

FORMATION CONTINUE

Psychiatrie de liaison**Quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison ?****What are the qualities required from a consultation-liaison psychiatric team?**

A.-S. Chocard *, J. Malka, G. Tourbez, P. Duverger, B. Gohier, J.-B. Garré

Service du professeur J.-B. Garré, département de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 09, France

Disponible sur internet le 19 septembre 2005

I. GÉNÉRALITÉS SUR LA PSYCHIATRIE DE LIAISON**I.1. Rappels historiques**

L'émergence de la psychiatrie de liaison a été possible grâce à la rencontre de deux phénomènes :

- les hôpitaux généraux continuent de recevoir et de devoir traiter des patients souffrant de troubles psychiques liés ou surajoutés à une affection physique ;
- au début du XX^e siècle, la psychiatrie étend son champ d'intérêt à d'autres domaines que l'« aliénation » (névroses, troubles dits « psychosomatiques »...) [20].

La psychiatrie à l'hôpital général apparaît d'abord aux États-Unis. La Fondation Rockefeller finance en 1934 la création de cinq unités psychiatriques dans des hôpitaux généraux. L'une d'entre elles, située à Denver, est confiée à E.-G. Billings, qui introduit le terme de « psychiatrie de liaison » dans la littérature en 1939. Durant les années 1950 et 1960, d'autres pionniers mènent une activité de psychiatrie de liaison dans d'importants hôpitaux généraux. Après un passage au *Massachusetts General Hospital*, Z.-J. Lipowski organise en 1959 le premier service de consultation-liaison du Canada, au *Royal Victoria Hospital* de Montréal [20]. Il publie en 1967 et 1968 un article tripartite, qui peut être considéré comme le texte fondateur du courant de la psychiatrie de liaison [13].

Dans les pays d'Europe francophone, la psychiatrie de liaison se développe dans les années 1970 avec P.-B. Schnei-

der à Lausanne, A. Gunn-Sechehayé à Genève, H. Grivois à Paris et J. Guyotat à Lyon.

I.2. Définitions

Le champ de la psychiatrie dite « de liaison » se situe à l'interface de la psychiatrie et de la médecine « somatique ». Elle s'inscrit dans une approche globale du patient et s'appuie sur un modèle biopsychosocial.

Selon R. Zumbrunnen [20], la psychiatrie de liaison met au service de la médecine « somatique » les compétences de la psychiatrie, et contribue à maintenir cette dernière dans le champ de la médecine. Ainsi, il définit la psychiatrie de liaison comme « la partie de la psychiatrie qui s'occupe des troubles psychiatriques se manifestant chez les patients des autres disciplines médicales ». Bien que cette définition soit axée sur le seul patient, la psychiatrie de liaison s'adresse à la fois aux patients et/ou à leur famille, et aux équipes soignantes qui en ont la charge.

Même si le terme de « psychiatrie de liaison » est le plus utilisé en France, nous lui préférons celui de « psychiatrie de consultation-liaison », traduction de la dénomination américaine *consultation-liaison psychiatry*, qui a l'avantage de souligner la bipolarité fondamentale de toute intervention en psychiatrie de liaison, avec :

- une activité de consultation : prestation axée sur le patient et qui consiste à donner au confrère demandeur non-psychiatre un avis de spécialiste concernant un patient donné ;
- une activité de liaison : prestation axée sur l'équipe soignante et qui consiste en la formation et en la sensibilisation des soignants de soins généraux aux aspects psychologiques de leur activité.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ASChocard@chu-angers.fr (A.-S. Chocard).

En pratique, ces deux pôles sont étroitement intriqués et font l'objet de controverses quant à leur importance respective.

En fait, la psychiatrie de liaison regroupe « l'ensemble des prestations cliniques, thérapeutiques, préventives, pédagogiques et de recherche prodiguées par l'équipe psychiatrique dans les différents services d'un hôpital général » [9].

Il est néanmoins intéressant de souligner que, depuis une à deux décennies, les hôpitaux généraux et les Centres Hospitalo-Universitaires se sont dotés de moyens d'accueil et de prise en charge psychiatrique en urgence (dans les Services d'Accueil et de traitement des Urgences, SAU, et les Unités de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences, UPATOU). Cette autonomisation récente d'une activité de « psychiatrie d'urgence » nous paraît favoriser le déploiement d'une activité de psychiatrie de liaison *stricto sensu*, c'est-à-dire d'où se trouvent exclues les urgences et la suicidologie (qui sont parfois retenues par certains auteurs comme faisant partie de l'activité de liaison).

1.3. La psychiatrie de liaison : une nouvelle « sous-spécialité » ?

La psychiatrie de liaison s'est développée au cours des dernières décennies et se trouve aujourd'hui bien acceptée, tant par les somaticiens que par les psychiatres, même si sa mise en œuvre reste parfois difficile.

Une abondante littérature lui est consacrée, avec de très nombreuses publications et plusieurs ouvrages. Certaines revues internationales, telles que *General Hospital Psychiatry*, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *Journal of Psychosomatic Research*, par exemple, sont particulièrement orientées vers ce domaine. Un grand nombre de colloques et de congrès sur le thème de la psychiatrie de liaison ont également été réalisés.

Par ailleurs, des associations et des sociétés nationales se sont formées dans ce secteur. Des groupes de travail sur ce thème ont également été créés avec, par exemple, l'*European Consultation-Liaison Workgroup*, qui existe depuis 1987, et qui est à l'origine de plusieurs travaux.

Plusieurs auteurs ont proposé que, du fait de sa spécificité, la psychiatrie de liaison soit considérée comme une sous-spécialité psychiatrique à part entière. Au Royaume-Uni, le *General Medical Council* considère la psychiatrie de liaison comme une sous-spécialité au sein de la psychiatrie générale [14].

La Société Suisse de Psychiatrie de Consultation-Liaison (*Swiss Society of Consultation-Liaison Psychiatry*) souhaite que la psychiatrie de liaison puisse être reconnue, en Suisse, comme une sous-spécialité psychiatrique officielle [3].

Aux États-Unis, l'*American Board of Psychiatry and Neurology* recommande dès octobre 2001 que la psychiatrie de liaison, rebaptisée *psychosomatic medicine*, puisse obtenir le statut de sous-spécialité psychiatrique [12]. Certains auteurs pensent que la psychiatrie de liaison devrait davan-

tage être considérée comme une « supraspécialité », du fait qu'elle se trouve impliquée de façon significative dans le champ de plusieurs des sous-spécialités psychiatriques définies aux États-Unis [17]. Actuellement, la psychiatrie de liaison est reconnue par l'*American Board of Psychiatry and Neurology* [1], sous la dénomination de médecine psychosomatique (*psychosomatic medicine*). Elle constitue la septième sous-spécialité psychiatrique reconnue aux États-Unis avec l'addictologie, la pédopsychiatrie, la neurophysiologie clinique, la psychiatrie légale, la gérontopsychiatrie, et la médecine de la douleur.

La psychiatrie de liaison, du fait des contributions majeures qu'elle a apportées et qu'elle continue d'apporter à la pratique de la médecine somatique et à la formation des somaticiens, devrait se développer dans l'avenir [12, 16].

1.4. L'activité de psychiatrie de liaison

La psychiatrie de liaison est une discipline comportant trois grands types d'activités :

- une activité clinique ;
- une activité pédagogique, d'enseignement ;
- une activité de recherche.

Les interventions de l'équipe de psychiatrie de liaison se font en direction du patient, de son entourage, mais aussi des soignants. L'équipe de liaison doit promouvoir la création d'une alliance entre le patient, son entourage, et l'équipe soignante, autour du projet de soins [5].

Les interventions proposées à l'hôpital général au titre de la psychiatrie de liaison sont extrêmement diversifiées, avec notamment, comme le souligne S.-M. Consoli [6] :

- des interventions à caractère diagnostique : établissement d'un diagnostic psychiatrique chez un patient souffrant d'une affection organique, contribution au diagnostic différentiel entre troubles somatiques liés à une affection organique et troubles somatoformes sans organicité sous-jacente ;
- des interventions à caractère thérapeutique : prescription d'un traitement psychotrope, discussion d'une indication de psychothérapie, médiation entre l'équipe médicochirurgicale et les structures psychiatriques déjà engagées dans la prise en charge d'un patient ;
- des interventions à caractère pragmatique : orientation d'un patient vers une structure de soins psychiatriques, avis sur une mesure de protection des biens ;
- des interventions à caractère multidisciplinaire : consultations conjointes associant un psychiatre et un somaticien, préparation à une intervention chirurgicale majeure (greffe d'organe), participation au staff médical au cours duquel le cas d'un patient difficile est discuté ;
- des actions à caractère pédagogique : animation de groupes de parole de soignants, soutien aux équipes soignantes en difficulté ou en souffrance, exposé synthétique sur un thème effectué dans un service de médecine dans une visée didactique ;
- des interventions à caractère scientifique (publications, travaux de recherche).

Ces interventions de psychiatrie de liaison vont ainsi du rôle le plus classique dévolu au psychiatre consultant, à des rôles plus complexes impliquant une collaboration scientifique ou une mission d'enseignement et de formation des professionnels de santé [6]. Elles nécessitent donc de la part du psychiatre de liaison des qualités particulières, ainsi qu'une pleine connaissance des multiples implications et conséquences de son action.

2. QUALITÉS EXIGIBLES D'UNE ÉQUIPE DE PSYCHIATRIE DE LIAISON

L'organisation de la psychiatrie de liaison en France est loin d'être homogène. En effet, la forme prise par l'exercice de la psychiatrie de liaison varie selon l'éventail des expériences locales et des structures administratives qui lui servent de support. Ainsi, tous les intermédiaires existent entre des modèles « éclatés », qui reposent sur l'existence de vacations de spécialistes « attachés » à des services de médecine dans le fonctionnement desquels ils sont intégrés, et des modèles « centralisés », où un service, département ou unité de psychiatrie de liaison regroupe l'ensemble des moyens d'intervention psychiatriques et psychologiques d'un hôpital général [5]. C'est le modèle centralisé qui nous paraît le plus souhaitable dans la mesure où il permet l'identification d'une structure stable et d'une équipe homogène.

Il nous semble indispensable que l'activité de psychiatrie de liaison ne repose pas sur un psychiatre isolé mais soit effectuée par une équipe multidisciplinaire. Cette équipe de psychiatrie de liaison devrait être composée, dans l'idéal, de psychiatres, mais aussi de psychologues cliniciens et d'infirmiers psychiatriques. Cela permettrait à chacun des membres de l'équipe de liaison d'avoir une place bien définie et d'intervenir en complémentarité. Une telle équipe multidisciplinaire pourrait être coordonnée par le psychiatre de liaison [2].

2.1. Qualités exigibles du psychiatre de liaison

Quelques auteurs se sont intéressés aux aptitudes nécessaires au psychiatre pour exercer une activité de liaison de qualité [2,6,13,20]. S.-M. Consoli a établi les « dix commandements du psychiatre de liaison » [5].

2.1.1. L'identité du psychiatre de liaison

Le psychiatre de liaison se situe dans une position intermédiaire, au carrefour de la psychiatrie et de la médecine : il se démarque de la psychiatrie générale, sous l'influence de son contact permanent avec la médecine somatique, par l'intérêt qu'il accorde systématiquement aux dimensions biologique et physique ; il se distingue des somaticiens par la prise en compte systématique des aspects psychologiques et sociaux, et par son souci de les intégrer aux données somatiques [20]. Il est important que le psychiatre de liaison garde une identité clairement psychiatrique, et ne cherche

pas à dissimuler au patient la nature psychiatrique de la consultation.

2.1.2. Qualités sur le plan théorique

Il doit avoir de solides compétences en psychiatrie, avec une bonne connaissance :

- de la nosographie psychiatrique, de façon à pouvoir poser des diagnostics clairs, précis et multiaxiaux ;
- en psychopharmacologie et des médicaments (manèment, interactions, effets secondaires indésirables...) ;
- des psychothérapies, et posséder un éclectisme théorique de façon à choisir avec discernement, parmi les nombreuses interventions possibles, celles qui semblent offrir la plus grande adéquation à un problème donné [20] ;
- de la psychiatrie médico-légale (situations de maltraitance...) ;
- des tests psychologiques (savoir quand les demander et comment les interpréter) ;
- des comorbidités médicopsychiatriques et des facteurs stressants inhérents au milieu hospitalier ;
- des enjeux éthiques de certaines situations.

Il doit également savoir à quel moment transférer un patient en milieu spécialisé psychiatrique et organiser le relais de la prise en charge.

Il doit posséder une solide culture médicale de façon à pouvoir participer à une discussion avec des somaticiens, à mieux se repérer dans les intrications médicopsychiatriques des pathologies rencontrées, et à mieux appréhender les contraintes auxquelles les équipes soignantes de l'hôpital général sont soumises.

Il est nécessaire que le psychiatre de liaison ait une bonne connaissance du site sur lequel il intervient : connaissance du fonctionnement et de l'organisation de chaque service dans lequel il est appelé.

Le psychiatre de liaison doit également tenter d'actualiser en permanence ses connaissances, tout en gardant une grande curiosité intellectuelle vis-à-vis des avancées médico-chirurgicales.

2.1.3. Qualités sur le plan pratique

Le psychiatre de liaison doit avoir de bonnes capacités relationnelles et un véritable désir de s'intégrer au sein de l'hôpital. En effet, l'hôpital général est une institution avec ses règles propres, ses motivations et ses défenses. Le psychiatre et l'équipe de liaison ont donc à relever le double défi de leur intégration d'abord et du maintien de leur différence ensuite. Cela passe par trois stades, entre l'équipe somatique et l'équipe de liaison [18] :

- la coexistence technique ;
- la reconnaissance mutuelle ;
- l'alliance collaboratrice, pour une prise en charge globale et conjointe des patients.

Par ailleurs, il est important que le psychiatre de liaison possède les qualités suivantes :

- disponibilité ;
- célérité ;
- efficacité ;
- savoir-faire psychiatrique éprouvé [10] ;
- tact et diplomatie ;
- souplesse et flexibilité ;
- approche pragmatique, intervention dans le concret [5] ;
- simplicité dans la communication, avec utilisation d'un langage clair et compréhensible, dépourvu de jargon psychiatrique [20] ;
- respect pour les objectifs et les préoccupations des somaticiens [7] ;
- goût pour les interventions brèves et concrètes [20] ;
- savoir « transmettre sans trahir » et réaliser une « transmission bien tempérée » [8].

En effet, bien qu'il soit nécessaire de transmettre aux soignants pour qu'il y ait du lien, de l'investissement et une meilleure compréhension du patient, il faut savoir respecter la confidentialité des propos livrés par le patient lors d'un entretien :

- discrétion ;
- avoir un rôle de médiateur entre le patient et les soignants ;
- bonnes capacités d'adaptation ;
- capacité à faire preuve d'inventivité dans sa pratique [7] ;
- modestie ;
- bonne tolérance à la frustration ;
- le psychiatre de liaison n'étant qu'un des éléments du réseau thérapeutique du patient, il doit avoir une bonne connaissance du réseau de soins existant en dehors de l'hôpital (dispositifs de soins sectoriels, ressources libérales) pour adresser le patient en cas de besoin.

2.1.4. Qualités pédagogiques

Le psychiatre de liaison doit avoir un attrait marqué pour la pédagogie et de bonnes aptitudes dans ce domaine. En effet, comme le souligne R. Zumbrennen [20], chaque consultation constitue un « mini-enseignement », et « devrait être en soi une source d'enseignement pour celui qui la demande ». Le psychiatre de liaison doit donc avoir la volonté de transmettre : transmission d'un savoir, mais surtout d'un savoir-faire, qui ne s'apprend pas dans les livres. Ces actions à caractère pédagogique s'adressent aux internes en psychiatrie, mais aussi aux équipes soignantes et aux médecins somaticiens.

Par ailleurs, le psychiatre de liaison peut être sollicité pour divers enseignements théoriques, sous la forme de cours, de séminaires ou de colloques :

- cours aux internes en psychiatrie ;
- participation à la formation postuniversitaire de praticiens somaticiens ;
- cours aux étudiants hospitaliers, si le psychiatre de liaison est un universitaire ; ce qui lui permet d'apporter une contribution intéressante à l'enseignement d'une médecine globale aux externes ;

- participation aux staffs des services ;
- cours à des soignants paramédicaux : infirmières, aides-soignantes.

2.1.5. Concernant la recherche

Le psychiatre de liaison doit également avoir un intérêt pour la recherche. La réalisation de travaux impliquant la collaboration de psychiatres et de somaticiens autour de domaines d'intérêts communs constitue une expérience particulièrement stimulante et enrichissante.

Les « qualités requises » du psychiatre de liaison énoncées ci-dessus, dont la liste n'est pas exhaustive, constituent, bien entendu, un idéal impossible à atteindre. Pour être réalisée dans les conditions optimales, la psychiatrie de liaison ne se conçoit pas avec un psychiatre isolé mais implique la participation d'une équipe de psychiatrie de liaison multidisciplinaire, complémentaire et coordonnée. Le psychiatre doit donc posséder une bonne aptitude à travailler en équipe.

2.2. L'interne en psychiatrie

La psychiatrie de liaison constitue un lieu de formation indispensable pour les internes en psychiatrie, quel que soit le mode d'exercice vers lequel ils s'orienteront par la suite [10]. Il semble important que les internes réalisent leur stage de liaison en fin de cursus, afin d'en bénéficier pleinement. Par ailleurs, il est indispensable qu'ils soient bien intégrés à l'équipe de liaison et suffisamment encadrés par des psychiatres « seniors » durant leur stage, du fait des responsabilités et des nécessaires prises de décisions rapides inhérentes à la pratique de liaison.

2.3. La formation du psychiatre de liaison

La pratique de la psychiatrie de liaison comportant un certain nombre de particularités par rapport à celle de la psychiatrie générale, le psychiatre de liaison devrait pouvoir bénéficier d'une formation approfondie dans certains domaines.

Dans certains pays, il existe une formation spécifique en psychiatrie de liaison. Aux États-Unis, par exemple, où la psychiatrie de liaison est considérée comme une sous-spécialité psychiatrique, l'*American Board of Psychiatry and Neurology* délivre un certificat (*subspecialty certificate*) en psychiatrie de liaison [1].

Ce n'est pas le cas en France, où il n'y a pas de directive nationale concernant l'enseignement de cette discipline. Il existe néanmoins des enseignements facultatifs dans ce domaine. Certains Diplômes Universitaires (DU) ou Interuniversitaires (DIU) portent sur la psychologie médicale, la psychosomatique ou sur les comorbidités organiques et psychiatriques.

2.4. Le psychologue de liaison

Il est primordial que la psychiatrie de liaison soit effectuée, dans la mesure du possible, par une équipe. La consti-

tution d'une équipe multidisciplinaire, non entièrement médicale, est fondamentale.

Le psychologue clinicien, s'il n'est pas toujours facile de déterminer avec précision sa place, représente un élément essentiel de l'équipe de liaison. Il apporte, en effet, un éclairage non médical intéressant qui, associé aux stratégies de la médecine, permet d'envisager l'homme total. Il est également porteur d'un savoir dans le domaine du fonctionnement psychique, qui est très complémentaire du savoir psychiatrique [11]. Son intervention se conçoit donc en articulation avec celle du psychiatre, dans un travail de collaboration qui se veut complémentaire plutôt que symétrique.

Il intervient, en psychiatrie de liaison, à plusieurs niveaux [11] :

- au niveau du diagnostic de personnalité (qui met en jeu les approches psychométriques et cliniques) ;
- au niveau psychothérapeutique, offrant une alternative intéressante pour le patient ;
- au niveau de l'équipe soignante.

Psychologues et psychiatres de liaison ayant souvent des champs d'intervention qui se recouvrent, il est nécessaire, pour une bonne complémentarité, qu'il existe une coordination attentive, une répartition définie des rôles, et un respect des compétences de chacun, avec la possibilité, dans certaines situations, d'un travail en binôme [19].

2.5. L'infirmier psychiatrique de liaison

La présence d'infirmiers psychiatriques, au sein d'une équipe de psychiatrie de liaison, est également très enrichissante.

Ni médecins, ni psychologues, ils occupent une place à part au sein de l'équipe de psychiatrie de liaison. Ils interviennent en complémentarité des autres membres de l'équipe de psychiatrie de liaison, en apportant la connaissance de la spécificité des soins infirmiers [11].

Leurs interventions se font à la fois en direction des patients et des équipes soignantes [15]. L'infirmier de liaison intervient seul ou en binôme avec un psychiatre de l'équipe de liaison. Il travaille souvent en relation étroite avec le psychiatre. Il participe à plusieurs niveaux de l'intervention [4] :

- participation à l'évaluation d'une situation clinique, soit seul avant d'en référer à un psychiatre, soit en binôme avec un psychiatre, le plus souvent ;
- participation à l'orientation du patient ;
- travail de soutien auprès du patient ;
- échanges privilégiés avec les membres des équipes soignantes des services somatiques.

Par ailleurs, l'infirmier de liaison occupe une place particulière de par sa fonction d'infirmier :

- il a une approche relationnelle différente de celles du psychiatre ou du psychologue ;
- ses interventions s'inscrivent dans une temporalité différente de celle du psychiatre ;

- il propose au patient un soutien et une écoute particulière, tout en étant « déchargé » des questions diagnostiques et thérapeutiques, et des prises de décisions directes ;
- il bénéficie d'une relation privilégiée auprès des infirmiers des services somatiques.

3. CONCLUSION

La psychiatrie de liaison, qui a beaucoup évolué au cours des dernières décennies, est une discipline en plein essor, qui a su démontrer son intérêt au sein des services somatiques. Son développement est un reflet du redéploiement de la psychiatrie en direction de l'hôpital général.

La psychiatrie de liaison, qui s'adresse aux patients, à leur entourage, mais aussi aux équipes soignantes, regroupe des interventions extrêmement diversifiées, allant d'activités à caractère clinique à des activités pédagogiques ou de recherche. Il est donc important qu'elle soit effectuée par une équipe de liaison, multidisciplinaire, coordonnée et structurée, qui agisse en complémentarité, en s'appuyant sur les différentes compétences de chacun de ses membres.

Située à l'interface de la psychiatrie et de la médecine somatique, la psychiatrie de liaison doit s'efforcer d'affirmer en permanence son identité. Pour ce faire, cette discipline jeune et attractive doit pouvoir bénéficier de structures clairement identifiées et de moyens supplémentaires.

RÉFÉRENCES

- [1] American Board of Psychiatry and Neurology. Certification; www.abpn.com/certification/certificates.html.
- [2] Bronheim HE, Fulop G, Kunkel E, Muskin PR, Schindler BA, Yates WR, et al. Practice guidelines for psychiatric consultation in the general medical setting. *Psychosomatics* 1998;39:S8–S30.
- [3] Caduff F, Georgescu D. Swiss Society of Consultation-Liaison Psychiatry. Current status of consultation-liaison psychiatry in Switzerland. *J Psychosom Res* 2004;56:562.
- [4] Collet Y. Équipe de secteur psychiatrique mobile pluridisciplinaire de psychiatrie de liaison. *Nervure* 2000;31–2 (Tome XIII).
- [5] Consoli SM. Psychiatrie de liaison. In: Senon JL, Sechter D, Richard D, editors. *Thérapeutique Psychiatrique*. Paris: Hermann; 1995.
- [6] Consoli SM. Psychiatrie à l'hôpital général. Paris: Elsevier, EMC « Psychiatrie »; 1998 (37-958-A-10 : 11 p).
- [7] Consoli SM. La psychiatrie de liaison, de ses définitions à la diversité de ses pratiques : quelles perspectives ? *Nervure* 2000;15–22 (Tome XIII).
- [8] Consoli SM. In: *Transmettre sans trahir : une impérieuse nécessité pour la psychiatrie de liaison*. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*. Tome VII; 2003. p. 7–13.
- [9] Desombres H, Malvy J, Wiss M. La pédopsychiatrie de liaison. Organisation et missions. Rapport de psychiatrie. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris: Masson; 2004.
- [10] Garré JB. Psychiatrie de liaison. Introduction. *Ann Psychiatr* 1997;12:5–7.

- [11] Guillibert E, Granger B, Tellier G, Breton JJ. Psychiatrie de liaison. Le concept de réalité (Rapport d'assistance). Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Tome III. LXXXVII^e session – Montréal, 3–9 juillet 1989. Paris: Masson; 1990.
- [12] Kornfeld DS. Consultation-liaison psychiatry: contributions to medical practice. *Am J Psychiatry* 2002;159:1964–72.
- [13] Lipowski ZJ. Consultation de psychiatrie et médecine psychosomatique à l'hôpital général. *Rev med psychosom* 1969; (I : 31–55. II : 171–204. III : 300–334).
- [14] Lloyd GG, Mayou RA. Liaison psychiatry or psychological medicine? *Br J Psychiatry* 2003;183:5–7.
- [15] Martel G. La place de l'infirmier psychiatrique à l'hôpital général. *Soins Psychiatr* 1994;164–165:20–3.
- [16] McIntyre JS. A new subspecialty. Éditorial. *Am J Psychiatry* 2002;159:1961–3.
- [17] McKegney FP, O'Dowd MA, Schwartz CE, Marks RM. A fallacy of subspecialization in psychiatry. Consultation-liaison is a supraspecialty. *Psychosomatics* 1991;32:343–5.
- [18] Morasz L, Dalery J. De l'intégration du psychiatre de liaison. *Ann Psychiatr* 1999;14:81–4.
- [19] Veil C. Dépression et maladies organiques associées : rôle du psychologue clinicien. *Nervure* 2002;:31–3 (Tome XV, HS).
- [20] Zumbunnen R. Psychiatrie de liaison. Paris: Masson « Collection Médecine et Psychothérapie »; 1992.