

La Société Suisse de Psychiatrie de Consultation et de Liaison

F. Caduff

Introduction

Le 18 mai 2001, la Société Suisse de Psychiatrie de Consultation et de Liaison (SSPCL) a été créée à Aarau. Elle est issue du groupe suisse de travail des psychiatres de consultation et de liaison existant depuis 1990. La SSPCL prétend au statut d'une société affiliée à la Société Suisse de Psychiatrie. L'objectif de la société est la promotion de la psychiatrie de consultation et de liaison. Cette promotion doit avoir lieu en Suisse grâce à des formations de base, des formations continues et de perfectionnement, grâce à la recherche, à des audits cliniques, ainsi que par une collaboration au niveau national et international. Dans la mesure où la psychiatrie de consultation et de liaison n'a en Suisse qu'une existence marginale, non seulement au sein de la médecine générale mais également en psychiatrie [1], nous saisissons l'opportunité, à l'occasion de la fondation de la SSPCL, de faire connaître la psychiatrie de consultation et de liaison en tant que domaine partiel intéressant et exigeant de la psychiatrie.

Comment se définit la psychiatrie de consultation et de liaison?

On entend par psychiatrie de consultation et de liaison le domaine de travail d'un psychiatre au sein de l'hôpital général. Diverses études réalisées dans différents pays montrent qu'une moyenne de plus de 30% de tous les patients traités dans des services somatiques souffrent soit principalement, soit en plus des troubles de diagnostic somatique, des troubles psychiques ou psychiatriques qui peuvent être considérés comme maladie à part entière [2]. Ce sont sou-

vent les personnels soignants qui sollicitent une consultation psychiatrique. Après l'annonce de la consultation par les collègues exerçant leurs activités dans le champ somatique, le consultant psychiatrique intervient dans le service. Il saisit, dans la mesure du possible, une anamnèse centrée sur la maladie actuelle ainsi que sur les résultats des examens psychopathologiques, et pose un diagnostic aussi concis que possible, dont découlent ensuite les suggestions sur la marche à suivre. Les différences avec les activités d'autres médecins spécialisés exerçant leur activité de manière consultative résident dans le fait que le contact doit être entretenu en particulier avec l'équipe soignante, au même titre qu'avec les proches parents des patients, et cela aussi bien pour des raisons diagnostiques que thérapeutiques [3].

Qu'entend-on par psychiatrie de liaison?

On entend communément par le concept de «liaison» une relation établie ou le fait de jeter une passerelle. Dans le domaine de la psychiatrie de consultation et de liaison, le concept n'est défini que de manière vague et fait depuis toujours l'objet d'une controverse. On trouve des auteurs [4] pour prôner un renoncement total à ce concept, alors que d'autres [5] considèrent la psychiatrie de liaison comme une valorisation de l'activité de consultation pure, certes exigeante en efforts, mais efficace en matière de prévention secondaire et tertiaire.

On utilise la plupart du temps ce concept aujourd'hui lorsque des contacts permanents et formels (participation à des rapports, des visites, des consultations spéciales) mais aussi des contacts informels ont lieu entre le psychiatre de consultation et de liaison et les somaticiens, et grâce auxquels des problèmes significatifs du point de vue psychiatrique peuvent être détectés plus rapidement chez des patients somatiques, et traités de manière plus efficace. L'ancien élargissement du concept à une formation des somaticiens sur les aspects psychosociaux d'une maladie a été progressivement abandonné, dans la mesure où ce travail de formation a souvent été décrit comme une sorte d'arrogante «pédanterie» [3].

Quels sont les aspects spécifiques de l'activité psychiatrique de consultation et de liaison?

Des facteurs spécifiques de l'activité psychiatrique de consultation et de liaison découlent du lieu de travail, du mandat de consultation, des problèmes les plus fréquemment posés, ainsi que du cadre diagnostique et thérapeutique.

- Le lieu de travail du psychiatre de consultation et de liaison est l'hôpital somatique; les interlocuteurs professionnels sont les médecins intervenants dans le champ somatique, le personnel paramédical et le personnel soignant. Dans cet environnement, la pensée et l'activité psychiatrique revêtent souvent un caractère exotique.

Correspondance:
Dr Franz Caduff
Président de la SSPCL
Psychiatrische Dienste
Krankenhausstrasse 12
CH-3600 Thoune
E-mail: franz.caduff@spitalthun.ch

C'est pourquoi il est extrêmement important que le psychiatre de consultation et de liaison s'adapte aux usages en vigueur dans l'hôpital général. Font partie de cette adaptation, parallèlement à l'adoption de la tenue de travail correspondante (blouse blanche), une bonne accessibilité par téléphone, une disponibilité rapide en cas d'urgence, ainsi que la maîtrise d'un langage «clinique», aussi bien oralement que par écrit [2], qui comprenne la formulation des instructions concrètes concernant la manière de procéder.

- Le mandat de consultation est souvent rédigé de manière diffuse, les questions posées le sont de manière non spécifique. On peut souvent déceler entre les lignes ou dans les lignes mêmes l'attente d'être «délivré d'un patient difficile» ou de la remise de la responsabilité d'un comportement humain imprévisible entre les mains d'un spécialiste, par exemple en ce qui concerne la question de la propre mise en danger par le patient [6]. Il n'est pas rare non plus qu'une pure intention d'assistance (dans l'objectif d'une décharge des médecins et des personnels soignants) ou l'intervention du psychiatre de consultation et de liaison comme assistant social (en vue d'un placement en home médicalisé) se dissimule derrière une consultation.
- Les problèmes pour lesquels le psychiatre de consultation et de liaison est appelé le plus souvent concernent le diagnostic cognitif et de comportement de maladies neuropsychiatriques, en particulier de démences et de délires, le conseil d'évaluation et l'accompagnement en phase de sevrage des personnes dépendantes de l'alcool et d'autres formes de toxicomanie, l'évaluation de comportements parasuicidaires ou suicidaires ainsi que la saisie des conséquences psychiatriques d'une maladie somatique (par ex. dans le cadre de la psycho-oncologie), respectivement de la présentation somatique d'une maladie psychiatrique (par ex. dans le cadre de troubles de la nutrition ou d'attaques de panique). Ce type de problèmes présuppose de larges connaissances en matière de maladies psychiatriques, mais aussi de maladies internes et neurologiques. Font en outre partie du bagage requis des connaissances des tests psychologiques, en particulier d'ordre neuropsychologique, ainsi que la connaissance des effets souhaités et indésirables de différents médicaments, et en particulier des médicaments psychotropes [7]. Les questions médico-légales (capacité de discernement, privation de liberté à titre de mesure d'assistance préventive) exigent enfin de solides connaissances juridiques.
- Les conditions-cadre du contact médecin-patient dans le domaine de la psychiatrie de consultation et de liaison se distinguent fondamentalement de celles que l'on trouve dans une clinique psychiatrique ou dans un cabinet médical. L'entretien a lieu la plupart du temps dans la chambre du patient, c'est-à-dire «en terrain étranger». Le patient n'a généralement pas demandé le psychiatre, et accueille la visite de celui-ci avec des sentiments

mitigés. L'équipe du service souhaite pour elle-même une décharge rapide et concrète de tâches d'assistance difficiles, alors que le médecin hospitalier exerçant ses activités dans le domaine somatique, surchargé, attend des instructions claires concernant la marche à suivre. Le psychiatre de consultation et de liaison doit tenir compte de l'ensemble de ces souhaits et craintes, tout en sachant instinctivement qu'il ne pourra jamais satisfaire toutes les attentes et que ses propres ressources, ainsi que la durée normalement courte de l'hospitalisation, ne permettent souvent que l'établissement d'un diagnostic, l'introduction d'un traitement en ambulatoire à poursuivre ultérieurement ainsi que, le cas échéant, l'intervention en situation de crise. En qualité de spécialiste des «problèmes insolubles», il se voit confronté à un mélange d'attentes et de dévalorisations et ressent ainsi au niveau de sa propre personne la position particulière de la psychiatrie. C'est pourquoi son intégration au sein d'une clinique, d'un dispensaire de soins ambulatoires ou au moins dans un groupe d'intervision ou dans un audit clinique de collègues de travail est très importante.

Quelles sont les perspectives d'avenir de la psychiatrie de consultation et de liaison?

Dans un document d'actualité sur l'état présent et l'état souhaitable de l'assistance psychiatrique en Suisse, publié récemment par les représentants spécialisés des institutions psychiatriques universitaires, le développement de la psychiatrie de consultation et de liaison dans toutes les cliniques somatiques de Suisse est cité expressément à titre d'objectif [8]. On assiste en Allemagne à des efforts du même ordre, qui tendent à faire de la psychiatrie de consultation et de liaison un secteur essentiel de la psychiatrie [9]. D'autres pays tels que les Etats-Unis, la Grande Bretagne ou les Pays-Bas ont accompli cette évolution depuis longtemps [10, 11].

Pourquoi cet intérêt soudain pour une sous-discipline connue depuis longtemps? Plusieurs raisons de ce phénomène peuvent être soumises à discussion. D'une part, la psychiatrie de consultation et de liaison correspond à la tendance actuellement en augmentation qui plaide pour un traitement des troubles psychiques en dehors du cadre traditionnel de la psychiatrie, principalement stationnaire, entre autre pour des raisons de déstigmatisation. L'évolution démographique avec l'augmentation du nombre de personnes âgées polymorbides et souffrant de tableaux cliniques neuropsychiatriques ou complexes, qui doivent être traités la plupart du temps dans des hôpitaux somatiques, plaide également pour une valorisation de la psychiatrie de consultation et de liaison. D'autre part, les progrès réalisés en médecine conduisent à tous les niveaux à ce que de plus en plus de patients survivent à leurs maladies du point de vue somatique, mais assimilent mal celles-ci du point de vue psychique: citons en l'occurrence des affections

telles que par ex. le SIDA, les carcinomes, les brûlures, les polytraumatismes, les traumatismes crâniens, les transplantations et les maladies neurodégénératives. Enfin, raison importante également, l'augmentation des coûts dans le domaine de la santé qui est imputée du moins partiellement aux hôpitaux généraux, a fait monter de manière sensible la pression en faveur d'un raccourcissement de la durée d'hospitalisation. Il est prouvé que ce sont le plus souvent les problèmes psychiques et psychosociaux qui déterminent dans une large mesure la durée de l'hospitalisation des malades primairement somatiques [12]. La psychiatrie de consultation et de liaison, en tant que discipline classique de tri et d'intervention en situation de crise peut, si elle est utilisée judicieusement, conduire plus rapidement les patients à un traitement ciblé et contribuer ainsi à permettre à l'hôpital général et au domaine général de la santé de réaliser des économies de coûts [13, 14]. Nous nous efforçons, par la création de la nouvelle société de psychiatrie de consultation et de liaison, de revaloriser cette sous-discipline et d'améliorer son intégration dans le quotidien clinique des hôpitaux généraux.

Références

- Georgescu D, Caduff F. Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in der Schweiz: Aktueller Stand und Perspektiven. Schweiz Arch Neurol Psychiatr (in press 1/2002).
- Herzog T, Hartmann A. Psychiatrische, psychosomatische und medizinspsychologische Konsiliar- und Liaisonstätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnis einer Umfrage. Nervenarzt 1990;61:281-93.
- Lipowski Z. Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in Nordamerika in den 80er Jahren. Psychother Med Psychol 1989;39:337-41.
- Hackett T. Liaison Psychiatry: Fixture or Fantasy. Invited lecture presented at the annual meeting of the Academy of Psychosomatic Medicine, November 3, 1982.
- Strain J. Liaison Psychiatry. In: Rundell J, Wise M (eds.). Textbook of Consultation- and Liaisonpsychiatry. 1st edition. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1997. p. 39-51.
- Zumbrunnen R. Psychiatrie de liaison. Paris: Masson; 1992.
- Ford C. Introduction. In: Rundell J, Wise M (eds.). Textbook of Consultation- and Liaisonpsychiatry. 1st edition. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1997. p. XIX-XXI.
- Brenner HD, Ferrero F (Hrsg.). Aktuelle Lage und zukünftige Entwicklung der Psychiatrie und Psychotherapie in der Schweiz. Positionspapier der Fachvertreter universitärer Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosozialen Medizin. Juni 2000. S. D 31.
- Sass H. Psychiatrie und Psychotherapie im Wandel. Nervenarzt 2000;71:1021-2.
- Mayou R, Huysse F. Consultation-Liaison Psychiatry in Western Europe. Gen Hosp Psychiatry 1991;13:188-208.
- Huysse FJ, Herzog T, Malt UF. International Perspectives on Consultation and Liaisonpsychiatry. In: Rundell J, Wise M (eds.). Textbook of Consultation- and Liaisonpsychiatry. 1st edition. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1997. p. 228-55.
- Summergard P. Medical Psychiatry and its Future. In: Cassem NH, Stern TA, Rosenbaum JF, Jellinek MS (eds.). Handbook of General Hospital Psychiatry. Saint Louis: Mosby; 1997. p. 637-48.
- Goldberg RJ, Stoudemire A. The Future of Consultation-Liaison Psychiatry and Medical-Psychiatric Units in the Era of Managed Care. Gen Hosp Psychiatry 1995;17:268-77.
- Fulop G, Strain JJ, Vita J, Lyons JS, Hammer JS. Impact of Psychiatric Comorbidity on Length of Hospital Stay of Medical-Surgical Inpatients: a preliminary report. Am J Psychiatry 1987;144:878-82.

Deutsch erschienen in Nr. 44/2001