

Division autonome de médecine psychosociale, CHUV, Lausanne (Prof. Patrice Guex)

PSYCHOLOGIE DU GRAND BRÛLÉ

PAR ERIC BONVIN, PIERRE COCHAND

RÉSUMÉ

Cet article s'adresse à tous les soignants qui interviennent dans la prise en charge des grands brûlés. Il aborde la dimension psychologique du patient brûlé, soit les aspects liés au traumatisme lui-même, aux soins qu'il reçoit et finalement à son devenir. Le vécu de chaque étape de soins est passé en revue en tenant compte à la fois du contexte des soins et du contexte relationnel (soignants et famille). L'article conclut à la nécessité incontournable d'une bonne compréhension de la psychologie du grand brûlé tant pour l'ensemble des soignants que pour les proches et surtout pour le brûlé lui-même.

INTRODUCTION

Les aspects physiologiques liés à la brûlure sont indissociables des aspects psychologiques liés au brûlé (1-4). La peau gravement atteinte lors de brûlures engendre une souffrance liée non seulement à la douleur qui est atroce, mais aussi à l'atteinte de l'identité esthétique et souvent sexuelle du «moi-peau», du schéma corporel et par voie de conséquence de l'estime de soi (5-7). Cette souffrance est d'autant plus marquée que les lésions siègent dans les régions ayant un lien étroit avec la communication: visage, mains, zones à caractère sexuel. La spécificité et l'intensité de la souffrance liée à la douleur et à l'altération de l'image de soi sont une constante incontournable du vécu de ces graves traumatisés (8). Les capacités d'adaptation psychologique du patient brûlé sont intensément sollicitées durant sa prise en charge et sont souvent identifiables (9): lutte

pour la survie; gestion des douleurs extrêmes provoquées par le traumatisme et les soins; acceptation de la défiguration; quête d'explications et de sens qui soient émotionnellement acceptables; investissement dans le processus des soins et dépendance face aux soignants; relation avec ses proches et enfin, remise en question de ses capacités socio-familiales.

Mais en plus des spécificités propres à ce traumatisme et aux ressources adaptatives nécessaires au patient pour y faire face, apparaissent d'autres aspects spécifiques à chacune des grandes étapes de sa réhabilitation allant de son admission à sa réinsertion bio-psycho-sociale complète (2).

LE VÉCU DU PATIENT DURANT LA PHASE PRÉCOCE

Durant la phase précoce de prise en charge, le brûlé vit une situation d'urgence vitale. Il doit généralement

être réanimé et ne peut rester en vie qu'avec des soins intensifs. Bien que souvent peu conscient, il vit un stress psychologique extrême. Pour ses soins, il reçoit des quantités importantes de psychotropes (anesthésiants, antalgiques puissants, neuroleptiques et anxiolytiques) afin, notamment, de faire face à la douleur qui est toujours intense et en permanence ravivée par les soins: chirurgie, pansements, douches, mobilisations, etc. Il se trouve seul dans une chambre d'isolement aseptique où il règne une haute température en raison des troubles de la thermorégulation dont il souffre. Il est étendu, flottant, sur un lit fluidisé afin de diminuer les pressions sur ses plaies et d'en faciliter ainsi la cicatrisation tout en diminuant les douleurs qu'elles génèrent. Ce lit fluidisé fonctionne grâce à un compresseur dont le moteur émet un bruit constant et régulier. Le patient perd ainsi rapidement ses repères physiques. Les visites autorisées à pénétrer dans la chambre sont réduites et limitées et doivent revêtir indistinctement une combinaison d'asepsie identique à celle du personnel soignant (blouses à longues manches, gants, masques et chapeaux de protection) favorisant la dépersonnalisation.

Le patient est sous la dépendance totale d'une présence soignante permanente. Il vit une relation intense avec l'équipe et cela en l'absence de toute intimité. Seule la régression

permet, sur le plan psychique, d'accepter une telle situation. De plus, la somme de ces expériences anxiogènes met souvent en route des mécanismes de défense et d'adaptation qui permettent de fuir la réalité et la douleur par le déni, le retrait, la régression majeure ou le délire (10). Ces mécanismes permettent d'éviter au patient de faire face à l'effroi que peut inspirer sa nouvelle réalité, de tolérer l'absolue dépendance dans laquelle il se trouve ou de l'accepter progressivement, «à petites doses».

Durant la phase précoce, l'ensemble du contexte des soins, ainsi que le vécu qu'en fait le patient favorisent l'apparition d'un syndrome de désafférentation. Ce syndrome se manifeste par des troubles, généralement réversibles, de la conscience, des modifications des perceptions sensorielles, des troubles du sommeil et du rythme nyctéméral, une perte de la notion du temps, une désorientation spatio-temporelle, voire un délire confuso-onirique avec angoisse et agitation. En d'autres termes, la désafférentation amène une perte de l'image de soi, des sensations de morcellement avec perte de l'identité et des troubles de la perception avec désorientation spatio-temporelle. Ce syndrome peut ainsi réunir tous les ingrédients d'un trouble psychotique aigu.

Les *douleurs* apparaissent durant la phase précoce de façon incontournable. Celles-ci semblent, chez les brûlés, représenter une des formes les plus sévères de douleurs aiguës. Elles induisent fréquemment anxiété et dépression. Bien que combattues au mieux des possibilités pharmacologiques, elles restent toujours trop importantes et sont vécues comme une expérience traumatique qui peut laisser des séquelles encore longtemps après le rétablissement physique. Elles se présentent généralement sous deux formes:

1. Les douleurs des soins (débridements, pansements, douches,

habillement, physiothérapie) qui sont aiguës, térébrantes, intenses et brèves.

2. Les douleurs de l'intervalle et du repos qui sont constantes, sourdes, épuisantes et qui sont aggravées par l'anxiété et l'état dépressif.

Les douleurs augmentent souvent au cours du traitement avec la réapparition, lors de la régénération nerveuse, de stimulus nociceptifs et aussi en raison de la baisse du seuil de tolérance à celles-ci. La douleur varie énormément d'un patient à l'autre et sa dimension subjective est très difficile à évaluer. En effet l'appréciation de celle-ci par les soignants est très aléatoire et souvent peu efficace en comparaison avec le vécu du patient. Aucune échelle d'évaluation de la douleur n'a pu faire ses preuves jusqu'à présent.

La spécificité des soins et l'état de santé du patient durant cette phase fait que le monde relationnel du patient se résume presque exclusivement aux relations de soins. Sa *famille*, très inquiète, se sent à l'écart et désemparée face à cette situation. Elle ne sait pas comment se comporter avec lui durant les visites. Il est important de comprendre aussi que le climat émotionnel familial influence profondément l'état général du grand brûlé durant son hospitalisation (2, 3, 11).

LE VÉCU DU PATIENT DURANT LA PHASE INTERMÉDIAIRE

Le passage à la phase intermédiaire des soins représente pour le patient un grand changement. En peu de temps, tous les facteurs qui concourent à sa désafférentation disparaissent. Il se retrouve, mobile, sur un lit normal, n'est pratiquement plus relié à des instruments de maintien des fonctions vitales et n'est plus en isolement dans sa chambre.

La phase intermédiaire est considérée comme une *phase d'ur-*

gence psychologique En effet, le patient relâche ses mécanismes archaïques de défense et prend peu à peu conscience du traumatisme dont il est victime. Il réalise les pertes et les grands changements qui s'opèrent au niveau de son corps et surtout de son apparence. Le patient peut vivre alors une véritable crise d'identité. Il débute consciemment sa «vie de grand brûlé» et il s'investit intensément dans la relation soignant-soigné. Les soins et l'assouvissement des fonctions éliminatoires naturelles nécessitent une attitude régressive souvent difficile à accepter. La résistance à la régression est durant cette phase normale et salutaire. En effet, le temps de la rééducation approche et le retour à l'autonomie et à l'individuation ne pourra se faire que si la régression fait place à un désir de s'affirmer, de reprendre le contrôle de sa situation. La prise de conscience de sa nouvelle réalité l'amène aussi à penser à la vie qui se déroule sans lui hors de l'hôpital. Il s'inquiète alors pour ses proches, sa famille, ses enfants, son travail, ses projets laissés en suspens. Le découragement, le sentiment de n'avoir aucun impact dans cette situation de totale dépendance font souvent leur apparition. Pendant ce temps, ses proches commencent à surmonter la crise de la phase précoce. Le système relationnel familial se réorganise en fonction des contraintes imposées par la situation du brûlé. La famille adopte généralement une attitude plus rassurante et rassurée vis-à-vis de lui. Mais parfois elle peut aussi réagir sur un mode exagérément protecteur face au brûlé et s'en faire l'avocat face à des soins jugés trop pénibles.

LE VÉCU DU PATIENT DURANT LA PHASE RÉCUPÉRATIVE

Le patient quitte souvent le Centre des Brûlés avec beaucoup d'émotions en raison des liens étroits qu'il a établis avec l'équipe soignante. Il

peut éprouver de la difficulté à gérer ses émotions en quittant l'équipe à laquelle il «*doit sa vie*» et il n'est pas rare d'observer des réactions défensives face à l'anxiété que lui inspire ce changement. Il quitte un lieu dans lequel il se sentait protégé et entouré, pour se retrouver face à la perspective du retour à la vie normale et aux responsabilités qu'il devra à nouveau assumer. Il réintègre une vie sociale, même si elle n'est qu'hospitalière, dans laquelle il ne se sent que le porteur infirme de blessures dont les stigmates sont ressentis comme étant le focus d'attention de tous les regards. La confrontation au regard d'autrui est une épreuve pour chaque grand brûlé en convalescence. Elle laisse apparaître une crise d'identité durant laquelle s'instaurent des mécanismes psycho-adaptatifs passant par l'inévitable deuil d'une image personnelle, d'un schéma corporel intime et d'une identité qui ne sont plus les mêmes qu'avant le traumatisme. Conjointement apparaît une nouvelle autonomie et la sortie de l'hôpital devient perceptible. Le patient commence alors à se poser de nombreuses questions sur les compétences qu'il va pouvoir récupérer dans sa vie quotidienne, affective, sexuelle, sociale et professionnelle.

LE VÉCU DU PATIENT DURANT LA PHASE TARDIVE

La transition entre l'hôpital et le domicile, quoique progressive, est toujours un facteur de stress important pour le patient car, en retrouvant son contexte de vie, il se confronte, cette fois concrètement, à ses pertes. Il passe, à nouveau, par un bilan et réalise l'importance du travail encore nécessaire à sa réhabilitation. L'évolution des lésions cutanées, des greffes et surtout les améliorations que pourra lui apporter la chirurgie esthétique sont souvent investies de beaucoup d'espoir. L'évolution psy-

chologique du patient reste donc fragile durant la réhabilitation et peut en tout temps laisser apparaître des moments de découragement et de désespoir qui nécessitent une écoute attentive.

DEVENIR PSYCHOSOCIAL DU GRAND BRÛLÉ

De nombreuses études ont permis de mieux cerner l'évolution des grands brûlés une fois qu'ils sont sortis de l'hôpital. Tous les grands brûlés ressentent une diminution de leur qualité de vie après un tel traumatisme et les jeunes semblent davantage affectés que les autres.

Sur le plan individuel, plus du tiers des patients développent un état de stress post-traumatique complet durant l'année qui suit leur sortie de l'hôpital, et le risque de voir apparaître un état dépressif manifeste ou latent reste toujours présent. L'apparition d'une crise d'identité générée par les modifications de l'image de soi peut induire une baisse de l'estime personnelle dont les conséquences psychosociales peuvent être graves.

Dans son rapport à autrui, le brûlé peut développer des résistances liées au sentiment d'impureté que lui inspirent ses stigmates. Ces résistances peuvent se manifester sous trois formes principales:

1. La forme *exhibitionniste-rejetante*: le sujet désire, par une attitude rejetante, voire même hostile, convaincre les autres, et aussi lui-même, que le défaut cutané est de moindre importance et qu'il n'en souffre pas ou pratiquement pas. Il peut ainsi tester le degré d'acceptation d'autrui de son état.
2. La forme *dépendante-rejetante*: le sujet cherche à tirer profit de son défaut cutané en exagérant son handicap et en mobilisant des personnes «secourantes».

3. L'attitude *exagérément honteuse*: dans laquelle le sujet s'isole socialement et évite toute confrontation rejetante au regard d'autrui.

Sur le *plan conjugal*, une étude (12) montre que les relations dans le couple restent inchangées sauf sur le plan sexuel dont les problèmes génèrent davantage de conflits.

De manière générale, l'adaptation sociale du brûlé semble s'effectuer dans le sens d'une intensification des liens familiaux, et cela d'autant plus que les stigmates des brûlures sont apparents. La qualité de l'étayage psychosocial favorise très significativement le déroulement du processus de réhabilitation du grand brûlé. Les facteurs de mauvais pronostic de réhabilitation psychosociale sont le célibat, le statut de retraité, la présence d'une psychopathologie pré-morbide et le manque d'étayage social (13-16).

Lors de la *reprise du travail*, le brûlé doit s'adapter à ses nouvelles possibilités. Il semble investir davantage des activités individuelles et autonomes que des activités qui l'exposent socialement. Mais le désir de travailler semble inchangé et pratiquement tous les brûlés réintègrent leurs activités professionnelles bien que 50 à 60% d'entre eux nécessitent un changement de statut en raison de leurs limitations physiques (16, 17).

CONCLUSION

Le traumatisme par brûlures graves entraîne une configuration psychologique réactionnelle et adaptative spécifique et importante. Une meilleure compréhension de la psychologie du grand brûlé, des étapes de son évolution et des difficultés qui leurs sont propres revêt une importance fondamentale dans les soins qu'il reçoit. Sa détresse est grande et il est important de le sou-

nir dans sa lutte pour la survie et sa réhabilitation. Mieux compris et comprenant mieux ce qui lui arrive, il reprend plus rapidement le contrôle sur sa situation et sur lui-même. L'anxiété s'atténue et laisse plus de place aux ressources dont il a besoin pour son rétablissement. De plus, face à la forte énergie émotionnelle induite par les soins des brûlés, le soignant gagne à mieux connaître les mécanismes psychiques en jeu dans un tel traumatisme et lors des soins nécessaires à son rétablissement (2, 18). Une meilleure compréhension des mécanismes psychosociaux en jeu lors de la réhabilitation d'un grand brûlé permet au corps médical d'adopter une attitude préventive cohérente.

Mots-clés

Brûlés • psychologie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bonvin E.: *Psychiatrie de liaison au centre des grands brûlés* [Med. diss.]. Université de Lausanne, 1998 (en cours d'impression).
2. Goodstein R.K.: *Burns: An Overview of Clinical Consequences Affecting Patient, Staff, and Family*. Comprehensive Psychiatry, 26: 43-57, 1985.
3. West D.A., Shuck J.M.: *Emotional Problems of the Severely Burned Patient*. Surgical Clinics of North America (Symposium of Burns) 58: 1189-1204, 1978.
4. Partridge J., Robinson E.: *Psychological and social aspects of burns*. Burns, 21 (6): 453-457, 1995.
5. Goffmann E.: *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs N.J.: Prentice Hall, 1963.
6. Winnicott D.W.: *Human Nature*. New York, Schocken Books, 1988.
7. Anzieu D.: *Le Moi-Peau*. 2 ed. Paris, Dunod, 1995.
8. Patterson D.R., Everett J.J., Bombardier C.H., Questad K.A.: *Psychological effects of severe burn injuries*. Psychological Bulletin, 113 (2): 362-378, 1993.
9. Hamburg D.A., Hamburg B., Goza S.D.: *Adaptative Problems and Mechanisms in Severely Burned Patients*. Psychiatry, 16: 1-20, 1953.
10. Andreasen N.J.C., Noyes R., Hartford C.E.: *Factors Influencing Adjustment of Burn Patients During Hospitalisation*. Psychosomatic Medicine, 34 (6): 517-525, 1972.
11. Blumenfeld M., Schoeps M.: *Reintegrating the healed burned adult into society: psychological problems and solutions*. Clinics in Plastic Surgery, 19 (3): 599-605, 1992.
12. Garts K., Garland S.: *Marital Satisfaction of the Post-Rehabilitation Burn*. Patient Occupational Health Nursing, 7: 35-37, 1983.
13. Malt U., Uglund O.M.: *A Long-Term Psychosocial Follow-up Study of Burned Adults*. Acta Psychiatr. Scand., 355 suppl. (80): 94-102, 1989.
14. Riis A., Andersen M., Pedersen M.B., Hall K.W.: *Long-term psychosocial adjustment in patients with severe burn injuries: a follow-up study*. Burns, (4); 18 (2): 121-126, 1992.
15. Williams B.P.: *Social Sequelae of Severe Burn Injury*. Research in Burns, Bern, Hans Huber Verlag, 650-654, 1971.
16. Blades B.C., Jones O.T.R., Munster A.M.: *Quality of Life after Major Burns*. The Journal of Trauma, 19 (8): 556-558, 1979.
17. Cheng S., Rogers J.C.: *Changes in Occupational Role Performance After Severe Burn: A Retrospective Study*. The American Journal of Occupational Therapy, 43 (1): 17-24, 1989.
18. Alexander D.A.: *Burn victims after a major disaster: reactions of patients and their care-givers*. Burns, 19 (2): 105-109, 1993.

Adresse:

D^r E. Bonvin, Division autonome de médecine psychosociale, CHUV, 1011 Lausanne.