

**PSYCHIATRIE DE LIAISON**  
**R. Zumbrunnen**  
**Editions Masson, Paris, 1991**

La psychiatrie est caractérisée par la coexistence d'au moins trois grandes conceptions de la genèse et du traitement de la maladie mentale : les « modèles biologique, psychologique et sociologique. P 1 (Zumbrunnen, 1991)

Notion de psychologie médicale : activité de collaboration régulière avec certains services, particulièrement demandeurs en matière de psychologie. (...) aider les patients et les soignants à mieux faire face à des situations psychologiquement éprouvantes. P18 (Zumbrunnen, 1991)

Peut donner un avis de spécialiste à visée diagnostic ou thérapeutique, à propos d'un patient donné, soit au cours d'une consultation avec le malade (en présence ou non du médecin), soit lors de supervision, de manière ponctuelle ou répétée, mais sans rencontrer le patient. (Zumbrunnen, 1991)

Possibilité de co-thérapie. Le médecin somatique et le psy (psychiatre ou psg) rencontrent séparément ou conjointement le patient, et partage la responsabilité thérapeutique dans leur domaine respectif. (ex. psychothérapie de soutien + traitement oncologique qd cancer) (Zumbrunnen, 1991)

Possibilité d'intervention auprès des soignants visant d'avantage l'enseignement ou la sensibilisation que les soins. (Zumbrunnen, 1991)

Table ronde, conduite par le psy, et réunissant dans une visée pédagogique et thérapeutique les patients et les soignants d'une unité de diabétologie, tient à la fois de la consultation, de co-thérapie et de la liaison, tout en dépassant chacune de ces modalités. P20 (Zumbrunnen, 1991)

Lien ave service de médecine somatique

La consultation représente en effet l'activité de base d'un service psychiatrique de liaison, et intéresse au premier chef les somaticiens. Pour être utile, le psychiatre consultant doit donner une réponse appropriée à la question qui lui est posée. Pour cela, il est essentiel que celle-ci soit définie de la manière la plus précise possible. Or, il arrive souvent que la demande du somaticien soit formulée en termes vagues, généraux, ou sans explication du contexte, en particulier dans les services n'ayant pas l'habitude de collaborer régulièrement avec la psychiatrie. Dans ce cas-là, le consultant amènera (avec tact) son confrère à préciser sa demande et ses attentes. Il faut distinguer d'une part le type et la « qualité » de la demande qui influenceront la nature de la collaboration entre le consultant et le somaticien (et le patient) ; d'autre part le type de problème clinique soumis qui déterminera la spécificité de l'intervention psychiatrique. Les types de demandes les plus fréquents sont : 1)collaborer au diagnostic 2)collaborer au traitement 3) organiser la sortie et le suivi thérapeutique 4) transférer le patient en milieu psychiatrique. (...) Lorsque la demande reste peu claire, malgré les efforts de clarification tentés par le consultant, il y a lieu de se demander si l'origine du problème ne se situe pas au sein de l'équipe soignante, par exemple sous la forme d'un conflit larvé entre certains soignants, conflits exprimé par les troubles du comportement d'un patient sensible jouant le rôle de révélateur. P20-21 (Zumbrunnen, 1991)

Gunn-Sechehaye (1973) a décrit huit degré dans la « qualité » de la demande du somaticien, de la plus frustrante à la pls gratifiante pour le consultant. Cette classification constitue un outil utile au consultant pour se repérer dans les types de demandes qui lui sont faites, et lui donne une idée de la qualité de ses relations avec les somaticiens, ainsi que de son insertion à l'hôpital :

- 1) Demande rejet : destinée à obtenir l'évacuation d'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 un supérieur hiérarchique, sans motivation personnelle réelle du demandeur lui-même
- 4) Demande perfectionniste : vise à compléter un bilan de type universitaire, mais là encore sans implication active du demandeur lui-même
- 5) Demande de réassurance : cherche à obtenir la caution du psychiatre face à un patient perçu comme présentant un 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 destinée à 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.

La voie d'acheminement de la demande de la consultation influence la qualité de la collaboration entre le somaticien et le psychiatre. Le contact personnel direct offre la meilleure garantie d'un bon ajustement entre la demande et la réponse du consultant. Le contact téléphonique, s'il permet d'aller à l'essentiel, devrait être complété, à un moment ou à un autre du processus de consultation, par un contact direct, qui seul permet de faire sentir les nuances et les éléments non-verbaux de la communication. Il en va *a fortiori* de même lorsque la demande est acheminée par écrit, ou par téléphone à la réception du service de liaison. P21 (Zumbrunnen, 1991)

Dans ce cas, nous avons trouvé utile d'utiliser une fiche qui sert de guide à la secrétaire pour la prise de renseignements nécessaires au consultant, ordonnés dès la prise d'informations au téléphone selon le schéma suivant :

- 1) Provenance de la demande : service, unité, nom et téléphone (bip) du médecin demandeur
- 2) Identification complète du patient (nom, prénom, âge....)
- 3) Motif de l'hospitalisation : diagnostic médical
- 4) Motif de la demande de consultation psychiatrique
- 5) Degré d'urgence : immédiat / dans la journée / routine (dans les 24 heures) p22 (Zumbrunnen, 1991)

Les problèmes clinique soumis au psychiatre consultant sont très variés, mais sont très semblables selon les pays. Les types de problèmes le plus souvent soumis au consultant sont : la dépression, l'anxiété, la confusion, les idées délirantes et hallucinations, les troubles fonctionnels, le comportement suicidaire, l'abus de toxiques et les troubles du comportement. P22 (Zumbrunnen, 1991)

++++ A acheter