



Département de Psychiatrie
SUPEA | Liaison
Hôpital Nestlé
Av. Pierre Decker 5
CH-1011 Lausanne



Intervention thérapeutique en pédopsychiatrie de liaison

Dr Mathilde Morisod Harari

Médecin associé, Pédopsychiatrie de liaison-CHUV,
SUPEA

Cours CEPUSPP général de pédopsychiatrie 2017-2018

3 mai 2018

La pédopsychiatrie de liaison

2 axes:

1. **Consultations cliniques:** axées sur le patient/famille. Approche globale
2. **Liaison** : axée sur l'équipe soignante, formation et sensibilisation des soignants aux aspects psychologiques.
 - Enseignement
 - Recherche

Historique: liaison adulte

La psychiatrie à l'hôpital général apparaît d'abord aux **Etats-Unis**:

- **1934** : création de **5 unités psychiatriques dans des hôpitaux généraux**.
- **1939** : introduction du terme de « **psychiatrie de liaison** » dans la littérature.
- **1959** : Z.-J. Lipowski organise en le premier **service de consultation-liaison du Canada**, au *Royal Victoria Hospital de Montréal*. Il publie en 1967 et 1968 un article, qui peut être considéré comme le texte fondateur du courant de la psychiatrie de liaison.
- **Années 1970** : dans les pays d'Europe francophone, la **psychiatrie de liaison** se développe avec P.-B. Schneider à Lausanne, A. Gunn-Sechehaye à Genève, H. Grivois à Paris et J. Guyotat à Lyon.

Historique: liaison pédopsychiatrique

- **1960** : en France début avec J Aubry, G Raimbault (en néphropédiatrie, hôpital Necker), Dolto.
- **Dès 1966** : collaboration pédiatres et psychanalystes. Pédopsychiatres et pédiatres travaillent ensemble de manière ponctuelle, isolées.
- **Depuis environ 20 ans** la pédopsychiatrie de liaison est reconnue.

La psychiatrie de liaison est aujourd'hui bien acceptée, tant par les somaticiens que par les psychiatres. Le fonctionnement reste cependant parfois difficile.

Sociétés de psychiatrie de liaison

En Suisse:

- **Société Suisse de Psychiatrie de Consultation-Liaison.** Propose un Schwerpunkt: sous-spécialité psychiatrique officielle, formation approfondie

Aux USA:

- La psychiatrie de liaison est reconnue par l'*American Board of Psychiatry and Neurology*, 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 psychiatrie de l'âge avancé, et la médecine de la douleur.

Repères en pédopsychiatrie de Liaison

- Deux axes:

- 1) décryptage du sens de la maladie/accident

- 2) travail d'historicisation

} Travail de la maladie

- Entendre l'enfant/l'adolescent
- Soutenir les parents
- Soutenir les équipes: la routine du drame et de la rupture, aider à penser et se distancer du réel
- Eviter le clivage psyché/soma
- Derrière la maladie, le handicap, le blessé il y a un enfant/un adolescent!!!
- Histoire familiale pré-existante qui fait lien ou pas avec le diagnostic
- Rester vivant!

Le cadre d'intervention

- Le psychiatre s'adapte **aux usages en vigueur à l'hôpital général** (blouse, disponibilité aux urgences, « langage » médical, instructions concrètes)
- **Les conditions « cadre » de rencontre avec le patient sont très différentes** de l'ambulatoire:
 - Entretien au lit du patient
 - Demande de l'équipe soignante (floue, ambiguë), patient mitigé
 - Attente de l'équipe d'instructions claires, d'être déchargé rapidement
 - Difficultés de retransmission d'éléments pertinents sur le patient
 - Le psychiatre peut être confronté à un mélange d'attentes avides et de dévalorisations

La demande

1. Demande rejet
2. Demande de type mise à l'épreuve
3. Demande déontologique
4. Demande perfectionniste
5. Demande de réassurance
6. Demande en désespoir de cause
7. Demande didactique
8. Demande idéale

De la plus frustrante....



...à la plus gratifiante

La demande

Une des grandes particularités de la psychiatrie de liaison

Qui demande? Pour qui? Pour quels motifs?

Signes directs: angoisse, tristesse, dépression, dévalorisation de soi, douleurs morales, idées suicidaires, idée délirante, tableau confusionnel, troubles du comportement.

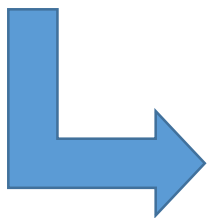
Signes indirects: patients pénibles, plaintes récurrentes, difficultés de compréhension du discours médical, refus, opposition aux soins,

Motifs de référence non exprimés: demande pour une famille mais le problème se situe dans l'équipe:

1. place donnée à la dimension psychologique,
2. capacité de communication et d'accueil,
3. conflits d'opinion et questions éthique,
4. niveau d'usure et fatigue de l'équipe.

Souffrance des équipes

- Traumatisme psychique qui touche aussi les soignants
- Culpabilité
- Ambivalence et phénomène de clivage
- Sentiment d'impuissance
- Risque de désinvestissement
- Risque de projections négatives



Importance d'analyser la santé et les mouvements contre-transférentiels des équipes

Le rôle du pédopsychiatre

Position complexe, qui **nécessite flexibilité et adaptabilité**:

- **Evaluation** de l'enfant+ famille, lien famille + équipe , vécu équipe, lien équipe et instances extérieures
- **Porte-parole** du patient et de sa famille
- **Contacts** avec l'équipe médicale permanents **formels** et **informels**
- **Soutien du travail et investissement de l'équipe soignante.**
- **Prise en compte de la maladie/vécu psychologique/psychopathologie**
- **Prise en charge multidisciplinaire, interventions de crise**
- **Formation** des équipes somatiques sur le fonctionnement psychique
- Création d'une **culture commune**



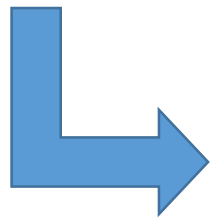
Work in progress

Compétences nécessaires au psy de liaison

- **Solide culture médicale:** pouvoir discuter et comprendre les contraintes auxquelles le patient et les soignants sont soumis
- **Bonne connaissance du fonctionnement et de l'organisation des services** dans lequel on est appelé.
- **Grande curiosité intellectuelle vis-à-vis des avancées médicochirurgicales.**
- **Pouvoir répondre rapidement** au pédiatre, (crise, urgences), **interventions aux urgences** (pas partie de l'activité de liaison *stricto sensu*).
- Organiser suite de **prise en charge dans le lien avec la pédopsychiatrie ambulatoire**

Collaboration somaticiens/psychiatres

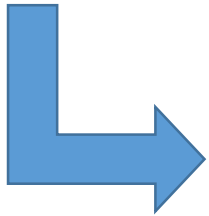
- **Rivalité fraternelle.** ...
- **Solidarité** attendues, en paroles mais aussi en **actes**. Le psy doit soulager les médecins, en même temps que dire les limites de son travail.
- **Solidarité jamais totalement acquise.** Bon travail si compréhension réciproque.
- **Temporalité différente**



C'est dans la continuité du travail que s'établit la confiance, une relation tissée, une alliance. Actualisation autour des situations cliniques.

Collaboration somaticiens/psychiatres

- Collaboration **multidisciplinaire** indispensable



TRANSVERSALITE: implique une mise en commun, un espace de réflexion intersubjective permettant de penser ensemble afin d'élaborer des solutions nouvelles, dans un respect et une reconnaissance des compétences de l'autre. Démarche éthique individuelle et groupale.

La pédopsychiatrie de liaison au CHUV

- Pédiatrie, chirurgie générale, soins continus et intensifs
- Oncologie pédiatrique
- Consultations spécialisées
- Neuropédiatrie (CSD-P)
- Médecine périnatale (obstétrique (pré et post-parrum), néonatalogie et UD)
- CAN-Team (à la maternité et en pédiatrie)
- DISA
- Urgences
- Abri/Prison/Adoption

La pédopsychiatrie de liaison au CHUV

- Une médecin cheffe
- Une médecin associée
- Un médecin hospitalier
- Trois chefs de clinique
- 2 psychologues associés
- 4 médecins assistants
- 1 psychologue assistant
- 2 infirmières de liaison

Champs d'interventions privilégiés

- Clinique de la crise, du traumatisme, angoisse/dépression/deuils
- Psychopathologie précoce
- Psychosomatique // troubles hystériques ...
- Troubles du comportement
- Questions éthiques

Problématiques corps-
psychisme

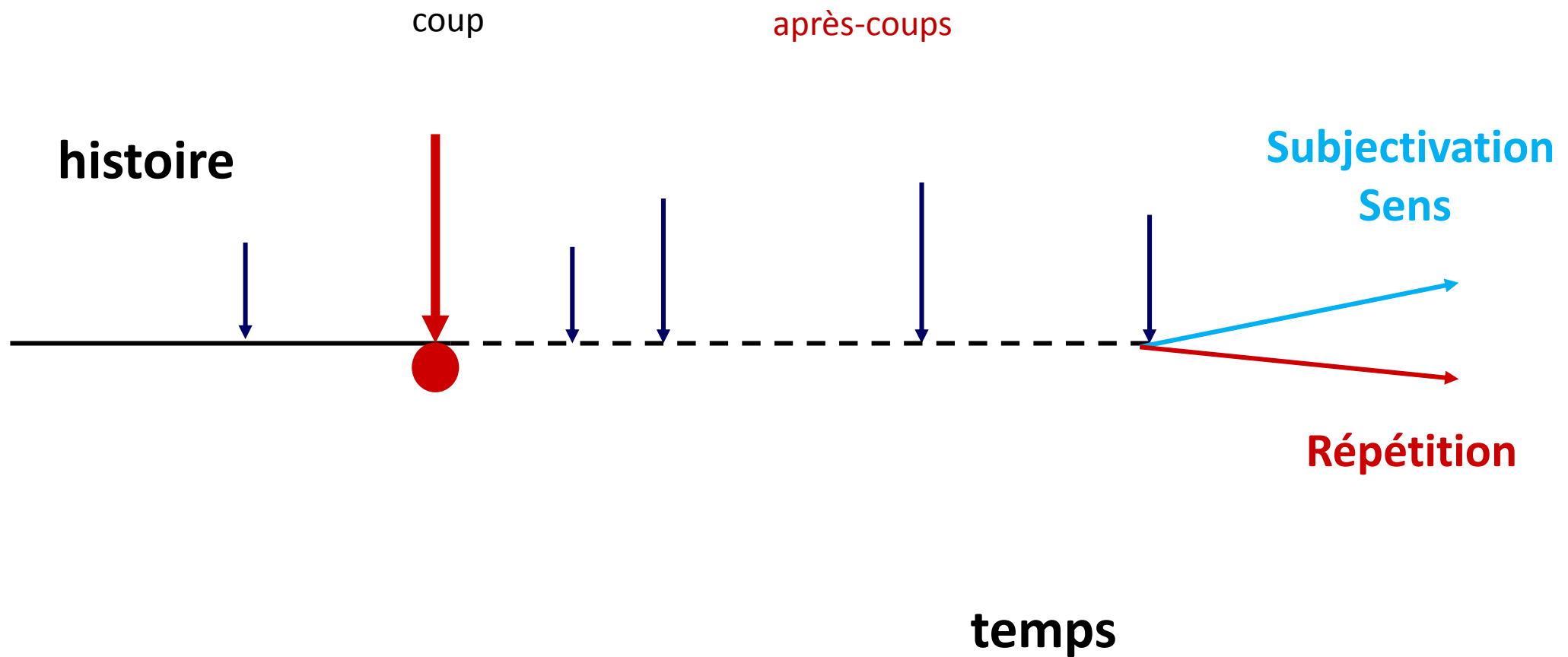
La clinique du traumatisme

- Sidération
- Confusion
- Pertes de repères spatio-temporels
- Sentiment d'irréalité
- Angoisse de séparation
- Angoisse de mort
- Fixation d'images fortes, figées

Clinique du traumatisme

- **Le traumatisme n'est pas réduit à l'événement dramatique.** Ce n'est pas seulement *ce qui s'est produit*
- **Excès d'excitation irreprésentable, hors-sens, qui suscite l'angoisse, fait trace.**
- **Freud** l'utilise au sens psychique. Souffrance liée à réminiscences, à **répétition**. **Quantité trop importante d'énergie subie par le sujet (de l'extérieur), qui rompt ses défenses (son pare-excitation) et envahit son psychisme, ce qui bouleverse son équilibre antérieur et crée du coup une tension traumatique qu'il ne parvient pas à traiter par la représentation**
- **Lacan** parle de « *troumatisme* », néologisme qui fait sens. C'est « **le trou dans la langue** », dans la **capacité de penser**, qui fonde le trauma

Clinique du traumatisme



Traumatisme chez l'enfant

Qu'est ce qui est traumatique pour le psychisme de l'enfant ?

- Lorsque des ruptures, des discontinuités attaquent le sentiment de **continuité psychique de l'enfant**, le « *sentiment continu d'exister* », (Winnicott).
- L'enfant doit pouvoir **faire de la continuité avec de la discontinuité**.
- **Elaboration des ruptures** pour en faire un vécu de continuité
- **Lien entre la possibilité pour soignants** d'acquérir une représentation stable, cohérente de l'enfant et de sa famille, et capacité de l'enfant d'élaborer ses traumatismes

Apport du pédopsychiatre

- Comprendre l'état de traumatisme et viser à remettre en route la pensée: **processus de re-historicisation**: déplier l'histoire
- Chercher des **liens avec l'histoire personnelle et la réalité actuelle**: Maladie, accident, réveille ce qui n'a pas été résolu dans histoire, en particulier ce qui n'a pas été résolu dans l'histoire des parents
- Permettre un **espace de jeu psychique** qui rend possible de dépasser ce que la patient vit d'excessif et d'insupportable: espace transitionnel entre le réel et l'espace psychique.

Apport du pédopsychiatre

Le corps

Pas seulement corps réel, mais représentations du corps

Exemple : enfant a peur d'une pique, on pense peur de la douleur, mais on peut passer à côté d'une image fragile de lui-même, de son corps.

Les symptômes

Ne pas rester dans dimension symptomatique (angoisse), prendre en compte du vécu global

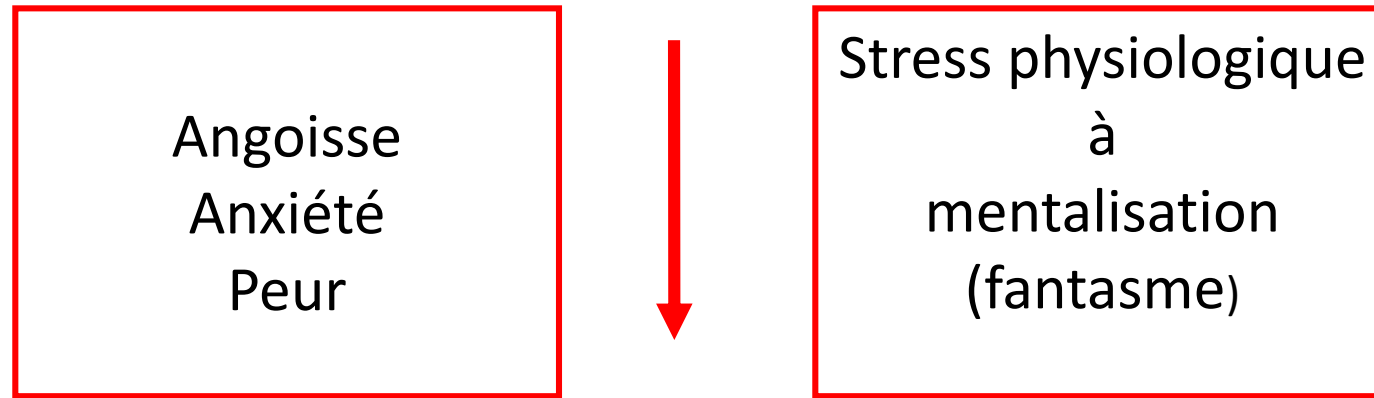
L'Identité /Insertion sociale

Risque d'enfermement dans **identité restreinte de personne malade** . Isolement. Perte de **double appartenance : famille et société**. Parents perdent leur **légitimité parentale**

Apport du pédopsychiatre

- **Théorie sur la maladie, sens de la maladie**
- **Quel sens a la maladie ?** Est-ce que l'enfant a l'impression qu'il est responsable de sa maladie ? (culpabilité?). Qu'il déçoit ses parents ? Est-ce qu'il est encore aimé ?
- **Est-ce que son symptôme est un symptôme relationnel ? D'une souffrance affective ? Identitaire ?**

L'angoisse



L'angoisse surgit lorsque l'équipement maturatif de l'enfant est débordé par une **tension** vécue comme menaçante, que la tension soit d'origine interne ou externe.

Les manifestations de l'angoisse sont variables:

- Plus l'enfant jeune, plus les **manifestations somatiques** sont riches.
- Avec l'âge, **mentalisation** ou **extériorisation** de l'angoisse par **l'agir**

Psychopathologies et corps de l'enfant

symptômes de conversions

ex : **paralysie hystérique**, évanouissements

symptômes psychosomatiques

ex : **anorexie**, symptômes respiratoires (ex asthme)

symptômes cutanés (ex eczéma, allergies)

plaintes psychofonctionnelles

ex : **fatigue, céphalées, plaintes digestives** (coliques, maux de ventre),
troubles du sommeil, alimentaires, propreté, vulnérabilité somatique
(ORL...) ...

Psychopathologie et corps de l'enfant

plaintes hypochondriaques

ex : crainte d'une maladie

symptômes à expression motrice

ex : tics, « hyperactivité »

troubles de la personnalité et agir

ex : **automutilation**

F4 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes

entre autres

troubles dissociatifs (de conversion: *hystériques*)

troubles somatoformes

ex : dysmorphophobie, hypochondrie, douleur, dysfct neurovégétatif,

troubles psychosomatiques

F5 : Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des

facteurs physiques

entre autres:

troubles alimentaires, tr sommeil

F6 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte

entre autres:

automutilation

F9 : Troubles émotionnels et troubles du comportement apparaissant habituellement durant l'enfance

entre autres:

énurésie, encoprésie

Les troubles somatoformes

- modèle de la conversion
- modèle du phénomène psychosomatique proprement dit

Les troubles somatoformes

CONVERSION	Phénomène psychosomatique
<ul style="list-style-type: none">• Symptôme psychique	<ul style="list-style-type: none">• Phénomène «somato-somatique», par court-circuitage de l'élaboration psychique.
<ul style="list-style-type: none">• Conversion somatique d'un conflit psychique	<ul style="list-style-type: none">• Modèle de l'acte, décharge par l'acte
<ul style="list-style-type: none">• Structure de langage	<ul style="list-style-type: none">• Hors langage
<ul style="list-style-type: none">• Aspect métaphorique	<ul style="list-style-type: none">• Abolition symbolique, en deçà du sens

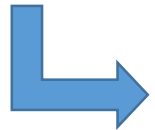
Les troubles somatoformes

1. Ce qui est de l'ordre du **symptôme**, compromis, **conflit psychique** (désirs inconscients). **Sens**. Modèle : symptôme de **conversion**. *L'hystérique parle avec son corps de sa souffrance.*
2. Ce qui est de l'ordre d'un **phénomène psychosomatique**, **pas conflit psychique** (pas langage, symbolique). **Court-circuitage psychique**. Modèle : **l'angoisse, l'hypochondrie**. *Le patient souffre avec son corps.*
3. Ce qui est de l'ordre d'un **conflit relationnel**. L'enfant manifeste le **conflit psychique des/avec parents** (carence/ surcharge d'excitation). Modèle : **le trouble psychofonctionnel**, p ex alimentaire, comme symptôme d'un trouble relationnel parents-enfant. *Symptôme relationnel*

Processus extrêmement souvent combinés chez l'enfant

Évolution possible de somatique à psychosomatique

- L'irréversibilité (la mort est définitive)
- L'universalité (nul n'y échappe)
- La causalité (elle a une cause)
- Sa propre mortalité



On est face à un **impensable**, un irreprésentable

- Un des phénomènes essentiels de l'existence humaine, que l'enfant tente de comprendre, d'apprivoiser.
- Illustré par des expériences de pertes successives auxquelles il a survécu.

La notion de mort en fonction de l'âge

0 à 3 ans: *incompréhension totale*: pas de représentation, réaction à la séparation

4 à 6 ans: *perception mythique*: mort provisoire, temporaire et réversible

6 à 9 ans: *réalisme infantile*: questions, représentations, jeux comme défenses contre l'angoisse et comme travail psychique nécessaire. Images réalistes, représentations concrètes (squelettes, cimetières,...).

9 à 11 ans: *angoisse existentielle*: accès à la symbolisation de la mort. Crainte de la perte réelle. Issue de son propre destin. Passage d'une référence individuelle à l'universel, du temporaire au définitif, de l'idée de punition au cycle naturel.

La mort

« Quand un enfant a la possibilité de s'exprimer librement avec un adulte, il aborde sans gêne le sujet de la mort »
Ginette Raimbault

- L'enfant n'est pas ignorant de la mort, il en sait quasi autant que les adultes: c'est à dire rien.
- Si la possibilité lui en est donnée, il en parle volontiers, surtout au travers des effets de celle-ci sur ses proches: absence, tristesse...
- Crainte de l'exclusion, de l'abandon, de la perte d'amour. Attention au désinvestissement parental (deuil anticipé) ou à la surprotection (acharnement thérapeutique).
- La question de la mort pour les soignants.

- Ne pas laisser la question de la mort rester un traumatisme qui se fige: en parler, entendre au delà du pied de la lettre.
- Ecouter les limites de l'enfant.
- Ne pas enfermer dans des pronostics.
- Ce que gagne l'enfant est un savoir sur la vie.
- Jusqu'au bout, il reste un être désirant: le considérer comme tel!!!

Dans la maladie chronique, la mort n'est pas forcément la mort physique

- Les séparations
- Enfant et parents idéaux, toute-puissance
- Inquiétudes pour ses parents, sa famille
- Corps, puberté
- Chaque effet secondaire, retentissement du traitement, séquelle (stérilité).
- Mais aussi, difficulté à se projeter dans le futur: le « hors-temps » du traumatisme.



Les comportements comme appels à être reconnu vivant dans le lien à l'autre.

- Difficile à repérer plus l'enfant est jeune
- Peut se manifester soit sous forme de troubles moteurs (agitation, agressivité) soit sous forme de troubles relationnels (opposition)
- Caractéristiques sémiologiques communes avec la dépression → DD
- Importance de bien observer l'enfant
- Utilisation d'échelles de mesure

L'expression de la douleur selon l'intensité

Douleur faible :

l'enfant concentre son attention sur la zone douloureuse

 ***l'adulte s'identifie facilement à l'enfant***

Douleur plus importante :

consolation inefficace, le monde environnant ne semble plus pouvoir réconforter l'enfant

 ***identification de l'adulte à l'enfant insuffisante parfois***

Douleur intense :

enfant absent, atonie psychomotrice, expérience traumatique, refus relationnel

 ***identification de l'adulte à l'enfant insuffisante souvent***

L'expression de la douleur chez le jeune enfant

Les signes émotionnels peuvent être interpellants, persécutants pour les soignants et les parents, à risque d'entraîner:

➤ *un évitement face aux réactions de l'enfant*

➤ *un désinvestissement de l'enfant*

L'atonie psychomotrice est difficile à reconnaître « enfants trop calmes »

- sur le plan moteur: rareté des initiatives motrices, lenteur des gestes, mobilité réduite, perte de l'ajustement postural
- sur le plan psychique: pauvreté de l'interaction, désintérêt pour le monde extérieur, passivité, hostilité, dépression

Elle peut être interprétée comme *hostilité de l'enfant ou un désinvestissement de l'enfant*

L'impact de la douleur sur la relation parent-enfant

Chez le parent

- **Incompréhension** des signes de la douleur
- **Angoisse**: aggravation de la maladie ?
- **Dépression** **impuissance**, **culpabilité**, séparation, mise en échec de leur fonction parentale protectrice
- **Sentiment de persécution**: la douleur de l'enfant peut être ressentie comme une agression.



Attaque à l'identification à l'enfant, à l'investissement de l'enfant, désinvestissement/ hyper-investissement

L'impact de la douleur sur la relation parent-enfant

Chez l'enfant

- **Culpabilité:** douleur comme **punition** imaginaire
- **Dépression et angoisse:** expérience de **solitude**, de séparation (n'est pas compris), d'exclusion, de **persécution** (l'autre est son ennemi ?)
- **Estime de soi:** l'enfant ne veut pas sembler **faible**
- **Renoncement:** l'enfant a tenté de dire sa douleur, sans réponse, il ne dit plus rien,
- **Perte de confiance**
- **Désespoir:** l'intensité de la douleur, de son isolement, le réduit au **silence**

La douleur chez l'enfant: comment intervenir?

L'adulte sous-estime souvent la douleur de l'enfant

- Connaître les manifestations de la douleur
- Soutenir l'enfant : présence des parents, temps de récupération...
- Comprendre et accepter les relations perturbées de l'enfant: identification
- Dépasser les sentiments de persécution
- Reconnaître les perceptions de l'enfant quand il peut les exprimer
- Traitement antalgique
- Permettre à l'enfant d'exister en dehors de sa douleur : jeu, plaisir partagé
- Bonne distance par rapport à douleur : support des possibilités défensives

Les dix commandements du pédopsychiatre de liaison?

Silla M. Consoli, 1995

1. Ne pas attendre passivement l'expression d'une demande
2. Ne pas dissimuler ou déguiser la nature psychiatrique de la consultation
3. Respecter la confidentialité
4. Eviter de confronter le patient à toute forme d'interprétation brutale
5. Actualiser en permanence ses propres connaissances médicales. Reconnaître son ignorance face à des maladies rarissimes.

Les dix commandements du pédopsychiatre de liaison?

6. Transmettre aux équipes soignantes les infos nécessaires à la prise en charge du patient
7. Prendre en compte la souffrance de l'entourage familial
8. Se souvenir que certains symptômes ont une finalité défensive ou adaptative
9. Ne pas se contenter d'une position d'observateur neutre
10. Ne jamais sous-estimer l'importance de l'investissement du patient face au psy de liaison même lors d'une unique rencontre.

Comment intervenir en pédopsychiatrie de liaison?

- **Lier**: mettre en relation, associer, aider à penser et à vivre. Mieux comprendre un comportement, rendre lisible une conduite, faire circuler l'information, rendre plus familier un patient à son équipe. Mettre en lien l'histoire actuelle avec le passé. Lier le corps et la psyché, l'enfant avec son histoire et sa famille, les équipes pédiatriques et les équipes psy, le milieu intra et extra-hospitaliers.
- **Déliier**: un patient d'un conflit avec l'équipe qui l'entrave, lui rendre sa liberté subjective en lui offrant un espace psychothérapeutique, lui permettre de se décoller de son corps malade, de son destin, du réel.