façon appropriée, améliore la relation et la communication avec le demandeur. Une bonne connaissance de la façon de travailler des somaticiens, des pressions auxquelles ils sont soumis et de l'organisation des services facilite ce travail de décodage. Par exemple, si le consultant connaît le jour de la grande visite dans le service, il peut plus rapidement repérer une demande déontologique.

## Qu'est-ce qu'un psychiatre de liaison ?

Par rapport au travail ambulatoire usuel, le travail de liaison nécessite des aptitudes particulières. Le psychiatre de liaison a davantage à être tout-terrain et souple. Il doit avoir la capacité de chercher le contact avec le somaticien, connaître et respecter son travail. Il doit pouvoir aller à la rencontre de patients qui n'ont en général rien demandé. Il doit parfois tolérer l'intolérance de ses collègues aux émotions normales du patient et savoir qu'ils disposeront de ses propositions comme ils l'entendent. Il est confronté quotidiennement au manque d'intimité et doit composer avec l'absence habituelle de lieu d'entretien approprié. Il doit donner des réponses concrètes aux soignants, traduire son jargon en langage compréhensible et utilisable pour ses collègues. Cette activité en situation d'interface, sans un territoire propre, nécessite donc une bonne assise de sa propre identité intérieure psychiatrique, ce qui passe par la maîtrise des différents modèles théoriques de référence (1).

### Le psychiatre de liaison : un généraliste ET un sous-spécialiste (3)

Un généraliste, pour disposer d'une vaste boîte à outil face à des patients et des situations très variés et utiliser ces outils de façon parfois peu orthodoxe. Un spécialiste, en raison des particularités manifestes de ce travail, qui sont reconnues officiellement depuis 2010 par un titre FMH de formation approfondie en psychiatrie de liaison. Le pôle psychothérapeutique de l'identité du psychiatre l'aide à rester attentif à la pensée, en opposition à l'agir nécessairement dominant en milieu hospitalier, et au sujet, en opposition à l'objet de soins que devient souvent exclusivement le patient hospitalisé (6).

### Que peut lier un psychiatre de liaison ?

- ▶ Le dedans et le dehors (réalité psychique et réalité extérieure), le présent et le passé chez le patient: face à un patient temporairement débordé par ses émotions dans le cadre d'un problème médical, le psychiatre peut offrir deux approches complémentaires : aider à faire face et aider à penser (4). Dans la première, il s'agit de renforcer les capacités d'adaptation au stress. Dans la deuxième, il est question d'inscrire le vécu actuel du patient dans son histoire de vie, avec son parcours unique et ses fragilités propres, afin de l'aider à retrouver un sentiment d'identité et de continuité (5). Ce lien dedans-dehors et présent-passé contribue à redéployer l'espace psychique et le temps dans des situations où le patient est pris dans un présent traumatique.
- ▶ Le dedans et le dehors encore, au sens concret (l'hôpital et le monde extérieur) : le consultant rappelle qu'il y a, à l'extérieur de l'hôpital, des intervenants qui peuvent donner une hétéroanamnèse utile pour mieux comprendre le patient. Ce lien avec l'extérieur comprend aussi les informations pragmatiques à donner sur le réseau psychiatrique.
- ▶ Le corps et l'esprit : le psychiatre peut aider le soignant, ou le patient, à dépasser la séparation stérile corps-esprit. Pour ce faire, il doit savoir parfois se montrer éducatif. Il est question de montrer que le langage du corps peut aussi être entendu sans agir immédiatement ni chercher en vain à éliminer la plainte à tout prix.

- ▶ Le soignant avec lui-même ? Il s'agit de valoriser les compétences relationnelles des collègues, qui n'ont souvent pas conscience de leur importance pour le patient. Le psychiatre peut aussi, ayant interrogé le soignant sur son ressenti, lui donner un éclairage différent pour lui permettre d'être moins mal à l'aise avec un patient difficile.

### Travailler chez et avec les gériatres

Les exigences de la formation de gériatre touchent plusieurs domaines (somatique, psychiatrique, éthique, social) et comprennent un passage d'une année en psychiatrie de l'âge avancé. L'aspect émotionnel et psychique est mentionné plusieurs fois dans les connaissances et compétences requises (FMH, 2009). Le gériatre est au fait de la fragilité et de la complexité de la personne âgée, de l'importance d'une vision et d'une prise en charge globales de ses problèmes, de la collaboration nécessaire avec le réseau et les proches, des situations délicates sur le plan éthique.

La grille de lecture du gériatre comprend plusieurs grands syndromes gériatriques, dont trois intéressent particulièrement le psychiatre: les syndromes dépressifs, les troubles cognitifs et les atteintes sensorielles. Le MMS, le test de l'horloge et un dépistage de la dépression (par exemple geriatric depression scale, 15 items) sont faits de routine lors de l'admission du patient.

### Avantages pour le psychiatre

Psychiatres de la personne âgée et gériatres ont naturellement une sphère commune.

À la différence du psychiatre qui consulte dans d'autres services, particulièrement les services chirurgicaux, le psychiatre en milieu gériatrique n'a en principe plus besoin de s'occuper de certaines tâches: diagnostic et traitement initial de l'état confusionnel, indications d'un placement ou des entretiens de réseau, bilan et investigation d'une démence, attention à la dépression, passation du MMS.

Pour le psychiatre, il y a plusieurs avantages liés au milieu de réadaptation gériatrique. Des informations pertinentes ont souvent déjà été récoltées au moment où on le sollicite. Il a l'opportunité de se concentrer sur les aspects plus spécifiquement

TAB. 1 Classification des demandes de consultation psychiatrique (d'après Gunn-Sechehaye 1973)		
1	Demande rejet	Pour évacuer un patient difficile
2	Demande de type mise à l'épreuve	Teste la résistance du psychiatre, en lui soumettant un patient inaccessible à tout traitement
3	Demande déontologique	Effectuée à la demande d'un tiers, par exemple supérieur hiérarchique, sans motivation personnelle réelle du demandeur lui-même
4	Demande perfectionniste	Pour compléter un bilan de type universitaire, mais sans implication active du demandeur
5	Demande de réassurance	Pour obtenir la caution du psychiatre face à un patient à risque (suicidaire surtout)
6	Demande en désespoir de cause	Attente d'un geste miraculeux ou magique du psychiatre devant une situation somatique gravissime
7	Demande didactique	Pour obtenir confirmation par le spécialiste d'une opinion ou d'une option quant au diagnostic ou au traitement
8	Demande idéale	Le somaticien est convaincu de l'indication et de l'utilité de la consultation, pour laquelle il a préparé et motivé son malade

psychiatriques ou relationnels. Un partage plus soutenu et un enrichissement réciproque au fil du temps sont possibles grâce au tournus moins rapide des médecins, à la durée plus longue des séjours des patients et à la présence régulière du consultant.

Le psychiatre fait partie du paysage, sans toutefois être intégré dans l'équipe multidisciplinaire. Cette position particulière, qui lui permet de garder son indépendance, peut cependant aussi limiter la portée de ses interventions.

Au-delà de son travail usuel de transmission de connaissances spécialisées, le psychiatre aide souvent ses collègues, et surtout les équipes soignantes, à comprendre et accepter le patient dans son individualité. Cela est particulièrement indiqué lorsque le patient ne peut pas entrer dans le programme habituel de la réadaptation gériatrique pour des raisons de maladie psychiatrique ou de fonctionnement de sa personnalité, alors même qu'il aurait « un potentiel de réadaptation ».

### Tâches du somaticien et du psychiatre

Le tableau 2 indique les tâches respectives qu'idéalement chacun essaye de remplir.

#### Vignette clinique 1

Une patiente de 82 ans, dialysée depuis des années, artériopathe sévère, a traversé de multiples complications médico-chirurgicales (amputations, problèmes vasculaires, digestifs, infectieux). Elle est hospitalisée depuis des mois, a été plusieurs fois entre la vie et la mort. Elle va mal, a une escarre, est dénutrie, dort mal et mange mal, a pleuré le matin même. La demande explicite au psychiatre est une question médicamenteuse : peut-on changer son antidépresseur, qu'elle prenait depuis des années et qui vient d'être arrêté ?

Face à cette histoire médicale, le psychiatre pense que la question du choix de l'antidépresseur n'est pas le problème principal. La demande lui semble être du type « en désespoir de cause ». L'équipe trouve la patiente exigeante, critique et ambivalente concernant les soins (elle les accepte verbalement puis les refuse dans les faits). Les

médecins se sentent envahis. Ils prennent beaucoup de temps pour elle, sans arriver à clarifier ce qu'elle veut car son discours et son comportement sont changeants et contradictoires.

La rencontre avec la patiente permet d'exclure un problème confusionnel, psychotique ou mélancolique, malgré son discours peu informatif sur ses symptômes. Par contre, son attitude contrôlante, dénigrante et ne laissant pas de place à l'autre, la froideur et la pauvreté des affects, font suspecter un problème de personnalité. La patiente dit vouloir faire ce qu'il faut pour rentrer chez elle. Elle se décrit comme un battante qui s'est toujours occupée des autres.

Compte tenu de la situation d'ensemble, le psychiatre choisit de reformuler le problème comme suit: cette patiente dit vouloir rentrer chez elle mais semble plutôt montrer qu'elle est « au bout du rouleau » et dans une grande détresse ; ses défenses sont mises à mal, exposant sa fragilité et son fonctionnement de personnalité problématique ; à défaut de pouvoir maîtriser sa situation, elle contrôle l'autre. Le consultant donne son aval pour un changement d'antidépresseur, tout en pointant l'attente magique liée au médicament. En outre, il propose à ses collègues de valider la patiente dans ses efforts et son désarroi mais de lui mettre des limites et des jalons temporels (durée des entretiens, sujets à discuter, possibilités thérapeutiques).

Après s'être décentré par rapport à la question initiale en formulant le problème autrement, le psychiatre, tout en répondant à la question explicite, a pris l'option de soutenir l'équipe et ses collègues. Le but était d'améliorer la compréhension de cette patiente et nommer les émotions suscitées par sa situation médicale grave et son attitude contradictoire, afin de permettre aux soignants de reprendre une distance plus appropriée. Ce faisant, ils ont pu l'accompagner « là où elle en était » de façon plus tranquille et cohérente.

#### Vignette clinique 2

Une patiente de 80 ans, connue pour une cardiopathie, des troubles de la marche et des troubles cognitifs progressifs, sous traitement antidépresseur. La consultation psychiatrique est

TAB. 2 Tâches respectives du somaticien et du psychiatre consultant	
Somaticien	Psychiatre consultant
Au préalable : se demander ce qu'il attend de la consultation	Rencontrer le demandeur
Connaître son patient et idéalement le contexte psycho-social	Rencontrer le/les soignants concernés Être attentif à leurs émotions
Informar le patient de la demande de consultation et de ses motifs	Rencontrer le patient S'il refuse la consultation, en explorer si possible les raisons
Motiver le patient mais prendre en compte ses réticences	Faire une hypothèse diagnostique et de compréhension de la situation.
Préciser les limites du rôle du consultant	Transmettre au patient sa compréhension
Formuler la demande au psychiatre avec une/des questions.	Elaborer des propositions en fonction des questions posées et des hypothèses de compréhension
Selon les institutions : remplir un formulaire de demande de consultation	Faire une restitution orale immédiate au somaticien et aux soignants
Se rendre disponible pour présenter la demande puis pour la restitution	Selon les institutions : faire un rapport écrit au somaticien, en évitant le jargon psychiatrique

motivée par une suspicion de syndrome de glissement : demande de confirmation diagnostique et traitement. Un retour à domicile était prévu et la patiente, bien que souvent alitée, se montrait sociable et autonome. Son comportement change brusquement : elle présente des céphalées intenses puis des douleurs diffuses ; elle se montre plaintive et démonstrative, se laisse glisser dans les bras des soignants, chute. Elle se retire ensuite complètement, en position fœtale dans son lit, l'air hébété. Lorsqu'un soignant la sollicite, elle dit que tout va bien, avec un sourire superficiel. Les investigations faites ne révèlent pas d'explication somatique à ce tableau clinique. Juste avant ce changement, sa voisine de chambre a quitté l'hôpital.

Le psychiatre apprend par les soignants que la patiente a été élevée par sa tante suite au divorce de ses parents. Sa tante décède lorsqu'elle a 10 ans. En entretien, la patiente évoque une enfance malheureuse et des antécédents de dépressions. Sa voisine de chambre lui rappelait sa tante et son départ l'a beaucoup affectée. Au niveau du status psychiatrique, elle se montre vigilante, partiellement désorientée, émotive, tendue et anxieuse ; elle évoque d'une façon pauvre mais cohérente les émotions liées au départ de sa voisine de chambre ; elle ne présente aucun signe psychotique floride.

Le psychiatre conclut à une réaction émotionnelle et comportementale intense suite au départ de sa voisine, chez une patiente psychologiquement fragile, par réactivation des abandons vécus dans l'enfance. Cette compréhension de la situation est proposée directement et simplement à la patiente puis à l'équipe soignante. La consigne est donnée à l'équipe de l'entourer, la mater et l'encourager attentivement pour lui permettre de traverser cette phase difficile.

Le psychiatre a été sollicité pour une question diagnostique et médicamenteuse, à travers une demande de type didactique. Son intervention, bien que ponctuelle, a donné du sens à un changement incompréhensible, en liant le présent et le passé. Cela a permis à l'équipe d'entourer la patiente d'une façon plus adaptée et consciente, et à la patiente de moins subir sa situation.

## Conclusion

La psychiatrie de liaison est une activité riche et complexe. Outre les nombreuses gratifications qu'elle procure, nous aimerions mentionner les frustrations et les dangers qui guettent le psychiatre de liaison :

- ▶ une fonction dont les limites doivent être régulièrement précisées ;
- ▶ l'oubli de la composante thérapeutique possible de chaque rencontre, au profit d'investigations psychiatriques basées sur le modèle médical ;
- ▶ l'invisibilité pour les collègues d'un certain type de travail avant et dans l'entretien ;
- ▶ l'isolement, si la marginalité inhérente à ce travail est mal vécue. Marginalité car aux yeux des somaticiens, le psychiatre reste un médecin « pas comme les autres », et aux yeux de certains psychiatres, il apparaît comme trop conforme au « modèle médical » (2) ;
- ▶ psychiatre de la personne âgée et gériatre font une paire complémentaire, dont chaque membre profite des compétences et des connaissances de l'autre, dans l'intérêt du patient et dans le partage de la complexité ;

- ▶ le psychiatre, de par sa position extérieure, son regard différent et ses compétences spécifiques, peut aider le gériatre à retrouver des pistes quand il est en difficulté en raison de la psychopathologie du patient. A défaut, il peut parfois donner du sens aux difficultés.

Au delà de sa spécificité, le psychiatre semble se trouver souvent du côté du sujet-patient, par définition unique, qui vient nous rappeler le décalage existant entre ce que nous voulons pour lui et ce qui correspond à son être intime, traversé de contradictions, malade ou non.

## Dr méd. Anne-Laure Serra médecin hospitalier

SUPAA, unité de liaison de psychiatrie de l'âge avancé  
P2, Av. Beaumont 21 bis  
1011 Lausanne-CHUV  
Tél secrétariat : 021 314 00 75 (direct 079 556 80 20)  
Anne-Laure.Serra@chuv.ch

## Références :

1. Camus V., Porchet A., Wertheimer J. Consultation-liaison en psychiatrie de la personne âgée. Psychiatrie du sujet âgé, J-M. Léger, J-P. Clément, J. Wertheimer. Médecine-Sciences, Flammarion, 1999.
2. Zumbrennen R. : Psychiatrie de liaison. Médecine et Psychothérapie. Paris. Masson, 1991.
3. Lipsitt Don R., M.D : Psychotherapy. Essentials of consultation-liaison psychiatry. Rundell James R., M.D., Wise Michael G., M.D. American Psychiatric Press, Washington DC, 1999.
4. Consoli S M: Psychiatrie à l'hôpital général. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-958-A-10, 1998, 11p.
5. Viederman M., M.D. Active engagement in the consultation process. General Hospital Practice 24 (2002) 93-100.
6. Lebrun Jean-Pierre: De la maladie médicale. De Boeck Université, Bruxelles, 1993.

## Message à retenir

- ◆ Le psychiatre et le gériatre ont des regards et des approches complémentaires, dans la préoccupation commune d'une vision globale de la personne âgée.
- ◆ Les demandes au psychiatre consultant impliquent un minimum de travail préalable : clarifier au mieux la question et préparer le patient à la consultation.
- ◆ De son côté, le psychiatre restitue sa compréhension de la situation au patient d'une part et à l'équipe médico-infirmière d'autre part.
- ◆ Il doit être attentif à utiliser un langage clair et faire des propositions réalistes.
- ◆ Il peut aussi avoir un rôle de soutien d'équipe, pour un patient qu'il a vu ou non.