Document généré le 12 oct. 2024 04:14

Santé mentale au Québec

L'intervention brève en psychiatrie de consultation-liaison
Brief intervention in psychiatric consultation
La intervención breve en psiquiatría de enlace
Intervenção breve em psiquiatria de consulta-relação

François Sirois

Volume 34, numéro 2, automne 2009

Santé mentale et justice

URI : https://id.erudit.org/iderudit/039134ar
DOI : https://doi.org/10.7202/039134ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Sirois, F. (2009). L'intervention brève en psychiatrie de consultation-liaison. *Santé mentale au Québec*, *34*(2), 237–254. https://doi.org/10.7202/039134ar

Résumé de l'article

Cet essai présente un point de vue sur l'intervention brève en psychiatrie de consultation-liaison basée sur l'expérience subjective des patients, tel que soutenu par Kendler en 2005 dans l'*American Journal of Psychiatry* dans sa prise de position contre le réductionnisme biologique en psychiatrie, pour ne pas confondre l'approche de l'esprit avec celle du cerveau. L'auteur présente certaines particularités de l'approche du problème et de l'évaluation, suivies d'une discussion des principes de l'intervention afin de préciser les enjeux et les dimensions du travail psychiatrique dans ce contexte particulier.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2009

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

L'intervention brève en psychiatrie de consultation-liaison

François Sirois*

Cet essai présente un point de vue sur l'intervention brève en psychiatrie de consultation-liaison basée sur l'expérience subjective des patients, tel que soutenu par Kendler en 2005 dans l'*American Journal of Psychiatry* dans sa prise de position contre le réductionnisme biologique en psychiatrie, pour ne pas confondre l'approche de l'esprit avec celle du cerveau. L'auteur présente certaines particularités de l'approche du problème et de l'évaluation, suivies d'une discussion des principes de l'intervention afin de préciser les enjeux et les dimensions du travail psychiatrique dans ce contexte particulier.

Cette discussion apparait opportune, d'une part, parce que la consultation en milieu médico-chirurgical souffre d'une pauvreté d'élaboration dans son cadre général, d'autre part, parce qu'elle se cantonne dans des spécificités étroites lorsqu'elle se fractionne dans des sous-spécialités comme la greffe ou l'oncologie. Dans les milieux d'enseignement, environ 4 % des admissions hospitalières (Sirois, 1986) font l'objet de consultation psychiatrique. Au fur et à mesure du développement administratif de ces milieux, différents services s'organisent dans un certain flottement face au rôle du psychiatre consultant à l'hôpital général et dans une réticence à situer son implication dans divers programmes intégrés, souvent en marginalisant la consultation dans le no-man's land de l'interface des systèmes ou des retranchements médico-légaux. Si la psychiatrie de liaison est le domaine par excellence de l'inorganisé, c'est que son objet propre, tel que présenté ici, n'est ni la maladie, ni le social, ni l'organique, mais bien la réaction que le patient développe dans l'éprouvé d'une rencontre avec la maladie, dans l'expérience des différents moments de l'hospitalisation, dans son rapport avec les soignants ou dans la traversée d'une chirurgie.

Une proposition de Flanagan en 2007 dans l'*American Journal of Psychiatry* suggère d'incorporer dans le DSM-V l'aspect de l'expérience subjective du patient. Dans cette optique, le psychiatre peut

* L'auteur est psychiatre, professeur de clinique au département de psychiatrie de l'Université Laval et travaille comme consultant à l'Institut de cardiologie et pneumologie de Québec.

apporter une contribution spécifique au soin global du patient même lorsqu'il n'y a pas de pathologie aigue ni d'altération perturbatrice chez le patient. Bien que la littérature actuelle insiste sur la nécessité pour le consultant de vérifier attentivement les paramètres biologiques et environnementaux de la situation clinique, il sera surtout question ici de l'importance de l'évaluation des aspects psychiques pour rendre compte du versant subjectif de l'expérience du patient dans ce contexte, et pour travailler à partir de cet aspect. La position du psychiatre n'est pas celle du médecin d'un organe mais celle du médecin de la personne. Position présomptueuse, dira-t-on, à l'heure où les médecins sont soucieux du rapport au patient et de l'approche globale ; mais la psychiatrie de liaison n'est pas du *bedside manners*, c'est l'examen spécifique de la position subjective du patient dans son contexte de soins. Dans ce sens, le psychiatre de liaison travaille plus comme un radiologiste que comme un neurologue. Radiologiste qui examine l'image mentale par laquelle le patient se représente sa maladie. Examinons-en les particularités selon trois grands axes : le contexte clinique, le cadre d'évaluation et le mode d'intervention.

Le contexte clinique

D'abord, le psychiatre de liaison travaille dans un contexte qui ne lui est pas propre, voire propice, comme un chirurgien qui serait appelé à faire une appendicectomie sur une table de cuisine. Il n'y a pas de champ opératoire propre : ni quiétude du cabinet, ni l'attention complète du patient souvent souffrant, symptomatique ou entravé par un appareillage ; il y a un va-et-vient constant, le patient d'à côté écoute, une interruption peut survenir n'importe quand selon la routine hospitalière. Il lui faut donc travailler vite et à partir d'indices cliniques infraverbaux. Souvent le symptôme principal derrière la référence ne peut être exploré en détail dans un premier temps lorsque l'état du patient ou le contexte de soins préviennent un contact verbal élaboré. Le psychiatre de liaison est alors comme un archéologue qui collectionne les tessons psychiques, les fragments de comportement ou les lambeaux de phrases pour construire le cas comme on reconstitue une céramique. Ces indices préverbaux sont variés, comme le niveau d'attention, la clarté du discours, le niveau d'agitation, la qualité du contact verbal, la réaction face à un allégué. Ces signes d'avant diagnostic acquièrent une importance accrue dans ce contexte de travail.

Ensuite, le motif manifeste de la demande n'indique pas toujours l'angle qui doit être adopté, à savoir l'orientation de la consultation (Sirois, 1989) vers le patient, vers le médecin traitant ou vers la situation

globale. Ces contextes différents n'appellent pas le même levier d'intervention. Esquissons brièvement ces trois contextes. La consultation orientée vers le patient est la consultation classique la plus fréquente, balisée par la reconnaissance de l'étanchéité des divers champs de spécialité médicale ; elle présuppose la compétence exclusive et la non-ingérence. Quatre exemples de ce type de consultation. A : la consultation préambule ; elle fait partie du processus d'investigation comme en chirurgie ; b : la consultation camouflée ; initiée par le patient lui-même où l'hospitalisation devient prétexte pour le patient à aborder des problèmes qui n'y sont pas toujours reliés ; c : la consultation intermède ; lorsqu'une psychopathologie survient et prend l'avant-scène du tableau clinique, le médecin traitant demande au consultant de s'occuper de la complication avant de poursuivre ses objectifs, comme lors d'une psychose aux stéroïdes ; d : la consultation intégrée ; lorsqu'une composante psychique est identifiée dans le cours d'une situation clinique. Comme cette dame qui, suite à une thoracotomie pour un nodule pulmonaire, se fit dire que la lésion était un simple hamartome bénin mais qui réagit paradoxalement comme à une mauvaise nouvelle ; le consultant intervint pour débrider un conflit lié à la culpabilité et s'assurer que cet état n'interférât pas avec le cours du contexte postopératoire.

Les deux autres types de consultation sont plus complexes. Celle orientée vers le médecin référant est plus délicate. Elle présuppose une compréhension des enjeux entre le médecin et son malade. Les deux situations les plus fréquentes sont celles de l'angoisse et de la culpabilité du médecin traitant face au patient, souvent autour des enjeux des limites de l'intervention médicale et de la demande de confirmation et de partage de cette position. Elle s'appuie sur la collégialité autour d'enjeux éthiques ou existentiels où le consultant adopte un rôle de caution. Il importe alors de s'assurer de l'état des relations médecin-malade. Comme cette demande de voir un malade en phase avancée de dystrophie musculaire demandant un sevrage irréversible du respirateur. Quant à la consultation orientée vers la situation elle est typique de la psychiatrie de liaison. Ici le contexte est prépondérant. Retenons trois cas de figure. D'abord, le patient dont le rôle comme patient est déviant. Un patient qui dérange pour diverses raisons, souvent liées à l'anxiété qui déstabilise le caractère ou le comportement. Par exemple, un patient venu se faire opérer pour une thoracotomie arrive en état d'ébriété et sème la peur sur l'étage ; assez frustre dans son fonctionnement, il a terriblement peur de la chirurgie ; il ne demande pas mieux que d'être mis sous sédation et rassuré ; ou encore ce patient diabétique caractériel qui menaçait de se suicider lorsqu'on voulait lui donner congé. S'il faut garder le patient, le consultant se voit confier le rôle de gendarme, s'il

faut lui donner congé, il sera mandé comme caution. Le second cas est celui de patients très malades ou qui ne guérissent pas, pas nécessairement des patients en phase terminale ou à pronostic très réservé, mais avec des problématiques complexes et compliquées et dont l'évolution clinique est longue et tortueuse, et qui dévient d'un schéma régulier et ce pour des raisons psychiques, souvent des régressions ou l'exacerbation d'attitudes caractérielles qui entravent le travail des soignants, ou encore ceux qui suscitent des conflits entre les soignants. Le troisième cas est celui des patients en phase de transition dans leur évolution clinique. Ces points d'inflexion sont souvent des moments de vulnérabilité, comme le passage des soins intensifs à l'étage ou de l'étage au domicile. Ces différents aspects du contexte nous amènent à préciser certains enjeux de l'évaluation.

L'évaluation

Après avoir esquissé les particularités externes du cadre d'évaluation, il faut s'arrêter aux particularités internes inhérentes à l'examen du patient lui-même dans ce contexte. Sans minimiser l'importance du diagnostic, il y a lieu d'élargir la question pour saisir les ressorts du processus. Souvent le symptôme initial est souvent banal et répétitif et doit être mis en perspective. Pour ce faire il faut porter attention à une dimension orthogonale soit l'aspect longitudinal pour compléter le portrait clinique. Ce qui est souvent fait par le recours à l'information collatérale. En débordant l'approche strictement dyadique avec le patient on débouche sur ce qu'on peut appeler *l'approche trigonométrique du symptôme*, tel que mesuré selon différents angles. Dans ce sens l'information collatérale est une façon de comparer les points de vue plutôt qu'une façon de remplir les vides. Par exemple, l'information venant du patient peut être différente de celle avancée par le personnel infirmier ; ces écarts sont utiles pour soupeser les points de vue et surtout pour évaluer et comprendre quelque chose à propos du patient qui *ne peut pas être dit ou observé directement*, peu importe la raison. Cette approche peut être aussi utilisée par le consultant pour analyser sa propre position face au patient. Par exemple, une infirmière fait un commentaire anodin sur le caractère infantile d'une patiente ; le clinicien corrobore mais note mentalement pour lui-même qu'il aborde encore cette patiente comme une enfant, donc la protège, ce qui semblait adéquat dans une phase aigue et incertaine de sa situation mais inopportune dans ce temps ultérieur où une mobilisation accrue était requise.

Trois aspects de l'évaluation semblent importants, trois aspects pertinents peu importe l'enjeu diagnostique : l'évaluation de l'angoisse

et de l'affect dépressif, l'identification des principaux mécanismes d'adaptation, la formulation de l'idée que le patient se fait de sa maladie ou de sa situation, ici appelée la *position psychique centrale*. L'évaluation de l'angoisse est essentielle pour un double motif : elle est présente à divers degrés dans presque tous les syndromes cliniques incluant les syndromes organiques et déficits cognitifs, et aussi elle représente un point d'appui pour l'intervention. Trois éléments sont à noter : l'intensité, le mode d'expression et la source. Selon l'intensité, l'angoisse peut être bénigne ou sévère ; les aspects suivants peuvent différencier ces deux pôles. D'abord, la présence de collaboration. Le patient anxieux mais collaborateur va utiliser le personnel pour éponger son angoisse puisque ce personnel est vécu comme tenant (*holding*) le patient et ses problèmes ; le patient sera ou verbal, ou demandant ou légèrement « restless ». Ensuite, la présence ou l'absence d'agitation ; c'est une façon d'abréagir l'anxiété sur un mode psychomoteur plutôt que verbomoteur ; la préséance de l'un de ces deux modes est un indice de l'intensité de l'anxiété. Enfin, le contact avec la réalité. En présence d'une anxiété massive, la projection est usuelle avec une idéation paranoïde fréquente attribuant le danger à l'extérieur de la personne. *Les modes d'expression de l'anxiété sont donc dépendants de son intensité.* Quant à la source de l'anxiété, il faut différencier si elle sourd de la situation actuelle ou si elle est liée au caractère. L'évaluation rapide de la structure de caractère sous-jacente est malaisée dans un contexte de soins aigus et doit faire l'objet d'une approximation rapide par des moyens réduits et indirects, si le patient peut collaborer suffisamment, comme des questions sur les façons de calmer les états de tension à domicile. Par exemple, on peut distinguer si le patient est un manuel ou un cérébral (va-t-il marcher ou s'absorber en lui-même dans de telles situations) parce que ses mécanismes d'adaptation seront plus instables dans le premier cas s'il est immobilisé dans un lit. On peut questionner aussi sur l'apport d'adjuvants externes pour se calmer comme la prise d'hypnotiques ou d'alcool. Sinon la famille peut renseigner sur les habitudes de vie qui jettent quelque lumière sur le fonctionnement antérieur. Lorsque des signes d'impulsivité, d'infantilisme, d'abus d'alcool, de souci chronique sont relevés comme indices de pauvre tolérance à la frustration, il devient plus facile de choisir le poids relatif à accorder à la sédation pharmacologique ou à la ventilation verbale. De même, si l'anxiété est surtout liée au contexte, il est plus efficace de la travailler par une approche verbale alors que si elle est liée au caractère il est plus rentable, à très court terme dans un contexte de soins aigus de l'approcher par voie pharmacologique. Ces deux pôles sont complémentaires : l'anxiété d'un côté, les processus d'adaptation de l'autre. Si

ces derniers sont restreints, peu mobiles ou primitifs, l'approche doit être ajustée en conséquence. Par exemple en présence d'un déni face à la maladie (Sirois, 1992a), il faut évaluer l'objet du déni. L'approche sera différente si le déni concerne la reconnaissance d'un infarctus ou concerne la réaction à l'annonce d'un cancer. Il doit être respecté dans ce dernier cas et confronté dans le premier parce que chez l'un il est au service initial de la préservation de l'espoir alors que chez l'autre il entrave à court terme le processus de soin.

L'impact d'une condition médicale et d'un processus de soins comme une chirurgie ou l'installation d'un traitement à long terme peut susciter soit l'angoisse soit l'affect dépressif selon la signification de l'épisode pour le patient. Si la maladie représente une menace l'anxiété sera prédominante, si la maladie représente une perte, la réaction dépressive sera prédominante. Cette perte reste à préciser : perte de capacité, perte d'intégrité physique, perte de jouissance de la vie. Cet affect dépressif peut peser à divers niveaux dans l'évolution éventuelle de la maladie ou de l'épisode de soins, comme facteur limitatif de la récupération ou du maintien fonctionnel, comme facteur favorisant les complications et la réduction de la survie. On sait, par exemple, que la dépression associée à un problème cardiaque contribue à augmenter le taux de mortalité (Frasure-Smith, 1995) et les récidives (Lespérance, 2000). L'affect dépressif est la réaction la plus fréquente à l'expérience de la maladie et peut se situer autant en amont comme facteur de risque (Ford, 1998) qu'en aval comme facteur aggravant.

Cette interaction entre la pression (*stress*) de l'impact d'une condition médicale et la tension interne (*strain*) qu'elle peut engendrer avec les façons d'y réagir nous amène au troisième aspect, la représentation que le patient se fait de sa maladie ou de sa situation, représentation appelée la *position psychique centrale* parce que c'est cette représentation qui véhicule le sens donné à la maladie par le patient, organise la position assumée dans sa situation clinique, fonde souvent l'organisation de la constellation symptomatique, et, lorsque identifiée, permet de servir de point d'appui pour l'intervention. Cette position psychique centrale est constituée d'un affect central et d'une représentation sous-jacente par lesquels le patient donne un sens à son expérience subjective de la maladie ou de la chirurgie. C'est souvent une clef pour comprendre la réaction du patient à son contexte de soins. Mais elle ne peut être trouvée dans chaque cas, elle est souvent construite à partir d'indices, et surtout partiellement occultée par l'affect initial qui en est le premier rejeton et dont nous avons traité plus haut. Pour le clinicien elle représente son hypothèse de travail. Lorsque l'épisode de soins, le

processus de diagnostic, la chirurgie représentent une expérience importante au plan émotif, il arrive fréquemment que l'approche objective comme l'information avancée, l'éducation donnée autour des procédures soit l'objet d'une distorsion ou d'un investissement affectif personnel particulier. La chirurgie cardiaque par exemple (Sirois, 1992b) peut être investie d'une signification personnelle pour s'emboîter sur une expérience antérieure ou s'adapter à l'inconnu à partir du connu. Lorsque cette disposition subjective acquiert une intensité suffisante elle peut modifier pour le patient la réalité de l'épisode de soins et servir de matrice pour la construction de symptômes psychiques. Le patient ajuste alors l'épisode de soins à son monde affectif plutôt que de s'adapter affectivement à cet épisode. Le symptôme psychiatrique comble alors l'écart entre la réalité objective et l'expérience subjective. Un bref exemple pour illustrer ce point, exemple posé comme caricatural pour en faire ressortir l'aspect de l'image mentale.

Une femme de 75 ans subit avec succès un pontage coronarien. Deux jours plus tard on demande une consultation psychiatrique pour discours inapproprié. Le soir précédent, elle était tendue, « insécurisée » et hyper-vigilante ; elle rapporte qu'un homme a fouillé dans son vagin. Elle est relativement calme mais anxieuse, n'est pas psychotique et son sensorium est clair. Une de ses filles à ses côtés lors du bref entretien rapporte que sa mère n'a aucun antécédent psychiatrique ni médico-chirurgical ; veuve, elle a eu cinq enfants, ses seules occasions de contact avec l'hôpital. La patiente dit se sentir mieux et ne peut élaborer sur sa chirurgie. Halopéridol 1 mg est prescrit pour la nuit de façon préventive. La patiente est transférée sur l'étage le jour suivant et accueille le consultant en disant qu'elle a expulsé un caillot de sang sans préciser, ce que le personnel ne peut confirmer. Le jour suivant, elle apparait figée dans le fond de son lit comme si elle était au repos complet. Un contact plus étoffé permet de revenir avec la patiente sur la « séquence » des différents éléments rapportés et le consultant avance qu'elle pourrait se sentir comme lors de ses seuls autres séjours à l'hôpital. Elle élabore alors sur ses accouchements, comment les choses se sont passées rapidement et facilement, mais comment elle se sent chanceuse qu'il en soit ainsi. Comme événement de vie, elle ne pouvait que comparer sa chirurgie avec la naissance de ses bébés, et son soulagement que les choses se passent si bien dans les deux circonstances. Le premier symptôme référait à l'examen en travail, probablement en rapport avec un calcul de diurèse ou d'irrigation de la sonde par un infirmier de soir, le second avec le saignement post-accouchement peut-être lié à un crachat sanguinolent, le troisième avec le repos absolu alors prescrit dans ce contexte. Les symptômes étaient ainsi organisés comme une

expérience hystérico-dissociative pour absorber et éponger l'anxiété liée à la chirurgie par transposition avec une expérience antérieure significative. Il y aurait beaucoup d'autres exemples à développer pour illustrer comment le même type de chirurgie peut être vécu tantôt comme une agression, tantôt une séduction, tantôt une punition, et comment ces représentations centrales organisent l'expérience subjective du patient pour façonner un parcours clinique particulier.

Cette vignette illustre comment plusieurs manifestations psychiatriques brèves, plus ou moins classifiables au plan diagnostic sont tributaires de cet écart entre l'expérience subjective et la réalité objective d'un épisode de soins. Cet écart peut produire des symptômes psychiatriques dans la mesure où il n'est pas immédiatement accessible au patient lui-même et doit faire l'objet d'une reconstruction ou d'une hypothèse de la part du consultant, hypothèse sujette à confirmation ou réfutation par le patient dans l'échange clinique. Il apparait dès lors important dans le processus d'évaluation de rester à l'affut de tout écart entre la position du patient et celle de l'équipe soignante dans la perception de la situation clinique. Dans ce cas, l'adaptation du patient devient centrée sur l'expérience affective subjective plutôt que sur le problème clinique objectif. Ce qui nous amène à la question de l'intervention.

L'intervention : aspects généraux

La consultation psychiatrique peut se fixer deux objectifs : une évaluation individualisée et une intervention brève liée au contexte. D'abord, l'évaluation va au-delà d'une étiquette diagnostique. Il faut faire attention aux protocoles standardisés. Par exemple, un délirium, mais pourquoi maintenant chez ce patient ? Attention aux phrases creuses, type étiologie multifactorielle ; il faut choisir d'agir sur la cause la plus probable et vérifier l'hypothèse par l'évolution. Comme ce patient de 91 ans admis pour pneumonie traitée avec antibiotiques et prednisone ; volubile avec des symptômes paranoïdes, désorienté mais avec un sensorium clair et des déficits cognitifs antérieurs ; le consultant opine que la réaction à 50 mg de prednisone est le facteur principal et suggère risperidone 0,25mg bid et une diminution des stéroïdes (Sirois, 2003). Ce qui fut fait avec amélioration. Ensuite, l'évaluation procède à partir de l'axe de l'état affectif du patient pour examiner la distorsion subjective de l'état clinique. Par opposition, l'intervention procède à partir de l'axe de la réalité objective pour réduire cette distorsion. L'intervention vise à renverser l'*accommodation* (la réalité organisée — voire déformée — par l'état affectif) vers l'*adaptation* (l'état affectif arrimé à la réalité).

Pour ce faire, il faut souvent soupeser le rapport de la réalité psychique et de la réalité physique dans un sens comme dans l'autre. Parfois, la réalité psychique masque la réalité physique. Par exemple, un patient âgé arrive en œdème aigu du poumon post infarctus massif ; bonne collaboration au début, quelques jours plus tard, il s'alimente peu, devient retiré et parle de mourir. On demande au consultant de statuer sur « l'état dépressif ». Le psychiatre évalue que le patient vient de réaliser la gravité de l'épisode, qu'il y réagit de façon intense, ambivalente et un peu discordante, et qu'il réfère à son testament biologique. Au départ, le patient parlait de ses projets d'avenir après l'hospitalisation, des rapports avec sa fratrie comme si la vie allait continuer comme avant après l'épisode. Peu à peu, l'investigation médicale d'une part, la persistance de symptômes physiques, évidente pour le patient lui-même d'autre part, viennent éroder ce déni initial de la gravité de la condition, et le confronter avec ce qu'il avait voulu initialement minimiser. L'intervention vise d'abord à aider le patient à réaliser qu'il est en fin de course et à respecter son choix ; ensuite, écarter la notion de dépression pour le médecin traitant et ouvrir la référence en soins palliatifs. Validation le lendemain avec le patient et sa famille.

D'autres fois la réalité physique est utilisée pour masquer la réalité psychique. Ainsi cette dame septuagénaire qui indique vouloir refuser la poursuite de tout traitement. Récemment opérée pour un pontage sans aucune complication, elle reste hospitalisée en cardiologie pour compenser une insuffisance cardiaque modérée. Le chirurgien dit vouloir respecter sa volonté ; le cardiologue est plus sceptique puisque même si elle se laissait dépérir, elle en aurait pour des semaines sinon des mois. Lorsqu'elle est vue, on constate un déficit visuel chez une personne tonique qui engage l'échange verbal de façon facile ; elle s'alimente bien et se mobilise bien, son sommeil est adéquat ; elle vit seule dans son logement et refuse d'envisager une relocalisation avec augmentation de services. Elle explique que sa fille est décédée d'un cancer il y a quelques mois, qu'elle l'a vue dépérir durant de longues semaines. Elle semble vouloir s'identifier à sa fille. Lorsque la correspondance lui est soulignée, elle raconte qu'elle a eu plus jeune un avortement, et le lien entre faire mourir un enfant et se laisser mourir peut être établi. Par la suite, elle reprend ses médicaments et suit son programme de physiothérapie, en transmuant la culpabilité en cause dans son comportement en soumission au destin.

Sur ce cadre général, quatre principes structurent l'intervention. 1 : la mesure de l'écart entre la position du patient et celle du médecin ; c'est pour cette raison qu'il faut se tenir bien informé de l'état quotidien

des procédures d'investigation et de traitement ; 2 : l'évaluation des points de friction entre le patient et les soignants, souvent plus facilement accessibles par l'opinion du nursing ; c'est pour cette raison qu'il faut parfois connaitre l'opinion du médecin et des soins infirmiers sur la situation ; 3 : la détermination des principaux mécanismes d'adaptation : fuite, évitement, déni, régression, dramatisation, manipulation ; 4 : la formulation concrète d'une recommandation non interprétative. Le médecin référant n'a que faire des processus intermédiaires du consultant, il veut ses conclusions et les implications pratiques. Ces implications ne concernent pas uniquement le champ du médicament. Parfois, il s'agit de préciser des attitudes pour les paramédicaux, d'observer seulement le patient en précisant la raison, voire de recommander son congé.

L'intervention en consultation a donc les quatre caractères suivants : elle est ponctuelle et de ce fait procède en marches d'escalier ; elle est limitée, donc procède en lien étroit avec le contexte de soins ; elle est spécifique en visant à optimiser l'évolution clinique du patient, soit réduire l'obstruction aux soins, maximiser le confort ou réduire l'angoisse liée au contexte ; elle est contingente à la direction de l'évolution, soit pour pousser le patient au plus près de ses capacités, le supporter lors de reculs ou complications, le préparer ou lui faire réaliser le pronostic défavorable. Parce que souvent le patient est psychiquement en position ectopique par rapport à son état physique, soit en avance soit en retard.

Enjeux et dimensions de l'intervention

Cette définition de l'intervention du psychiatre consultant signifie, d'une part, une position particulière dans le milieu de soins, d'autre part, un agencement de la pratique selon des dimensions spécifiques. Quant à la position dans le milieu, le consultant devient souvent un intermédiaire entre l'état d'esprit du patient et les contraintes des soignants. De ce fait, il est souhaitable qu'il soit à la fois participant dans toute la linéarité du processus et non seulement pour étouffer des crises, et à la fois en position excentrique pour ne pas être identifié trop étroitement à l'une ou l'autre des parties ni posé comme gestionnaire de cas. Ce qui implique qu'il n'y a pas de consultation psychiatrique sans mise en contexte et sans temporalité, parce que c'est seulement en comparant l'avant et l'après que le psychiatre peut tout autant se valider que comprendre la portée de l'expérience du patient, souvent dans la phase de résolution où le patient moins instable peut organiser son expérience dans l'après-coup ; d'où le fait que le consultant navigue souvent dans

un suivi conjoint de par la nature de son travail. Dans cette position, le psychiatre consultant est souvent perçu par le patient comme son ombudsman, celui qui se préoccupe de la « personne qui vient avec l'organe » ; non pas que le médecin traitant ou le personnel ne le font pas, mais comme position d'allié dans un déroulement souvent peu familier pour le patient.

Quant à la pratique quotidienne, ces caractéristiques et principes généraux s'organisent autour de diverses dimensions qui encadrent l'intervention :

a) Atténuer et circonscrire les déficits du patient

Il faut d'abord encapsuler les psychoses brèves lorsqu'elles surviennent. Le patient en soins aigus est souvent fortement médicamenté. Il traverse des phases de vulnérabilité selon les procédures d'examen, de traitements, au sortir de l'anesthésie ou selon l'arrimage à des supports technologiques variés. Lorsque l'anxiété s'accroit elle est souvent projetée vers l'extérieur pour être épongée, d'où l'apparition de symptômes paranoïdes qui doivent être atténués rapidement par l'administration de neuroleptiques. Le premier stade est l'apparition de méfiance et de soupçon. Le patient cherche à vérifier ce qui se passe autour de lui ; il questionne les moindres gestes sans être rassuré par les explications. Le second stade est l'apparition d'idées de danger, fragmentées et occasionnelles, insérées dans le cours de la pensée. Le troisième stade est l'apparition d'un délire organisé transformant l'épisode de soins en expérience étrange et dangereuse ; soit un délire à propos de l'espace environnant où des activités illégales ou perverses se produisent, soit un délire à propos du personnel vécu comme menaçant. Le patient peut refuser qu'on lui touche. La nature de l'anxiété derrière cette idéation est souvent une peur de mourir. Turner (1990) a montré que cette peur est fréquente dans un contexte de soins aigus quoique rarement exprimée directement. D'autres angoisses associées concernent la peur de rester handicapé ou de ne pas récupérer *ad integrum*.

Il faut ensuite respecter les déficits cognitifs. Ces déficits sont fréquents, particulièrement suite à une chirurgie mais aussi dans la population médicale hospitalisée. Le patient nécessite une période allongée de soins subaigus et ne peut être précipité trop rapidement vers l'autonomie personnelle. Il faut alors travailler sur des paramètres intermédiaires comme le rétablissement du cycle éveil-sommeil, la coopération aux soins, le maintien de l'alimentation. L'aspect instrumental de ces paramètres est l'objet du travail des autres professionnels mais le

consultant cherche à repérer comment le patient les perçoit et s'il les fait siens ou non, donc sur sa réponse subjective à ces diverses interventions. Par exemple, des patients gavés vont souvent réagir en arrachant leur TNG sous divers prétextes, en se plaignant de la diarrhée secondaire fréquente et de la perte d'appétit associée ; il en de même pour la mobilisation en physiothérapie et l'hygiène personnelle. Le consultant est souvent ici un fouineur en quête d'indices sur la réaction des patients à ces différentes sollicitations.

b) Surveiller la trame longitudinale de la trajectoire de soins

Surveiller l'anxiété en phase aiguë. C'est un aspect essentiel pour comprendre la position psychique du patient et la façon dont il s'adapte. Certains sont très anxieux malgré une bonne évolution, d'autres très précaires demeurent indifférents. L'écart subjectif acquiert alors une valeur significative. Le patient en position d'évitement sera facile à soigner en phase aiguë, mais pourra refuser d'envisager le pire si la situation se dégrade ou rester dépendant si la situation s'améliore. À l'autre pôle, le patient en position hyper-vigilante est souvent demandant en phase aiguë sans qu'on puisse toujours lui fournir les réponses qu'il demande, et il se positionne souvent psychiquement en avance sur son état clinique, contrairement au phobique qui se maintient en retard sur sa situation clinique.

Surveiller l'espoir en situation chronique. Les affects négatifs affectent défavorablement l'évolution (Buerki, 2005). Le patient au parcours long et compliqué pose certaines difficultés parce qu'il ne voit pas « le bout du tunnel ». Souvent il lui faut s'appuyer sur un *espoir d'emprunt* (*borrowed hope*) basé sur une identification à la position du médecin parce que son expérience subjective ne lui permet pas de mesurer l'évolution de sa situation, comme le patient qui développe une fistule ou une fuite pulmonaire, ou encore doit subir de longs traitements comme lors d'endocardite ou de médiastinite. Le désaveu, la passivité, la rupture de collaboration sont des symptômes occasionnels par lesquels le patient cherche à fuir la situation, vécue comme un emprisonnement. Le patient se sent prisonnier de sa maladie, sa cage est son corps. Certains cherchent à s'organiser mentalement pour se sortir du présent, soit en fuyant vers le futur pour échafauder divers projets souvent peu réalistes, soit en retournant dans le passé comme porte de sortie. Ces distorsions de l'espoir sont des soupapes utiles mais demandent à être suivies attentivement pour surveiller la qualité de l'investissement dans le traitement en cours et aider le patient à soutenir une expérience personnelle qui ne le fasse pas se sentir uniquement

comme un objet biologique. Deux leviers peuvent être mobilisés ; d'abord, formuler spécifiquement la part qui revient au patient dans le processus de soin (s'occuper de sa personne, s'alimenter, se mobiliser) ; ensuite, identifier une activité personnelle qui lui permette, si possible, de « sortir » temporairement et mentalement de sa maladie, comme regarder la télévision, écouter de la musique, lire le journal ou téléphoner à ses proches. Double attitude : rester présent et s'absenter alternativement de sa situation.

Surveiller les phases de transition. La vulnérabilité du patient à l'angoisse et à la régression est accrue dans les périodes d'inflexion du traitement qui demandent un ajustement de la position psychique du patient. Le passage des soins intensifs à l'étage est parfois l'occasion d'une recrudescence d'anxiété ou du « *total care blues* ». Le patient se sent plus seul, moins surveillé et demande s'il est vraiment prêt pour ce changement ; il craint qu'on échappe une complication ou une aggravation de son état, ayant de la difficulté à croire à son amélioration. Le passage de l'étage au domicile est une autre transition évoquant certaines anxiétés, surtout si le patient doit quitter avec certains supports technologiques ou sans avoir complété un cycle de traitement (plaies non totalement guéries, régime d'antibiotiques à poursuivre). Les soins infirmiers préparent attentivement de nos jours les départs avec le travail des infirmières de liaison. Néanmoins, certains patients ventilent des inquiétudes sinon des réticences à quitter. C'est souvent le cas des cardiaques qui ont des défibrillateurs « actifs » ou qui ont fait des arrêts cardiaques ; ils veulent se sentir surveillés de près et rester en contact étroit avec l'équipe de soins. Ces patients ont souvent besoin d'un suivi transitoire externe pour maitriser cette phase de transition.

C) Évaluer la position et l'expérience du patient face à son état clinique

S'appuyer sur la condition physique. Le patient fonde son rapport à la réalité sur une base différente de celle du médecin, sur des aspects manifestes et subjectifs. Le niveau d'appareillage et l'état des tubulures doit être surveillé (sonde, cathéter, TNG, Holter, drains, lunettes nasales) dans son déroulement parce que plus significatif pour le patient que des paramètres silencieux comme ceux de l'insuffisance rénale, hépatique ou hématologique. Par exemple, l'insuffisant rénal sera plus stable psychiquement que le dyspnéique. Le consultant doit donc souligner toute réduction de cet appareillage, toute progression dans la mobilisation pour aider le patient à croire en sa récupération. En état de soins prolongés, le patient doit s'appuyer sur la parole du médecin et de

l'équipe soignante pour se *convaincre par procuration* ; il faut donc vérifier si le patient s'identifie aux soignants ou s'il se pose en contrepartie. La conviction par procuration maintient souvent présente l'anxiété et rend l'espoir instable si l'ambivalence existe entre le patient et les soignants.

Équilibrer l'approche verbale et pharmacologique. Bien qu'elle occupe une place importante en soins aigus, la médication ne dispense pas d'un contact verbal personnel avec le patient quelle que soit sa condition comme le souligne Kontos (2003). Il est important de savoir comment le patient vit la sédation. Il ne faut pas minimiser le potentiel calmant d'une ventilation de l'anxiété, d'un encadrement verbal de l'agité, de l'effet de détente de la volubilité accrocheuse de l'anxieux chronique. Les traits de caractère sont importants à jauger pour savoir si la parole est utilisée comme une action pour garder contact plutôt que pour exprimer un état intérieur. Presque tous les patients bénéficient d'une écoute attentive qui leur permette de se sentir entendus dans leurs angoisses, quelles qu'elles soient. Par exemple, souligner l'inconvénient psychique d'une situation de dépendance, la crainte d'une perte d'intégrité physique ou la menace narcissique que représente la maladie.

Être à l'affut des réactions paradoxales. Parfois le patient réagit à une évolution favorable par une attitude d'abattement. Il se présente affaibli, déprimé, insatisfait, et le temps de séjour s'allonge indûment au-delà des paramètres usuels sans évidence de complication particulière. Blacher (1978) a décrit cette situation comme une dépression paradoxale analogue au syndrome du survivant. Le patient a échappé au pire, comme le soldat revenu du front ou le rescapé d'un camp d'extermination. Il se sent mal et coupable à cet effet en rapport avec d'autres qui n'ont pas eu cette chance. Ces « autres » doivent être repérés et identifiés par le consultant ; parfois un père décédé subitement du cœur sans avoir été aidé par la médecine alors que le fils a bénéficié du succès d'un pontage coronarien, parfois un frère ou une sœur décédée en bas âge. Le patient vit alors le succès du traitement ou de la chirurgie comme une chance non méritée, comme si sa vie avait été préservée aux dépens de quelqu'un d'autre. D'autres patients qui ont vécu depuis toujours avec des pathologies congénitales semblent ne pas croire à une diminution des symptômes qui les ont accompagnés toute leur vie.

Travailler à contrer la régression. La régression, telle que définie par le *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (2005, 857) est un mécanisme de défense par lequel une personne retourne à d'anciennes façons de s'adapter. On parle aujourd'hui de déconditionnement pour des patients qui ont passé de longues semaines intubés, alités, immobilisés,

gavés, avec la perte subséquente de réactivité et d'autonomie. De façon plus atténuée, certains patients ont de la difficulté à quitter l'état régressif nécessaire au déroulement de l'intervention chirurgicale. Ils ne passent pas facilement d'un état de soins aigus à un état de convalescence. Ils esquivent une participation plus active au processus de traitement et aspirent à prolonger la période de soins maximaux. Des conflits sont alors activés autour de besoins de dépendance et de passivité ; le sevrage dans l'intensité des soins qui accompagnent la récupération est vécu comme une perte d'attention et d'affection plus qu'un pas vers le retour à la santé. Parfois le conflit va surgir de façon latérale par une préoccupation du conjoint qui affirme ne pas être en mesure de veiller aux besoins du patient ou de s'en occuper, ou met en cause l'orientation du retour à domicile. La plupart des cas vont répondre à une poussée ferme et constante vers une autonomie accrue si les gains peuvent être renforcés aux dépens de la perte. Certains, plus rares, résistent par culpabilité à récupérer comme s'ils ne le méritaient pas ou parce que l'épisode de soins est vécu comme une insurmontable insulte narcissique à leur intégrité (s'ils ne sont plus à 100 %, ils préfèrent être à 0) ; ils sont dirigés vers des ressources à plus long terme.

Valider l'information apportée par le patient. C'est le cas usuel des patients avec des troubles de caractère qui recourent à des allégués reposant sur des tiers dans leur discours. L'aspect manipulatoire est construit autour du marchandage, du ouï-dire, d'allégués difficiles à vérifier. Le clivage dans l'équipe soignante est alors fréquent puisque divers intervenants recueillent divers fragments de la psyché du patient, marqués par une ambivalence massive, un fonctionnement omnipotent ou encore un sadisme violent. L'établissement de limites et la direction claire du traitement n'épargnent pas toujours la nécessité de négociations souvent reconduites. Reconnaitre l'insatisfaction irréductible et l'impossibilité sinon l'impuissance à tout offrir reste un élément central pour établir les limites de l'offre de soins. Ce travail reste souvent laborieux, voire pénible, et doit conduire rapidement à la délimitation précise de l'offre de soins et à l'imposition de limites.

Conclusion

La tâche du psychiatre consultant est de favoriser le bon déroulement de l'épisode de soin tant du côté de l'offre que du côté de la demande. Il est donc entre l'arbre et l'écorce, à la fois attentif à l'état d'esprit du patient et aux contraintes du soignant. Le travail se situe ainsi souvent dans cet écart ouvert entre la position de l'un et de l'autre. Bien que l'intervention s'organise sur un socle pharmacologique, elle se

développe comme psychothérapie brève au chevet du patient (Griffith, 2005 ; Blacher, 1984) ; un type d'intervention dont il importera ultérieurement de préciser les paramètres et discuter les ressorts.

Références

BLACHER R. S., 1984, The briefest encounter : Psychotherapy for medical and surgical patients, *General Hospital Psychiatry*, 6, 226-232.

BLACHER R. S., 1978, Paradoxical depression after heart surgery : a form of survivor syndrome, *Psychoanalytical Quarterly*, 47, 267-283.

BUERKI, S., ROLF, A., 2005, Negative affects states and cardiovascular disorders : a Review and the proposal of a unifying biopsychosocial concept, *General Hospital Psychiatry*, 27, 180-188.

FLANAGAN, E., DAVIDSON, L., STRAUSS, J., 2007, Issues for DSM-V : Incorporating patients'subjective experiences, *American Journal of Psychiatry*, 164, 391-392.

FORD, D., MEAD, L. A., CHANG, P. P., 1998, Depression as a risk factor for coronary artery disease in men : the precursors study, *Archives of Internal Medicine*, 158, 1422-1426.

FRASURE-SMITH, N., LESPÉRANCE, F., TALAJIC, M., 1995, Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction, *Circulation*, 91, 999-1005.

GRIFFITH, J., LYNNE, G., 2005, Brief psychotherapy at the bedside : Countering demoralization from medical illness, *Psychosomatics*, 46, 109-116.

KENDLER, K., 2005, Toward a philosophical structure for psychiatry, *American Journal of Psychiatry*, 162, 433-440.

KONTOS, N., FREUDENREICH, O., QUERQUES, J., NORRIS, E., 2003, The consultant psychiatrist as effective physician, *General Hospital Psychiatry*, 25, 20-23.

LESPÉRANCE, F., FRASURE-SMITH, N., JUNEAU, M., 2000, Depression and 1-year prognosis in unstable angina, *Archives of Internal Medicine*, 160, 1354-1360.

SADOCK, B. J., SADOCK, V. A., 2005, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th Edition, Lippincott Williams Wilkins, Philadelphia.

SIROIS, F., 1989, Consultations psychiatriques dans un hôpital général (III) : positions du consultant, *Revue canadienne de psychiatrie*, 34, 244-248.

SIROIS, F., 1992a, Entrave à la relation malade/médecin : le mécanisme déni-dénégation, *Le Médecin du Québec*, 91-99.

SIROIS, F., 1992b, L'angoisse chez les patients en attente de chirurgie cardiaque, *Soins Chirurgie*, 132, 38-41.

SIROIS, F., 2003, Steroid psychosis : a review, *General Hospital Psychiatry*, 25, 27-33.

SIROIS, F, LAPERRIÈRE, L., ROUSSEAU, L., 1986, Consultations psychiatriques dans un hôpital général, *Revue canadienne de psychiatrie*, 31, 630-635.

TURNER, S. S., BRIGGS, S. J., SPRINGHORN, H. E., POTGRETA, P. D., 1990, Patients' recollections of intensive care experience, *Critical Care Medicine*, 18, 966-968.

ABSTRACT

Brief intervention in psychiatric consultation

This essay presents a perspective on intervention in psychiatric consultation based on the patient's subjective experience as supported by Kendler in 2005 in the *American Journal of Psychiatry* in his position against biological reductionism in psychiatry, distinguishing the psychic approach from the biological. The paper presents aspects of the setting and major features of the assessment in the consultation process, then proceeds to discussing principles of intervention as to specify dimensions of the psychiatric intervention in this particular context.

RESUMEN

La intervención breve en psiquiatría de enlace

Este ensayo presenta un punto de vista sobre la intervención breve en psiquiatría de enlace, basada en la experiencia subjetiva de los pacientes, tal como afirmó Kendler en 2005, en *American Journal of Psychiatry*, en su toma de posición contra el reduccionismo biológico en psiquiatría, para no confundir el enfoque de la mente con el del cerebro. El autor presenta ciertas particularidades del enfoque del problema y de la evaluación, seguidas de una discusión sobre los principios de intervención, con el fin de precisar las cuestiones y dimensiones del trabajo psiquiátrico en este contexto en particular.

RESUMO

Intervenção breve em psiquiatria de consulta-relação

Este ensaio apresenta um ponto de vista sobre a intervenção breve em psiquiatria de consulta-relação baseada na experiência subjetiva dos pacientes, como defendido por Kendler em 2005 no *American Journal*

of Psychiatry em sua manifestação contra o reducionismo biológico em psiquiatria, para não confundir a abordagem do espírito com a do cérebro. O autor apresenta algumas particularidades da abordagem do problema e da avaliação, seguidas por uma discussão sobre os princípios da intervenção, a fim de precisar os desafios e as dimensões do trabalho psiquiátrico neste contexto singular.