

4^e Congrès

Société Francophone de Psychogériatrie et de
Psychiatrie de la Personne Âgée



SF3PA

1^{ER} et 2 juin 2023 - Limoges
Faculté de Droit et des Sciences Économiques
www.sf3pa-congres.com

Gériatrie et psychiatrie de liaison
: spécificités et convergence.

Pratique de la psychiatrie de liaison et sujets âgés.

Dr Jacques Gauillard,
GHT 94 nord, Pôle Paris 12 de psychiatrie, secteur 75G10/11.

Aucun de conflit d'intérêt.

Psychiatrie de liaison



Le rôle de la psychiatrie en CL est défini
par l'American Hospital Association (1970)

Le développement des services de psychiatrie de liaison est basé sur le fait reconnu que la psychiatrie appliquée à la médecine générale ou spécialisée contribue à la qualité des soins prodigués, affecte l'utilisation de l'hôpital et permet au médecin d'économiser du temps...Le psychiatre de liaison souvent sert en aidant à assurer le repérage et le management des troubles mentaux et l'aspect émotionnel des maladies en hôpital général.

Le rôle de la psychiatrie en CL est défini
par l'American Hospital Association (1970)

Le développement des services de
psychiatrie de liaison est basé sur le fait
reconnu que la psychiatrie appliquée à la
médecine générale ou spécialisée contribue à
la qualité des soins prodigués, affecte
l'utilisation de l'hôpital et permet au médecin
d'économiser du temps...

La psychiatrie au service du somatique ?

A photograph of a suspension bridge with a walkway and railings, viewed from a grassy bank. The bridge has multiple suspension cables and a large metal structure on the left. The walkway is covered with a green mesh railing. The background shows a cloudy sky and some buildings in the distance.

Consultation

Liaison

Le terme issu de l'anglais de « consultation-liaison psychiatry » est préférable car il rend mieux compte des deux facettes de la pratique , l'une clinique, l'autre auprès des soignants et des partenaires. Le terme liaison englobe le travail de formation et de sensibilisation à la psychiatrie des soignants en soins généraux, en EHPAD,...

.Classiquement la psychiatrie de liaison comprend un trépied clinique, d'enseignement et de recherche. La recherche reste plutôt du domaine des services universitaires.

.Initialement dédié à Hôpital général, elle trouve naturellement son extension en EHPAD, en institution pour personnes âgées, en SSR, voire dans des centres de consultation en médecine somatique dépourvus de ressource psychiatrique.

.La composition des équipes est variable, elle est majoritairement pluridisciplinaire, le fonctionnement en binôme pluridisciplinaire est l'idéal.

.Des modèles organisationnels différents : équipes centralisées, indépendantes, rattachées à un service de psychiatrie ou à un secteur , surspécialisées du sujet âgé

.Des modèles théoriques : psychosomatique, bio-psycho-social ...

Aux USA, la psychiatrie de consultation-liaison rattachée à la sous spécialité de psychiatrie psychosomatique.

Également, dans beaucoup de pays, la psychiatrie de liaison est assimilée à la psychiatrie psychosomatique.

EAPM

The European Association of Consultation-Liaison Psychiatry,
Psychosomatic Medicine and Integrated Care

JOIN EAPM NOW

Follow @EAPM_psych

Tweets from @EAPM_psych

Follow



EAPM @EAPM_psych · May 5



Missed your opportunity to submit to the EAPM 2023 conference?

Submission for late posters is now open until May 15th: eapm-conference.org/index.php/call...

We look forward to welcoming you to the beautiful and vibrant city of Wroclaw, June 15-17th!



2



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

1. Disponibilité
2. Célérité
3. Efficacité
4. Savoir-faire psychiatrique éprouvé
5. Tact et diplomatie
6. Souplesse et flexibilité
7. Approche pragmatique, intervention dans le concret
8. Simplicité dans la communication, avec utilisation d'un langage clair et compréhensible, dépourvu de jargon psychiatrique
9. Respect pour les objectifs et les préoccupations des somaticiens
10. Goût pour les interventions brèves et concrètes
11. Savoir « transmettre sans trahir » et réaliser une « transmission bien tempérée »

12. Discrétion

13. Avoir un rôle de médiateur entre le patient et les soignants

14. bonnes capacités d'adaptation

15. capacité à faire preuve d'inventivité dans sa pratique

16. Modestie

17. Bonne tolérance à la frustration

18. 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.

Au Royaume Uni, la psychiatrie de consultation-liaison est une sous spécialité qui correspond à un cursus de formation particulier dont voici quelques exemples des différents éléments qui doivent être acquis par le psychiatre.

Liaison Psychiatry

Royal College of Psychiatrists Higher Specialty Curriculum (Sub-Specialty Endorsement)

Version 1.0

August 2022

		Work across interfaces, between psychiatric, and other medical and non-medical specialties and services, demonstrating appropriate liaison and collaboration. Offer psychiatric expertise and guidance to other practitioners (e.g. through consultation or clinical supervision) to provide alternative perspectives for understanding and treatment. Demonstrate involvement and contribution to multi-professional management of patients' needs and risks.
Apply advanced management skills within Liaison Psychiatry in situations of uncertainty, conflict and complexity across a wide range of clinical and non-clinical contexts.	2c) Complexity & Uncertainty	Identify, understand, and negotiate complexity and uncertainty in a wide range of clinical and non-clinical contexts. Demonstrate awareness of diagnostic uncertainty, and ability to manage this when appropriate. Recognise and manage clinical uncertainty, ambiguity, complex co-morbidities of mental and physical illness, including risks associated with various presentations. Recognise and manage unconscious dynamics between yourself, your patients, the liaison team, and other healthcare teams. Deviate from care pathways/guidelines when clinically indicated. Understand the limits of your clinical capabilities, seeking timely support and consultation when appropriate. Manage divergent views about patient care or intervention and deliver appropriate interventions. Prioritise information in situations of urgency and demonstrate expertise in applying the principles of crisis intervention in emergency situations. Be able to make urgent care plans and maintain professionalism.

Complexité et incertitude

Liaison Psychiatry

Royal College of Psychiatrists Higher Specialty Curriculum (Sub-Specialty Endorsement)

Version 1.0

August 2022

5	Demonstrate effective team working and leadership skills to work constructively and collaboratively within the complex health and social care systems that support people with mental disorder.	5a) Teamworking	Show an awareness of how individual personal qualities, emotions and behaviours of both yourself and teams whom you work with, impact on team functioning and the quality of patient care, and manage appropriately. Demonstrate a working knowledge of the roles and responsibilities of, and the interface between, multidisciplinary team members in physical healthcare settings.
---	---	-----------------	---

13

			Use effective negotiation skills to resolve conflict and dysfunction. Participate and contribute to the work and success of a team, including managing change. Demonstrate proficiency in the use of negotiating skills with medical and surgical colleagues and managers in physical healthcare settings.
		5b) Leadership	Appraise the leadership skills of others in various healthcare settings and contexts. Apply your own leadership skills in a variety of clinical and non-clinical settings. Understand how your own leadership style and approach impact on others, adapt your approach to meet the needs of the team. Demonstrate willingness to lead, take charge, and offer opinions and direction. Support colleagues to enhance their performance and support their development.

Teamworking et leadership

Liaison Psychiatry

Royal College of Psychiatrists Higher Specialty
Curriculum (Sub-Specialty Endorsement)

Version 1.0

August 2022

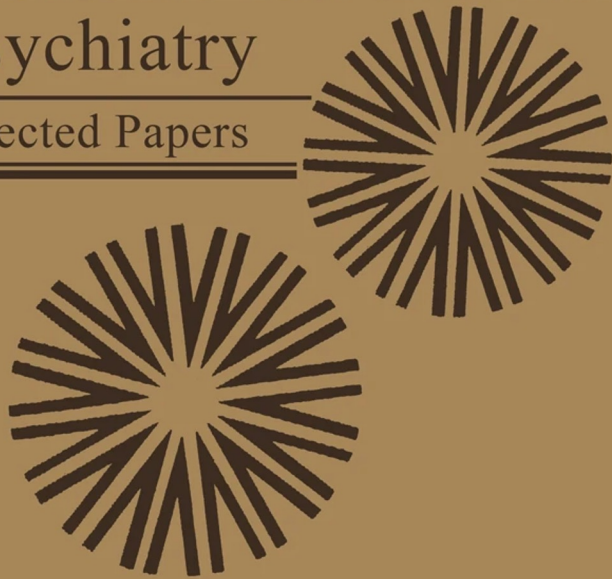
			Demonstrate proficiency in the use of technologies where appropriate in psychiatric practice.
2	Demonstrate advanced communication and interpersonal skills when engaging with patients, their families, carers of all ages, their wider community, colleagues and other professionals.	2a) Communication	Demonstrate advanced communication and interpersonal skills when engaging with patients in physical healthcare settings, their families, carers of all ages and healthcare professionals. Reflect your understanding of how patient values and perspectives may differ in a physical health setting and the influence this may have on engagement, assessment, treatment and management, ensuring a shared approach. Explain a range of psychological therapies to patients, families, carers of all ages, and other professionals and organise subsequent management appropriately. Understand the pressures on healthcare professionals in physical healthcare settings, and the impact this may have on values and perspectives, and on assessment and management. Communicate complex person-centred holistic (which includes biological, psychological, and social) concepts in communication with others. Demonstrate skills in supporting those in whom English is not their first language, including the use of interpreters, and providing information in other languages. Demonstrate the ability to use and adapt new and emerging and changing technologies where appropriate and understand the limitations. Communicate risk assessments effectively and succinctly to other healthcare professionals. Reflect on the different communication needs of patients, families, carers of all ages, primary and secondary care professionals, mental health teams and social services, and tailor your communication accordingly.

La psychiatrie de liaison devient vieille



Psychosomatic Medicine and Liaison Psychiatry

Selected Papers

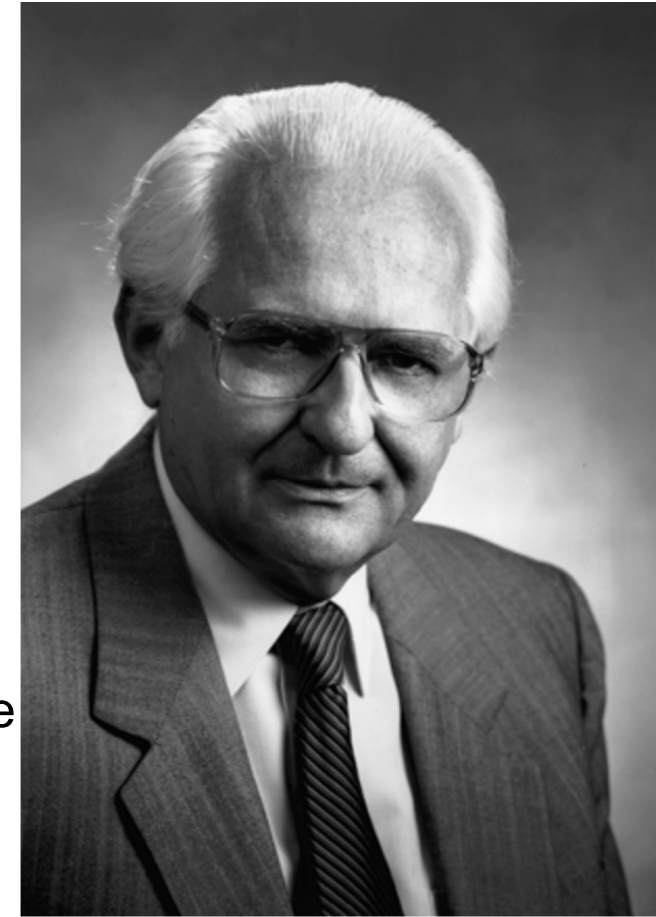


Z. J. LIPOWSKI

Am J Psychiatry
1983 Aug;140(8):1003-5.

The need to integrate
liaison psychiatry
and geropsychiatry
Z J Lipowski

Déjà en 1983 se pose
la question d'une PCL dédiée
au sujet âgé.



Zbigniew Lipowski, MD
L'un des théoriciens
de la PCL



Article

Is Consultation-Liaison Psychiatry ‘Getting Old’? How Psychiatry Referrals in the General Hospital Have Changed over 20 Years

Silvia Ferrari ¹, Giorgio Mattei ^{1,2}, Mattia Marchi ¹, Gian Maria Galeazzi ¹
and Luca Pingani ^{1,3,*}

¹ Department of Biomedical, Metabolic Sciences and Neurosciences, University of Modena and Reggio Emilia, Via del Pozzo 71, 41124 Modena, Italy; silvia.ferrari@unimore.it (S.F.); giorgio.mattei@unimore.it (G.M.); mattia-marchi@libero.it (M.M.); gianmaria.galeazzi@unimore.it (G.M.G.)

² Department of Economics “Marco Biagi”, University of Modena and Reggio Emilia, Via Jacopo Berengario 51, 41121 Modena, Italy

³ Department of Health Professions, Azienda USL–IRCCS di Reggio Emilia, Via Amendola 2, 42122 Reggio Emilia, Italy

* Correspondence: luca.pingani@unimore.it; Tel.: +39-0522-522077

Received: 29 June 2020; Accepted: 9 October 2020; Published: 10 October 2020



Étude épidémiologique, hôpital de Modène,
2000-2019

2 groupes : +de 65 ans /- de 65 ans

En 20 ans, nette augmentation de la population
âgée

Dépression significativement augmentée dans la
population des plus de 65 ans, 38,9%

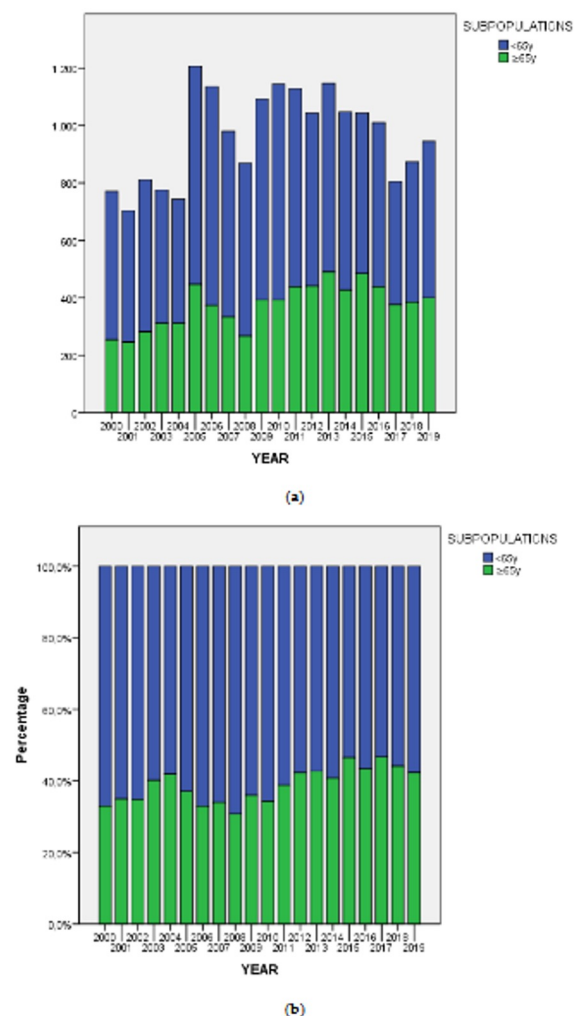


Figure 1. Consultations carried out from 2000 to 2019, divided into the two subpopulations. (a) Absolute value of psychiatric consultations carried out; (b) Percentage of psychiatric consultations carried out.

Article

A Cross-Sectional, Retrospective,
and Comparative Study between
Delirium and Non-Delirium
Psychiatric Disorders in a
Psychogeriatric Inpatient
Population Referred to
Consultation-Liaison Psychiatry
Unit

Bernardo J. Barra, Maximiliano Barshona, Luis F. Varela, Pilar Calvo, Anna Bastidas, Jorge Carreño
and Luis Pintor



•Étude sur 1017 patients,
>65 ans

•Le Delirium/ confusion : 1^{ère}
cause de consultation, le
plus fréquent mais encore
sous-diagnostiqué et peu de
concordance diagnostique
entre praticiens et
psychiatres.

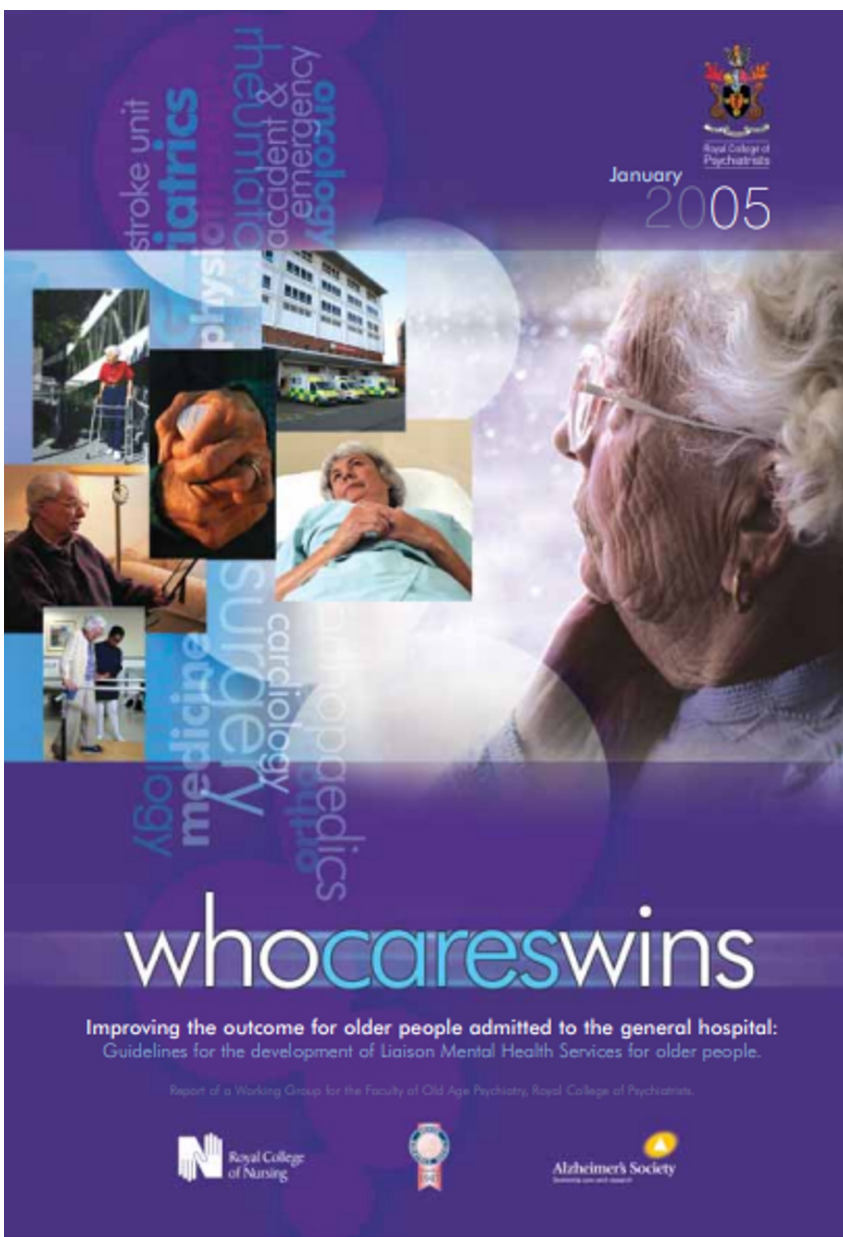
Who cares wins,

.Qui s'en soucie gagne!

.En 2005, en Angleterre, un rapport est réalisé afin de promouvoir une psychiatrie de liaison dédiée au sujet âgé.

Pour objectifs : Améliorer les résultats pour les personnes âgées admises à l'hôpital général.

.Ce rapport dessine les lignes directrices pour le développement de services de santé mentale de liaison pour les personnes âgées.



Un des arguments : la différence de prévalence des troubles mentaux chez les patients âgés hospitalisés / en population âgée générale

Diagnosis	No. of studies	Total no. of participants	Mean sample size	Prevalence range	Mean prevalence
Depression	47	14632	311	5-58%	29%
Delirium	31	9601	309	7-61%	20%
Dementia	17	3845	226	5-45%	31%
Cognitive impairment	33	13882	421	7-88%	22%
Anxiety	3	1346	449	1-34%	8%
Schizophrenia	4	1878	376	1-8%	0.4%
Alcoholism	4	1314	329	1-5%	3%

dépression	12 %	En population générale
Troubles cognitifs neurodégénératifs	5 %	
Confusion	1-2 %	
Troubles anxieux	3 %	
Mésusage d'alcool	2 %	
Mésusage de benzodiazépine	11 %	
Schizophrénie	0,5 %	

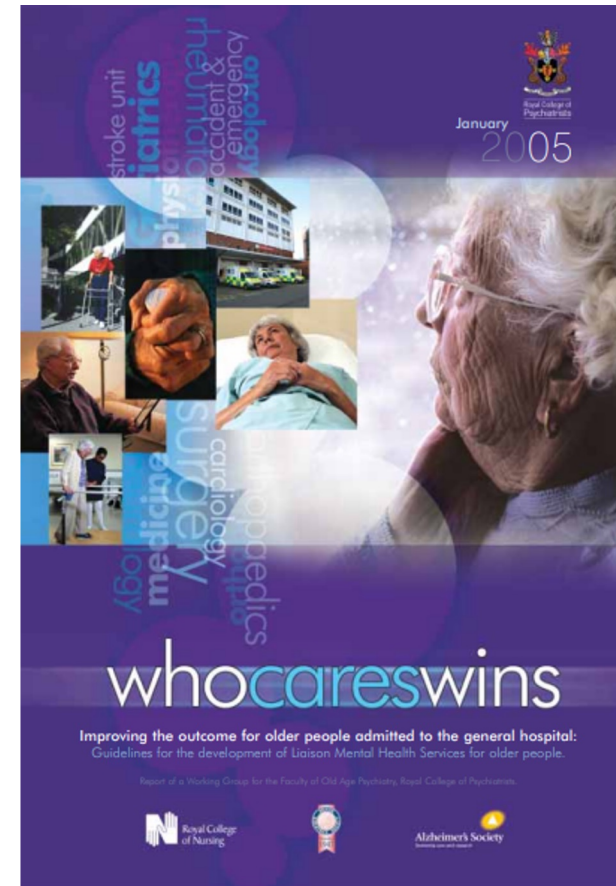
Quelques éléments du rapport

- Troubles mentaux des sujet âgés sont négligés au sein de l'hôpital général
- 40 à 65 % des lits occupés par des plus de 65 ans
- 60 % vont développer un trouble psychiatrique
- Hôpital général classique comporte 500 lits, environ 5000 patients âgés/ an seront admis dont 3000 souffriront de troubles psychiques
- Dépression, démence et confusion
- Un trouble psychiatrique est un facteur prédicteur de mauvaises issues : mortalité, séjour plus long , taux d'institutionnalisation plus élevé.

Fonctions des équipes de liaison pour la santé mentale des personnes âgées

Fonctions minimales :

- Améliorer la détection des affections courantes
- Évaluation, diagnostic et traitement des cas référés.
- Évaluation et réduction des risques
- Évaluation de tous les cas d'automutilation
- Veiller à ce que les résultats des évaluations soient intégrés dans les plans de soins
- Faciliter l'élaboration de plans de soins qui reflètent les besoins en matière de santé mentale
- Être en mesure d'examiner les patients, le cas échéant, et de vérifier le respect des recommandations.
- Être disponible pour offrir des conseils sur les soins aux patients en ce qui concerne la santé mentale
- Faciliter l'accès aux soins de santé mentale lorsque cela est indiqué
- réagir rapidement en cas de besoin
- Être capable de travailler en collaboration avec les services généraux
- Surveiller les personnes prises en charge par les services de santé mentale pour personnes âgées
- Promouvoir les droits des personnes âgées atteintes de troubles mentaux
- Sensibiliser à l'importance de la santé mentale
- Réduire la stigmatisation
- S'engager auprès des soignants
- Disposer d'un protocole d'orientation clair
- Disposer d'une politique opérationnelle
- Être en mesure d'enregistrer des données cliniques pour permettre un audit
- Faire le lien entre l'hôpital général et les services de santé mentale.



Prise en des troubles mentaux du sujet âgé: quel rôle pour la psychiatrie?, mai 2007, n°66

Gérard Massé et Anne Veber

Un dispositif fortement connecté à son environnement : la gériopsychiatrie, une psychiatrie de liaison avant tout.

Également en France.

Nice guideline 94, mars 2018

Question : Les services psychiatriques aigus améliorent-ils les résultats pour les patients souffrant de troubles mentaux et présentant une urgence médicale aiguë ?

- .Des recommandations mitigées
- .Des études concernant majoritairement une population de plus de 65 ans
- .Réduit la durée de hospitalisation
- .Action sur la satisfaction des patients et de soignants
- .Pas d'impact sur la qualité de vie
- .Une possible mortalité augmentée associée à l'intervention de la psychiatrie de liaison

Modèles de psychiatrie de consultation-liaison du sujet âgé



Referrals to psychiatrists in a general hospital – comparison of two methods of liaison psychiatry: preliminary communication¹

Tom Sensky PhD MRCPsych²

Steven Greer MD FRCPsych

*Departments of Psychological Medicine and Medicine, King's College Hospital,
London SE5 8AZ*

Tim Cundy MD MRCP

Keith Pettingale MD FRCP

.Études sur 142 consultations

.Demandes d'avis psychiatriques rédigées soit par le médecin sénior (ancien modèle) soit par tous les professionnels du services (IDE, psychologues, médecin junior ...)

.Plus de demandes (3 fois plus), demandes adaptées,

.conclusion : tous les professionnels sont capables de repérer les troubles psychiatriques et faire des demandes adaptées

Editorials

Towards integrated Consultation-Liaison Psychiatry for older adults in New Zealand

John Hopkins¹, Frederick Sundram ², Sarah Cullum², and Gary Cheung ²

¹Consultant Psychiatrist, Liaison Psychiatry, Middlemore Hospital, Auckland, New Zealand

²Department of Psychological Medicine, University of Auckland, Auckland, New Zealand

En Nouvelle Zélande, une récente réforme de l'organisation de santé a été l'occasion d'une étude au sujet des différents modèles de soins psychiatriques de liaison en hôpital général

.6 modèles d'organisation, entre autres :

.On retrouve 24% de CLP : surspécialisée pour la personne âgée

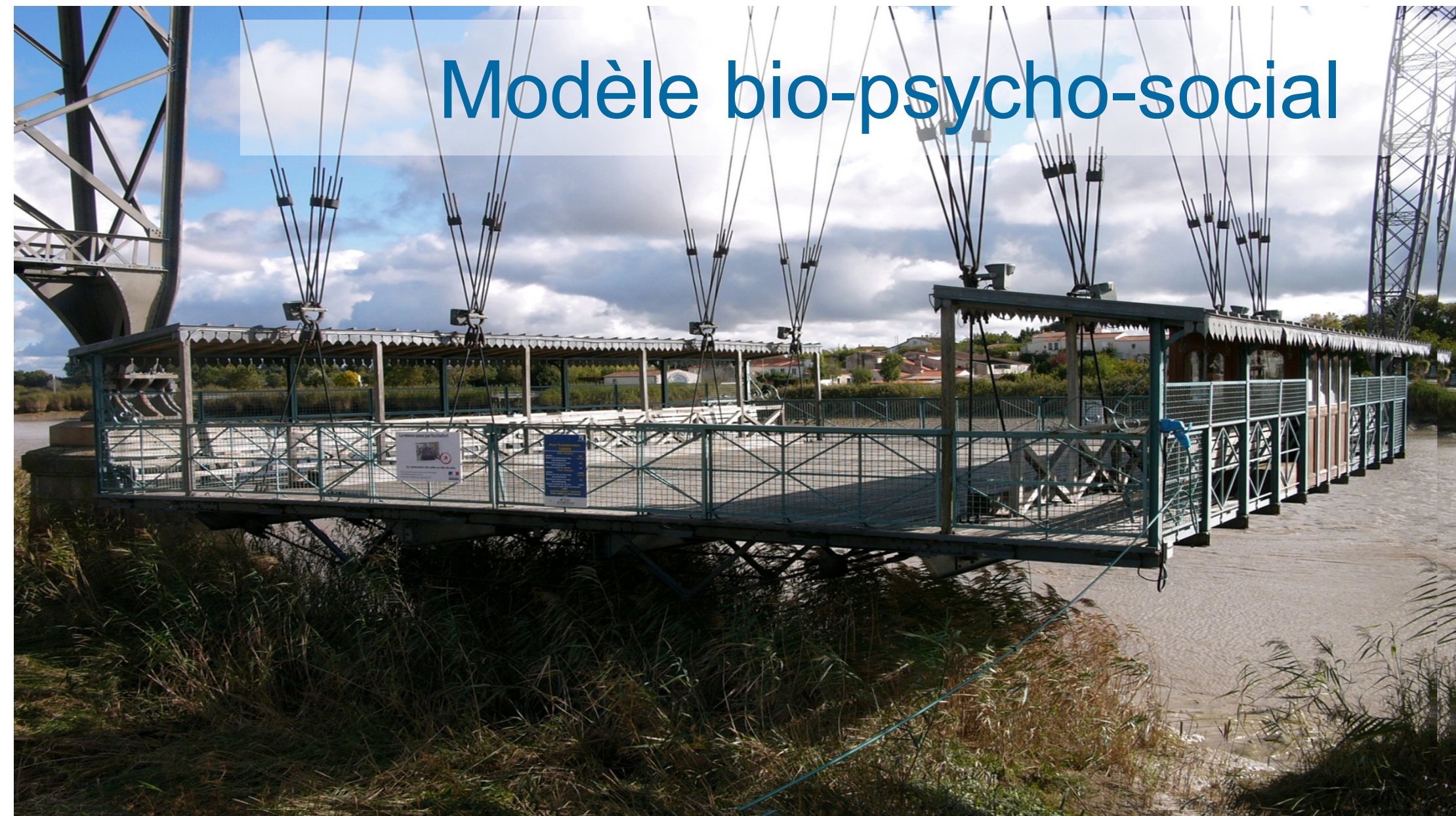
.Des équipes détachées du service de psychiatrie de la personne âgée.

.En réseau, gériatrie et extérieur

.Ratio : 2 psychiatres/ 500 lits dont 1 Old Age Psychiatrist

.Tenir compte de la taille de l'hôpital

Modèle bio-psycho-social

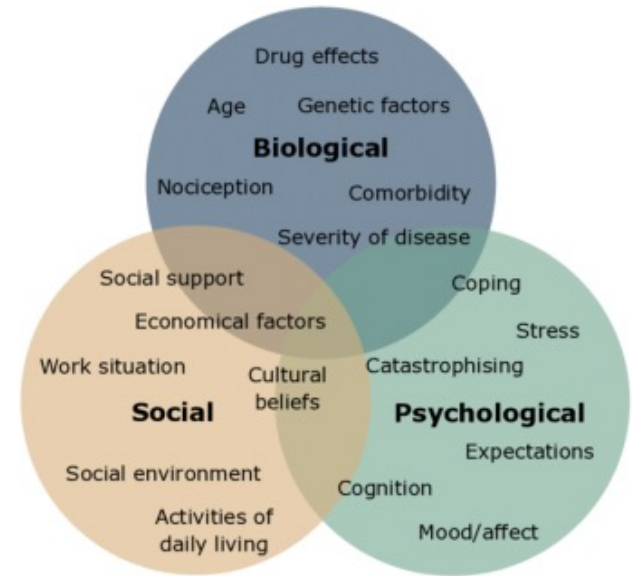
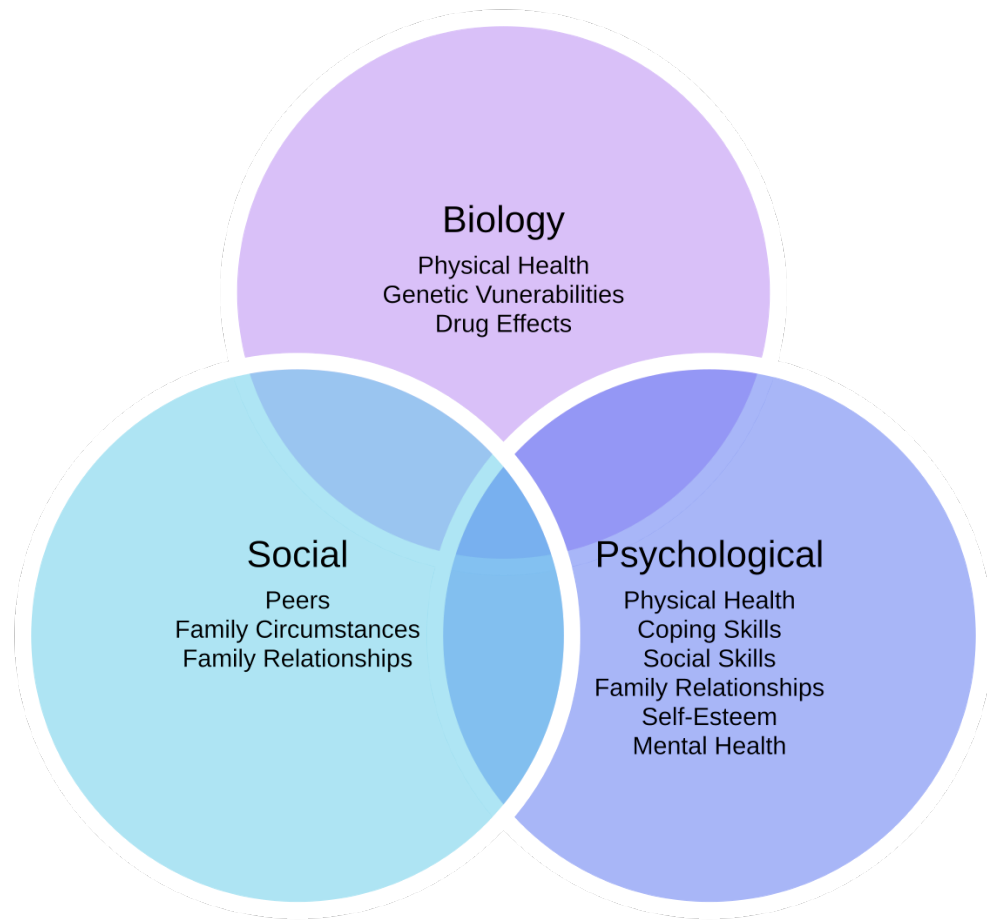


Le modèle biomédical ne permet pas de décrire la complexité des pathologies en psychiatrie ni en gériatrie. Ce modèle linéaire (cause/ effet) est remis en cause par des modèles plus complexes

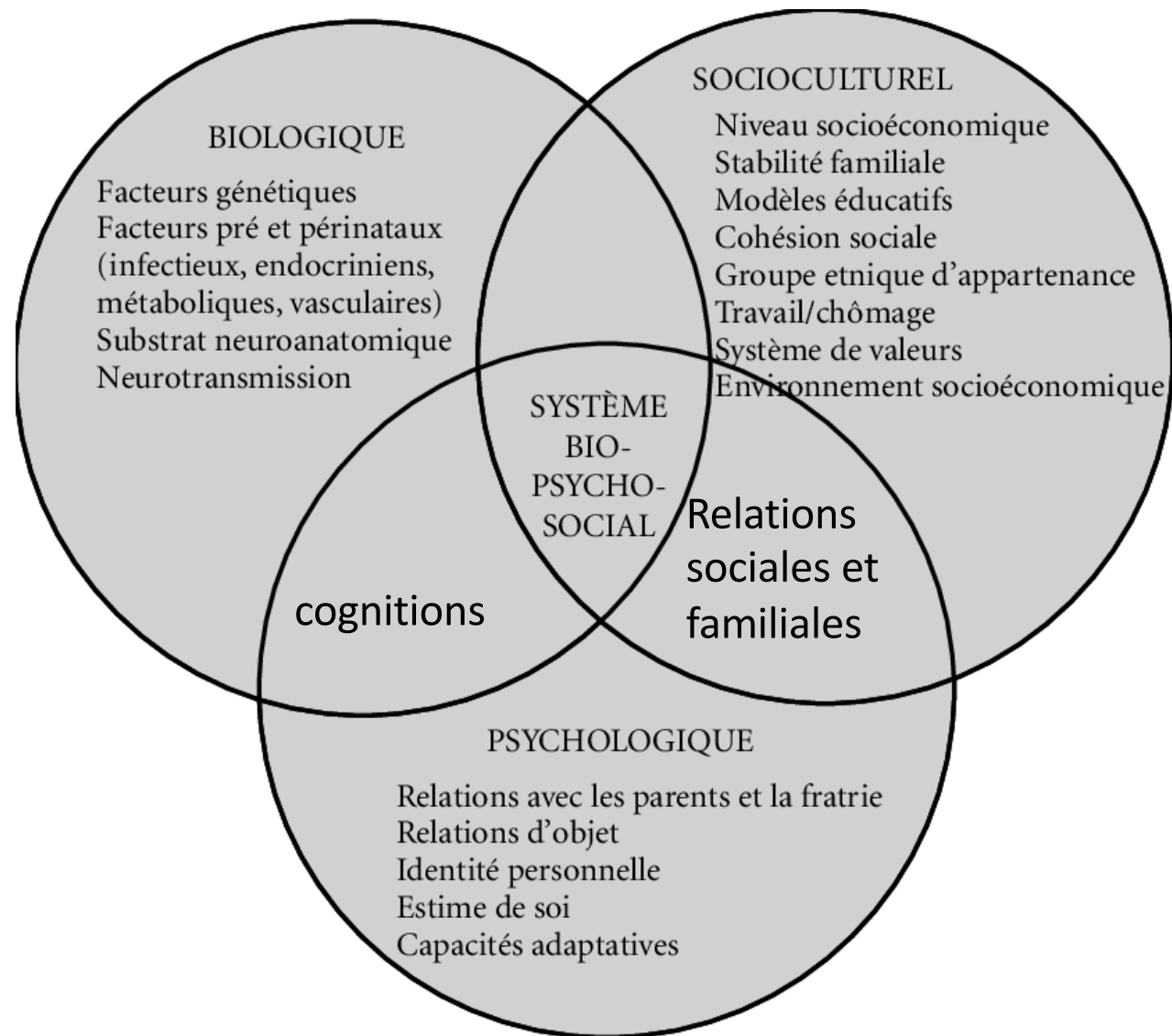
Le modèle biopsychosocial permet d'aborder les situations complexes des patients en psychiatrie de liaison.

La prise en compte de l'environnement est une évidence en gériatrie comme en psychiatrie.

Toutefois, ce dernier modèle reste perfectible et critiquable. Il n'y a pas de modèle idéal.



Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science 1977;198:129-96 3.
Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am. J. Psychiatry 1980;137:535-44



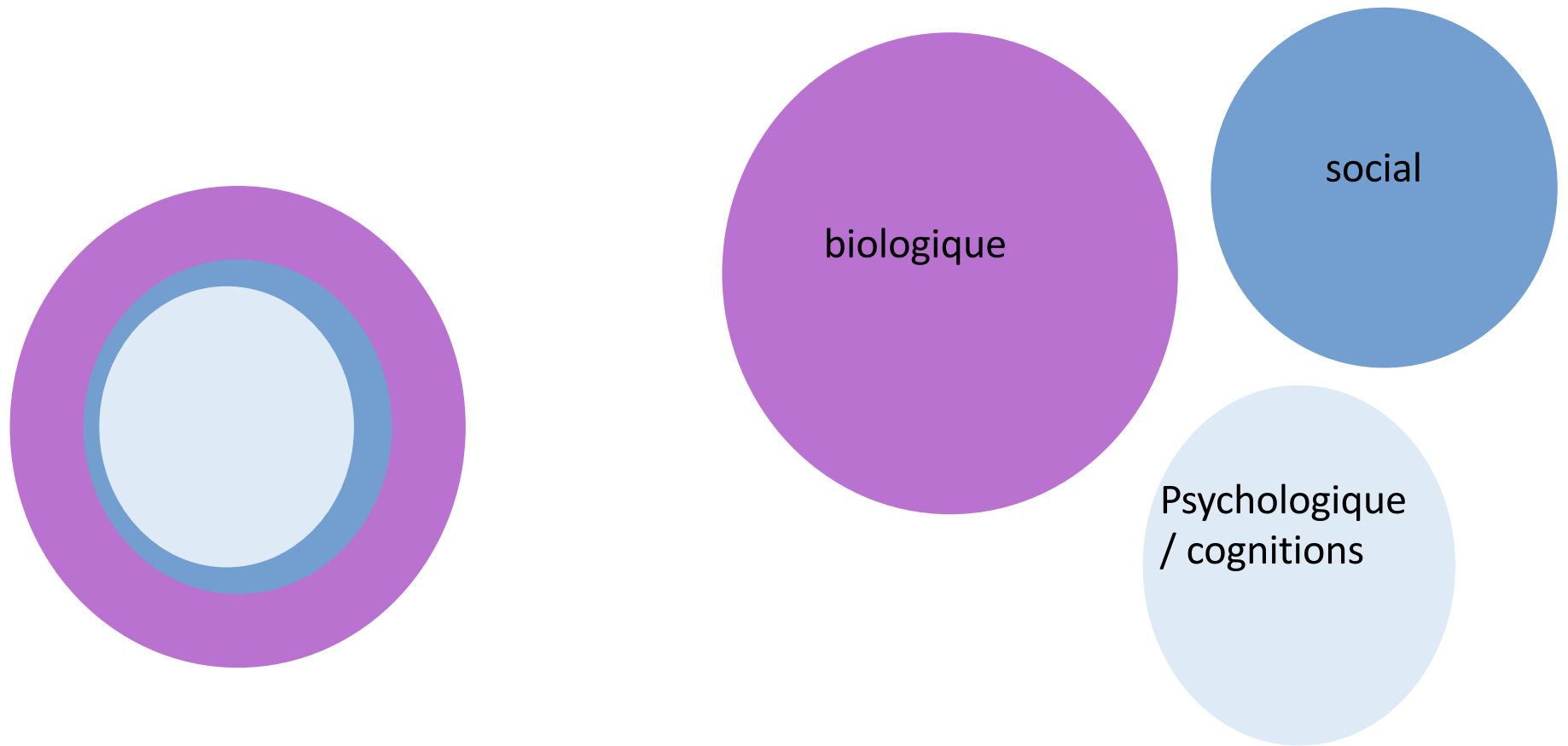
Le modèle biopsychosocial beaucoup plus qu'un supplément d'empathie

Modèle médical le plus abouti
Santé expliquée par le plurifactoriel

Rev Med Suisse 2010; 6: 1511-3

A. Berquin

Dr Anne Berquin
Service de médecine physique
et réadaptation
Consultation de la douleur chronique
Cliniques universitaires St-Luc
Av. Hippocrate 10/1650
1200 Bruxelles, Belgique
anne.berquin@uclouvain.be



Mais le biologique reste souvent prépondérant et les 3 facteurs sont parfois indépendants.

Group life shapes the psychology and biology of health: The case for a sociopsychobio model

S. Alexander Haslam¹ | Catherine Haslam¹ | Jolanda Jetten¹ | Tegan Cruwys² | Sarah Bentley¹

¹The University of Queensland, Australia

²The Australian National University, Australia

Correspondence

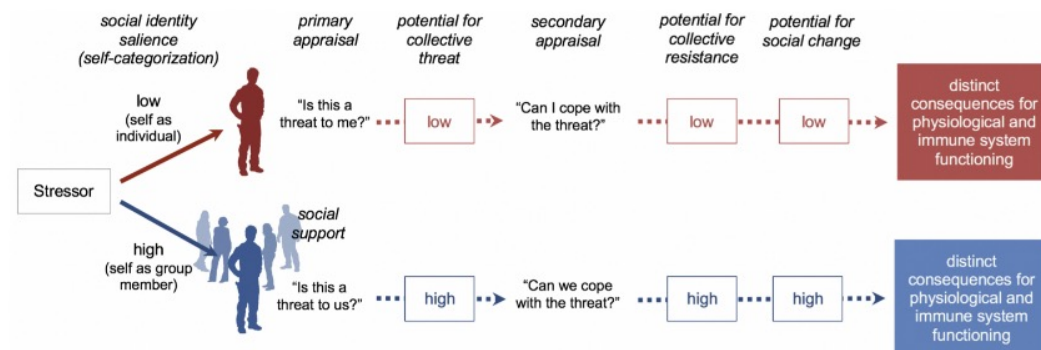
Alex Haslam, School of Psychology, The University of Queensland, Brisbane, QLD 4072, Australia.
Email: a.haslam@uq.edu.au

Funding information

Australian Research Council, Grant/Award Numbers: DE160100592, FL110100199

Abstract

Engel presented a compelling case for a biopsychosocial model of health. This challenged a biomedical model that he saw as reductionistic, physicalistic, and exclusionist. Yet despite its laudable goals and popularity, the biopsychosocial model can be faulted for being incremental, imprecise, and individualistic. Ultimately, this means it is no less reductionist than the biomedical model which it sought to supplant. In this paper, we present a reformulation of this model that foregrounds the capacity for social groups—and the social contexts in which those groups are embedded—to structure psychology and, through this, biology and health. This *sociopsychobio* model argues that the three elements of Engel's framework are not fixed and immutable but rather dynamic and interdependent. The model is consistent with a range of recent approaches to health that have focused on the important role that social class, social inequality, social structure, and social networks play in shaping health outcomes. In this paper, though, the concrete value of this reformulation is illustrated through a discussion of recent research that focuses on the role of group memberships and associated social identities in shaping the psychology and biology of stress. This review underlines two key points that are central to the general case for a sociopsychobio model of health. First, that groups are a force in the world that shape the psychology and biology of their members (as well as members of other groups) in ways that cannot be reduced to those group members'



4P modèle (Bolton 2014)

ce modèle permet
une analyse des
situations à
travers les
facteurs
biopsychosociaux

DOMAINE	CAUSE	TRAITEMENT
biologique	Prédispositions	
	Précipitant	
	Perpétuation	
	Protection	
psychologique	Prédispositions	
	Précipitant	
	Perpétuation	
	Protection	
social	Prédispositions	
	Précipitant	
	Perpétuation	
	Protection	

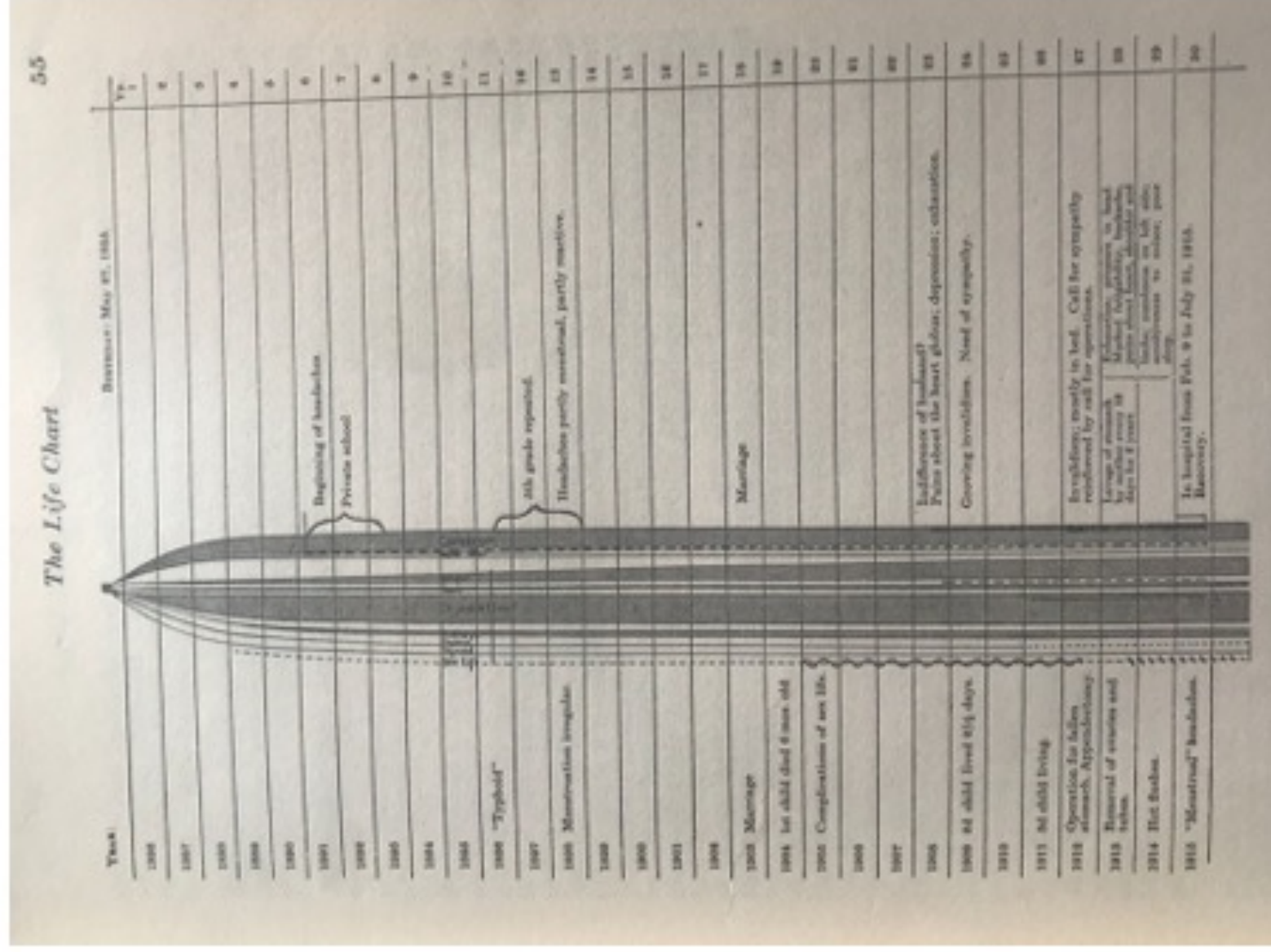
DOMAINE	CAUSE	TRAITEMENT
biologique	Insomnie, dépression	AD, hypnotique
	alcool	PEC, éducation thérapeutique
	Perpétuation	
	Protection	
psychologique	anxiété	Accompagnement psychothérapeutique, éducation
	COVID	
social	chibani	
	isolement	
	Ni au pays ni en France	Café, renouer les liens
	Protection	

A photograph of a suspension bridge, likely a pedestrian bridge, with a walkway and railings. The bridge is made of metal and has several suspension cables. In the background, there are houses and a body of water. The sky is blue with white clouds. The text is overlaid on the image in a blue font.

SPÉCIFICITÉS DE LA PRATIQUE de la psychiatrie de liaison pour les personnes âgées

- ❑ Évaluer les croyances, les attentes du patient âgé.
- ❑ Comment élargir les perspectives et induire la participation active du patient, même avec un trouble neurocognitif.
- ❑ Prendre en compte l'impact de la perte d'autonomie, des troubles neurocognitifs et cette période que l'on qualifie de dernière de la vie.
- ❑ Complexité et incertitude dans la démarche médicale

□ Une histoire de vie,



- ❑ Le psychiatre accepte parfois de venir en dernier recours
- ❑ Nécessité de l'interdisciplinarité, se faire le porte-voix d'une psychiatrie égale au somatique
- ❑ Mais renoncer au mirage de la toute puissance psychiatrique
- ❑ Facteur temps ++++.
- ❑ Déstigmatiser
- ❑ Savoir déprescrire et aide du pharmacien clinicien

SPÉCIFICITÉS DE LA GÉRIATRIE A PRENDRE EN COMPTE DANS LA PRATIQUE DE LA PCL

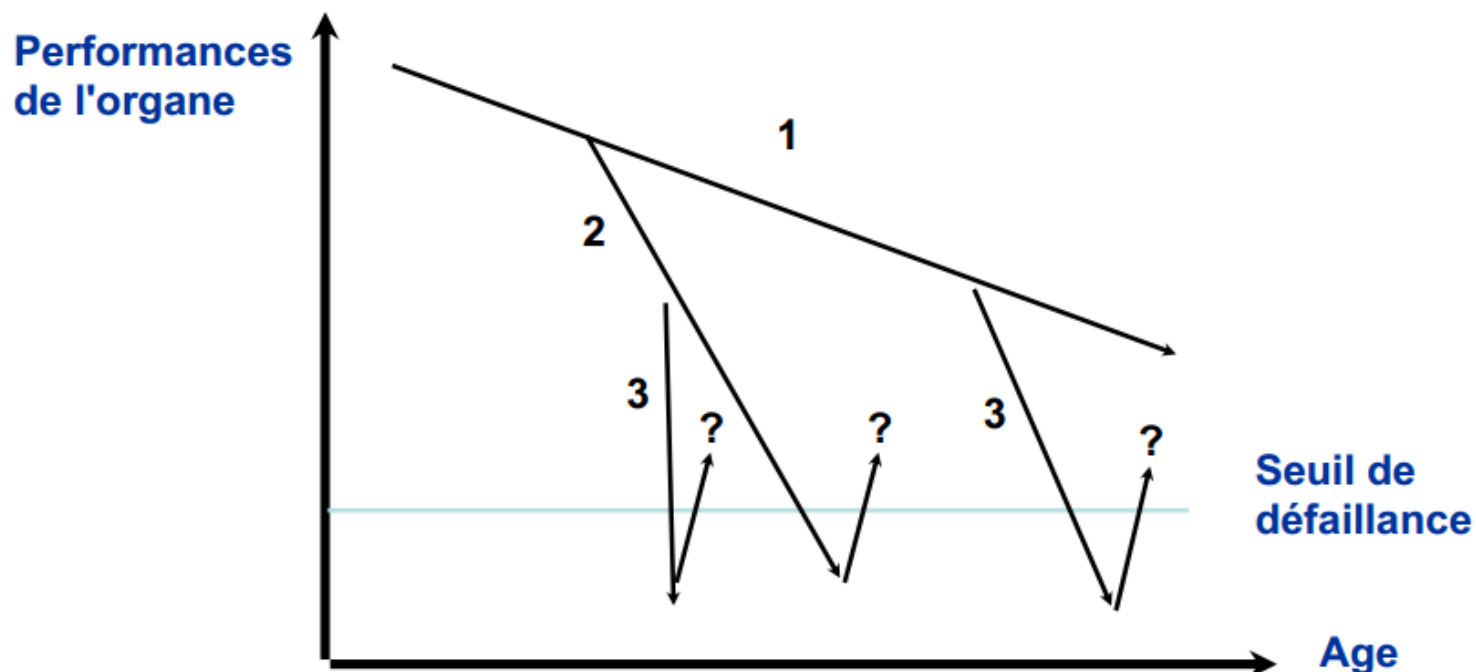


.Complexité

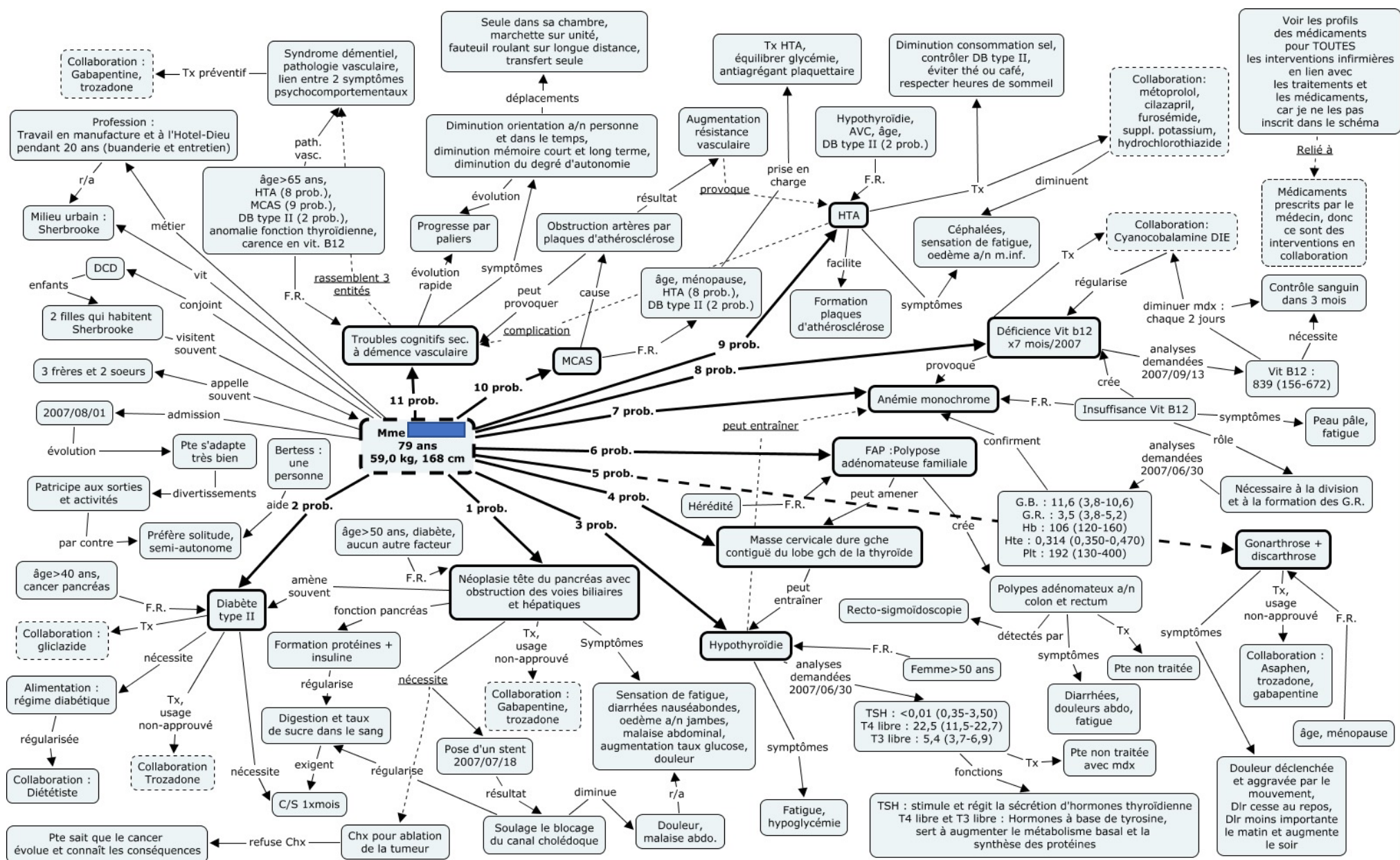
.Globalité

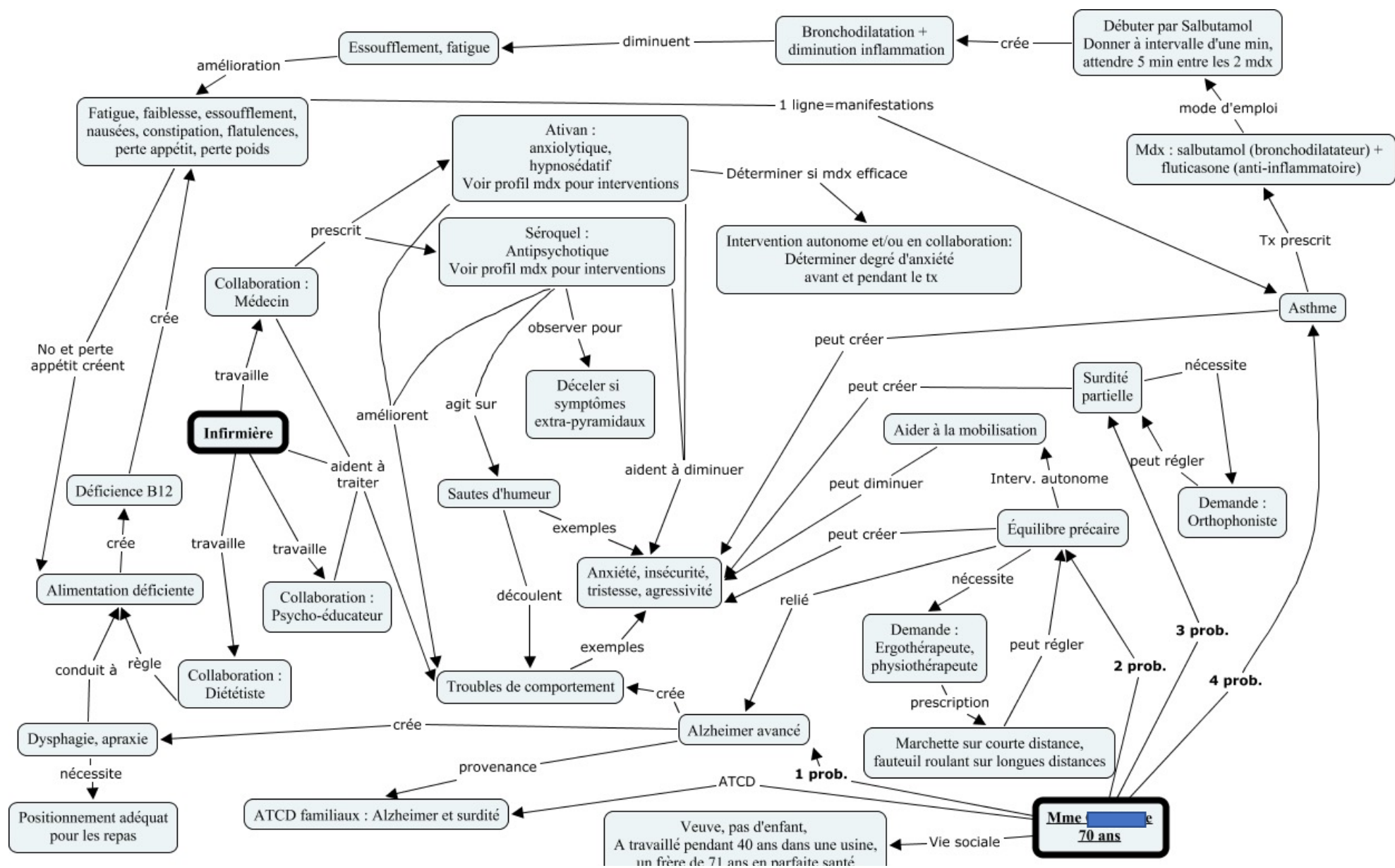
.Réflexion systémique

Schéma 1+2+3



Analyse des performances d'un organe chez un sujet âgé, sous l'effet du vieillissement (1), des pathologies de l'organe (2) et des affections intercurrentes (3), avec ou sans traitement spécifique (?). (Bouchon 1984)





- .Fragilité
- .Perte d'autonomie
- .Polypathologies, comorbidités somatiques
- .Polymédication
- .Multifactoriel
- .Handicap cognitif, sensoriel, moteur
- .Poids du principe de réalité
- .Le rapport à la mort change
- .Banalisation des troubles

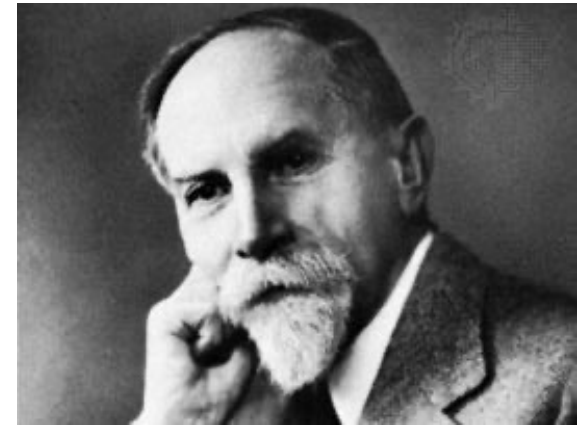
Formulation

Lors de l'évaluation d'un même patient, deux experts peuvent produire deux résumés similaires, mais deux formulations différentes. C'est là, la différence fondamentale : un résumé est descriptif, tandis qu'une formulation est analytique et évaluative.

La formulation d'un cas avec clarté et précision est probablement la partie la plus éprouvante, mais aussi la plus difficile et la plus cruciale d'une évaluation psychiatrique.

(The Maudsley Handbook of Practical Psychiatry, 2014)

Traduit avec www.DeepL.com/Translator (version gratuite)



Cite this article: Owen G (2023).
What is formulation in
psychiatry? Psychological
Medicine 53, 1700–1707.
[https://doi.org/
10.1017/S0033291723000016](https://doi.org/10.1017/S0033291723000016)

**Les symptômes psychiatriques
chez une personne âgée vus par
une équipe de gériatrie ou de
psychiatrie adulte**



Vision de l'équipe psychiatrique de liaison, comment formuler?





- ❑ Psychiatrie de la personne âgée est une psychiatrie de liaison
- ❑ Plusieurs modèles de services

- ❑ Une équipe pluridisciplinaire
- ❑ Modélisation proche de la gériatrie mais ...
- ❑ Formulation au centre de la liaison

jacques.gauillard@ght94n.fr

**Merci de votre
attention.**

