

SEMILOGIE EN PSYCHIATRIE ET METHODES DE TRAVAIL

Introduction

Définition de la sémiologie

- La **sémiologie** ou **séméiologie** est la **science des signes**.
- Le terme sémiologie a été créé par Ferdinand de Saussure, pour qui la sémiologie est "la science qui étudie la vie des signes au sein de la vie sociale" (*Cours de linguistique générale*).
- Le terme **sémiotique**, inventé par Charles Sanders Peirce quelques années auparavant, recouvre la même idée et est utilisé le plus fréquemment en dehors de France.
- Toute science étudiant des signes est une sémiologie. Le terme est donc utilisé dans plusieurs disciplines.
- La sémiologie médicale est la partie de la médecine qui étudie les signes (qui traduisent la lésion ou le trouble d'une fonction) que peut relever le médecin (signes physiques, fonctionnels, généraux) ou engendrant une plainte du patient (on parle alors de symptômes), et de la façon de les relever (interrogatoire, examen clinique, examens complémentaires) et de les présenter (observation, tableau, syndromes...) afin de poser un diagnostic.

Plan d'une observation médicale

1. Recherche de : signe clinique, symptôme, élément clinique.
 2. Regroupement des symptômes.
 3. Permet d'établir un syndrome.
 4. Sémiologie (partie de la médecine qui étudie les signes de la maladie).
 5. Nosologie (étude des caractères distinctifs permettant de définir et de classer les maladies).
 6. Diagnostic.
 7. Traitement.
 8. Pronostic.
- Cette logique de la sémiologie médicale est retrouvée en psychiatrie mais avec certaines particularités.

Observation psychiatrique

- Matériel essentiellement verbal et troubles du comportement.
- Motif d'hospitalisation ou de consultation. En psychiatrie on a trois types d'hospitalisation :
 - Hospitalisation libre : demande du patient.
 - Hospitalisation sous contrainte à la demande d'un tiers : on considère que le patient souffrant qu'une pathologie mentale n'est pas en état de juger son état. On demande alors à un tiers de demander l'hospitalisation. Il y a alors deux médecins qui font des certificats médicaux pour éviter les hospitalisations abusives.
 - Hospitalisation sous contrainte d'office : la pathologie dont souffre le patient met en danger l'ordre public. C'est le seul mode d'hospitalisation où on va chercher le patient chez lui.
- Histoire de la maladie (HDM).

- Antécédents personnels et familiaux.
- Biographie : événements de la vie du patient.
 - o On peut remonter jusqu'à son enfance (période précœdipienne ou œdipienne) où la personnalité se construit.
 - o Tous les éléments de vies (car ce sont des éléments de stress). Permet de voir comment le patient adapte son comportement aux situations de stress.
- Traitements actuel et antérieur. Par exemple ça ne sert à rien de remettre sous antidépresseur qui n'était pas efficace.
- Entretien clinique : présentation, comportement, discours.
- Analyse sémiologique : syndromes.
- Diagnostics.
- Pronostic.
- Traitement.

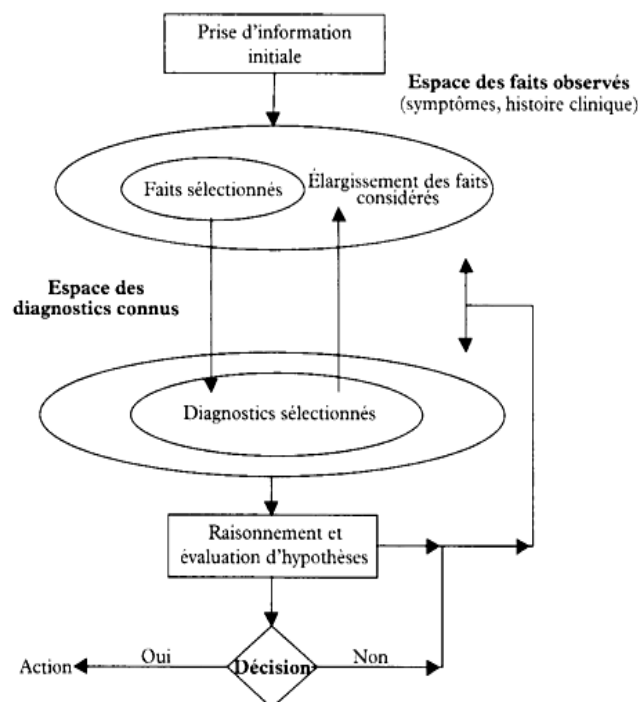


Figure 2 : une description de la tâche de diagnostic

Spécificité de la psychiatrie

- Différences évidentes entre psychiatrie et autres spécialités médicales et chirurgicales :
 - o Pas d'examen du corps, tout au moins en première intention.
 - o Souvent pas de demande.
 - o Pas de souffrance physique mais une douleur morale qui ne peut être abordée que dans la confiance.
 - o Nécessité d'établir et de maintenir la relation en contenant les excès émotionnels.
 - o Effort du soignant pour établir empathie et compassion.
 - o Vigilance aux troubles du comportement qu'il faut contenir.

Entretien : objectifs

- Etablir une relation.
rassembler des informations.
- Comprendre.
- Etablir un diagnostic.
- Améliorer l'assentiment du patient pour les conseils du médecin.
- Convaincre de l'intérêt du traitement dans ses différentes dimensions : psychothérapeutiques comme chimiothérapeutiques.

Créer la relation : démarche active

- Climat d'écoute empathique : partage des émotions, être en adéquation avec le patient.
- Mettre à l'aise le patient. Etre près du patient, dans une salle éclairée, pièce calme, etc.
- Identifier la douleur et exprimer la compassion.
- Evaluer la conscience du trouble.
- Etablir l'autorité du médecin et thérapeute.
- Recherche d'équilibre entre écoute empathique, expertise et l'autorité.

L'invité

- Les lieux :
 - o Espace.
 - o Seul ou en présence (ou sous l'œil) de l'équipe.
 - o Face à face, parfois cote à cote.
- L'invite à ... :
 - o Entrer.
 - o S'asseoir (se poser, confortablement, se mettre bien, etc.).

Se présenter

- Se présenter :
 - o Se faire connaître (pour demander la réciproque).
 - o Comme médecin.
 - o Comme psychiatre apportant une attention particulière à la souffrance physique.
- Et présenter les objectifs de l'échange :
 - o Conditions telles qu'elles sont connues du patient.

Faire connaissance... Entretien habité

- Parlez-moi de vous...
 - o A partir des conditions connues du patient.
 - o A partir de la souffrance perçue.
 - o A partir de l'entretien infirmier préalable.
- Parce que j'ai de l'intérêt pour vous :
 - o Communiquer la disponibilité, la compassion, l'empathie ...
 - o ... en débit des circonstances de la rencontre.

Processus d'engagement alliance et empathie. Shawn Christopher Shea

- Engagement : développement progressif d'un sentiment de sécurité et de respect grâce auxquels les patients se sentent plus libres de confier leurs problèmes à un clinicien en même temps qu'ils prennent confiance dans son aptitude à les comprendre.
- Alliance : indices comportementaux et émotionnels qui suggèrent le processus d'engagement.

Transmission du sentiment d'empathie

- Rogers : empathie comme aptitude du clinicien à percevoir le système interne de référence d'autrui avec ses composantes émotionnelles mais sans perdre de vue le « comme ci ».
- Empathie et identification ne se superposent pas mais peuvent se chevaucher.
- La persistance de sentiments intenses d'identification doit interroger.
- L'empathie suppose l'implication du patient et du médecin.

Processus de l'empathie

1. Expression d'un sentiment par le patient.
2. Reconnaissance par le clinicien
3. Transmission de cette reconnaissance du patient par le clinicien
4. Réception par le patient
5. Retour du patient au médecin.

Etablissement du sentiment de sécurité. Shawn Christopher Shea

- Le système du self (Sullivan) : système de processus, d'alertes, de symboles et d'avertissement qui protègent l'individu lors de rencontres sociales nouvelles.
- Apaiser l'angoisse du patient ?
- Réduire le recours à un self trop actif.
- Evaluation de ce self.

Sentiment de sécurité et empathie

- Rogers : « regard positif inconditionnel : le thérapeute communique à son patient une sollicitude profonde et véritable reconnaissance de potentialités ».
- Nécessité de mettre entre parenthèses ses jugements moraux à l'égard du patient.
- Sérénité vigilante du praticien.

Authenticité du clinicien

- Shea : « par son comportement le clinicien suggère au patient qu'il ne se sent bien à la fois avec lui-même et avec son interlocuteur. Cet état est marqué par : réactivité, spontanéité, équilibre ».

- Etre attentif et détendu, écouter avec sollicitude courtoise, sans pour autant perdre le fil et contenir.
- Spontané mais toujours capable d'évaluer l'incidence des propos tenus par le clinicien.

Compétence du clinicien

- Etre expert ne signifie pas avoir réponse à tout, ni pouvoir tout soulager.
- Etre expert c'est voir « tenté d'amasser par une discipline rigoureuse des connaissances pouvant au mieux répondre aux besoins du patient ».

Compétence à comprendre le patient

- Comprendre le monde tel que le patient le vit.
- Le monde du patient devient familier au clinicien.
- Monde partagé.
- Voyage partagé par dissipation des brumes.

Trois fonctions de l'entretien

- Déterminer la nature du problème.
Objectif : diagnostic, explorations, pronostic, traitement.
- Etablir et maintenir la relation thérapeutique.
Objectif : obtenir la bonne volonté du patient, soulager sa détresse.
- Communiquer l'information et établir le projet thérapeutique :
 - o Compréhension du patient pour maladie et traitement.
 - o Recherche de consensus et de consentement éclairé.

Sept phases de l'entretien (Othmer)

- Mise en route :
 - o Mettre à l'aise et définir objet et limites.
 - o Observer apparence, motricité, parole, orientation.
- Déterminer le problème :
 - o Relation d'empathie : intérêt pour le patient.
 - o Explorer humeur, discernement, mémoire, jugement.
 - o Questions de dépistage.
- Premières impressions :
 - o Passer des questions ouvertes aux questions fermées.
- Evolution des troubles et histoire du patient :
 - o Histoire de l'épisode.
 - o Antécédents personnels et familiaux.
 - o Histoire personnelle.

- Compléter les informations :
 - o Eliminer les troubles peu probables, incohérences ?
 - o Tests.
- Renvoi de l'information.
- Contrat de soins.

Transfert : du malade au médecin

- Mouvement affectif du malade envers le médecin.
- Une élaboration qui emprunte à la psychanalyse.
- Transfert positif :
 - o Le malade éprouve des sentiments de sympathie, de confiance.
 - o Sentiments plus forts avec un coup de foudre, médecin parfait.
 - o Puissance et pouvoir attribués au médecin.
- Transfert négatif :
 - o Image négative, relation anti-thérapeutique.

Contre-transfert : du médecin au malade

- Mouvements affectifs du médecin face à son patient.
- Contre transfert positif : surinvestissement du malade : « bon malade », risque de dépendance.
- Contre transfert négatif :
 - o Rejet inconscient du malade : « mauvais malade ».
 - o Agressivité inconsciente.

Techniques d'entretien

- Semi-directif ou directif.
- Questions ouvertes puis fermés.
- Silence ? Utilisation des silences :
 - o Charge émotionnelle importante. Utilisation du silence jusqu'à ce que la charge émotionnelle diminue.
 - o Pour relancer un entretien. Si le patient parle beaucoup, la création d'un silence permet au patient de se recentrer sur quelque chose d'essentiel.
 - o Utilisation du silence en face de quelqu'un d'agressif.
- Reprendre et reformuler, clarifier et résumer.
- Facilitation : acquiescement approbation...
- Rassurer, conseiller.
- Révélation personnelle et distance.

Plan d'une observation médicale (valable pas qu'en psychiatrie)

- Identification du patient

- Motif de consultation (+ circonstances de la consultation pour la psychiatrie).
- Histoire :
 - o De l'épisode.
 - o De la maladie.
 - o Du patient.
 - o De la famille.
- Etat mental actuel.
- Appréciation de la personnalité.
- Tests et examens complémentaires.

Histoire de l'épisode

- CF DIAPO SUR INES