

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la pédopsychiatrie utile en soins palliatifs et les psy en 60 minutes chrono

Pierre Canoui *, Michel Vignes**

Vidéo introductive (8') : ce que nos collègues français voudraient savoir de la psy et des pédopsychiatres...

La pédopsychiatrie et les psy sont souvent sollicités auprès d'enfants à la vie menacée pour donner un avis, une prise en charge ou une prescription pharmacologique.

Cette rencontre entre somaticiens et psy autour d'un enfant malade est source de bien des questionnements.

Cela représente un défi pour chacun et une nécessité de jeter des ponts entre des disciplines qui se sont longtemps côtoyées sans trop se parler.

Dans le cadre des soins palliatifs, l'un et l'autre se trouvent face à des limites qui ne peuvent les laisser indifférents. Depuis la création de la pédopsychiatrie de liaison des psy ont décidé de se pencher dans l'univers de la médecine somatique, et des médecins somaticiens ont décidé d'inviter des psy dans leur service. Tous deux sentaient bien qu'il y avait quelque chose à partager à inventer pour mieux soulager. Des psy ont voulu relever le défi.

Des logiques différentes et des défis à surmonter.

Pour le médecin de médecine somatique, il est curieux et souvent difficile de quitter les rivages de la rationalité et de la logique médicale pour se mettre face à des troubles, des symptômes, des comportements qui ne répondent pas à une logique cartésienne.

Le (pédo)psychiatre est confronté au désir de comprendre d'expliquer et il ne peut pas toujours le faire. Il ne peut pas sous peine d'obscurantisme de donner des interprétations métapsychologiques qui ne sont que des hypothèses. Il ne peut pas sous peine de trahir le patient et sa complexité expliquer de façon trop simpliste et par trop mécaniste des manifestations qui sont le témoin de conflits existentiels qui se déroulent sous ses yeux.

Le danger du clivage entre **organogénèse et psychogénèse**

La pédopsychiatrie doit se positionner face à deux modèles explicatifs qui l'un comme l'autre comportent des limites qu'il faut connaître : d'un côté, un modèle psychodynamique très marqué par certaines écoles psychanalytiques, attribuant au psychisme et à l'inconscient un rôle étiologique majeur dans la désorganisation somatique. Dans la confrontation avec **la clinique du réel** (Ginette Rimbault) que représente la maladie grave de l'enfant, il y a un grand danger d'attribuer une toute puissance de la pensée à des réalités biologiques et de faire vivre ceux qui sont tombés malades dans leur corps dans une culpabilité en faisant croire que la faiblesse de leur pensée est la cause de l'émergence leurs souffrances physiques.

D'un autre côté, le modèle psychophysiologique fondé sur le modèle du stress, les événements de vie et la réalité externe favorise la vision projective d'une réalité, mauvaise en soi, épargnant au malade toute interrogation sur la nature

intrapyschique des conflits et risque de l'empêcher d'accéder à des fondamentaux de son existence.

Entre la surestimation de la causalité psychique et celle de la réalité extérieure, il y a sans doute la place pour une position intermédiaire à la fois équitable et mobilisatrice et pour un travail psychothérapique éminemment humain et dénué de magie

La clinique de l'instant et la clinique de l'histoire.

« L'être vivant est un être de narration » Paul Ricoeur

Nous, aussi, psy, voulons soulager, soigner, guérir peut-être. Face au symptôme qui marque la souffrance psychique, nous avons une envie (furieuse parfois en ce qui me concerne) d'apporter une réponse thérapeutique instantanée que ce soit par la parole qui calme ou qui soigne, le geste qui détend et libère des tensions corporelles, le médicament qui apaise.

Il faut connaître toutes ces stratégies et méthodes de soins pour les utiliser et les prescrire.

Mais la connaissance acquise par l'exercice d'une clinique consciencieuse nous indique qu'accéder à la compréhension du symptôme psychique va exiger du temps de l'écoute de l'histoire du sujet et de son entourage pour pouvoir poser le juste traitement.

On perçoit aussi comment le risque de clivage est grand entre la clinique de l'instant et la clinique de l'histoire. La encore nous pensons qu'il y a sans doute une place pour une clinique psychiatrique capable sans dogmatisme de trouver un juste milieu.

Face à l'enfant malade et/ou en fin de vie, nous avons dû développer une clinique pédopsychiatrique particulière.

Le modèle de compréhension ne peut être que polyfactoriel à la croisée des facteurs endogènes, psychogènes et environnementaux.

Nous savons que dans la grande majorité des cas, nous sommes face à des êtres normaux soumis à des stress dus à la maladie et aux traitements d'un niveau tel qu'ils peuvent déclencher des troubles psychopathologiques voire des troubles psychiatriques.

Cependant ces troubles d'adaptation ne répondent pas au seul modèle du stress post traumatique. Les réactions se font souvent à contre temps et non pas dans l'immédiateté. Comment comprendre qu'un événement mineur, un « détail » va déclencher des réactions émotionnelles violentes sinon que de penser que l'être va réagir avec son histoire, sa vulnérabilité dans l'après-coup, le contre coup. Il nous faut pour comprendre la psychopathologie en psychiatrie de liaison développer des modèles subtils autour des concepts de la réaction au stress.

Si l'on tentait un tour d'horizon rapide de nos connaissances acquises et qui peuvent avoir un impact direct sur la pratique que retiendrait-on ?

La psychiatrie périnatale nous a confirmé que la pédopsychiatrie ne commence pas avec la naissance de l'enfant. Le fœtus a des sensations et déjà une histoire. Il n'est peut-être pas un être pensant, mais il n'est pas indifférent que les adultes le pensent comme être pensant même si c'est une anticipation excessive.

Mais quoiqu'il en est, la connaissance de ce que pensent les parents durant la grossesse a une importance dans l'histoire et la vie du bébé qui va naître et qui peut mourir ; enfant imaginaire, fantasmé, espéré, culturel, narcissique, mythique...C'est pour cela qu'il est possible de faire un travail pendant la grossesse pour préparer les parents à la naissance ; il faut que les parents ne soient pas trop figés dans les représentations du bébé à naître ; cela d'autant plus important si cet enfant est menacé. La psychiatrie périnatale est indispensable dans l'accompagnement de bébé en soins palliatifs ou l'interruption médicale de grossesse.

Sur la naissance et la mort de la pensée ou que pensent les bébés ?

Si on peut assez facilement définir la fin de la vie psychique, on peut beaucoup moins en déterminer le début. Mais là encore la psychiatrie du bébé nous a appris que la pensée naît de la relation, de l'interaction, de l'intersubjectivité. C'est pourquoi, il est si important d'être là (dasein) au début de la vie mais aussi à tous les moments durs que la vie nous impose.

La psychiatrie du bébé nous a appris que **tout se co-construit**. Et que l'on ne peut pas se construire sans le poids de l'histoire. Un bébé ne peut se construire sans le double mouvement d'affiliation (inscription dans un groupe familial) et de filiation (inscription dans l'histoire de ses parents).

Ces connaissances acquises récemment ont une utilité immédiate dans l'accompagnement en soins palliatifs ou en fin de vie.

Dans ces moments où le temps est compté, peuvent se réactiver sous forme de symptômes de troubles, que l'on va nommer angoisse, dépression, agitation, pseudo-confusion des difficultés que l'on ne pourra comprendre qu'en déroulant le fil de l'histoire de l'enfant.

Pour se construire (et pour mourir) les bébés, les enfants ont besoin d'une histoire ; non seulement une histoire médicale, biologique, génétique aussi relationnelle. C'est pour cela que la dynamique relationnelle en fin de vie est aussi tellement importante.

Rien n'est jamais linéaire. La culpabilité parentale.

Ce sont toutes ces compréhensions qui ont permis de revisiter la psychanalyse et ses erreurs. Le modèle psychopathologique ne peut fonctionner de façon linéaire et causaliste. C'est un modèle polyfactoriel et non linéaire. C'est bien pourquoi il y a bien longtemps que beaucoup d'entre nous ont pris bien des distances avec ce thème de la culpabilité parentale. Comment travailler avec des gens si on les désigne comme coupables ?

Faut-il avoir des troubles psychiatriques patents pour **faire appel à un psy** ?

Les troubles présentés chez l'enfant à la vie menacée sont rarement structurés selon les axes du DSM IV-TR. Cependant la encore la psychiatrie du bébé et celle de l'adolescent nous donnent des pistes.

Bien des bébés, avant l'âge d'un an, n'ont pas de troubles constitués et l'on ne peut pas porter de diagnostic mais les psychiatres de bébés ont définis un concept peu scientifique mais utile ; il s'agit de repérer « les bébés qui ont besoin de nous ». Cette idée est probablement celle qui ouvre à la prévention possible et à l'intervention précoce lors de situations critiques ou dans les maladies chroniques.

Un autre concept a été développé pas les psychiatres d'adolescents : « on peut être mal sans être malade ». Tous ceux qui s'occupent de maladies voient vite comment ces formulations simples et percutantes peuvent être opérationnelles et permettre d'introduire les psy en douceur.

Et la psychopharmacologie en soins palliatifs.

Les médicaments psychotropes ont leur place en soins palliatifs. Cependant il faut savoir que la maladie somatique va rendre difficile l'application des catégories diagnostic du DSM IV-TR ; l'exemple de la dépression est le plus parlant, la fatigue, le ralentissement, l'anorexie, la perte d'initiative peuvent avoir d'autres causes que la dépression et pourtant la dépression peut être présente et justifier un traitement.

Les psychotropes ont des cibles précises et peuvent être indiqués dans la confusion, les troubles de l'humeur, l'anxiété ; les états de stress aigu et chronique, les troubles du comportements, les hallucinations et délires... Ils peuvent être aussi utilisés dans le traitement des symptômes en phase terminale afin de calmer la détresse (angoisse, délire, confusion terminale, agitation). On sait que la souffrance psychique peut exacerber les symptômes physiques comme la dyspnée, la fatigue, la douleur physique, mais aussi perturber toute la dynamique relationnelle si importante en fin de vie.

La condition d'utilisation des psychotropes est de faire une évaluation extrêmement consciencieuse de l'enfant et de sa famille ; de comprendre ce que vit l'enfant et sa famille non seulement dans l'instant présent mais aussi à l'éclairage de son histoire et d'utiliser les psychotropes selon la formule de Ned Cassem « start low, go slow » avec une extrême prudence. C'est ainsi que les psychotropes peuvent devenir des outils de libération de la souffrance psychique.

* Pierre Canoui pédopsychiatre psychothérapeute Hôpital Necker Enfants Malades médecin responsable de la pédopsychiatrie de liaison (service de pédopsychiatrie universitaire de Pr Bernard Golse) et coordonnateur médical des soins de support

CHU Necker Enfants-Malades 149 rue de Sèvres 75015 Paris

** Michel Vignes pédopsychiatre CHU Toulouse France

Bibliographie :

- 1- Stoddard Frederick J., Usher Craigan T., Abrams Annah N., Psychopharmacology in pediatric critical care Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 15(2006) 611-655
- 2- Golse B., Etat actuel de la pédopsychiatrie Conférence de l'université de tous les savoirs – 15 janvier 2004 – www.psynem.org
- 3- Ansermet F., Magistretti P., A chacin son cerveau : plasticité neuronale et inconscient –Edition Odile Jacob Paris 2008.
- 4- Consoli Silla M. Psychiatrie de liaison in Thérapeutique psychiatrique JL Senon et col. Editeurs Hermann pp955-979 Paris 1995