

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

APPROCHE PSYCHIATRIQUE DU GRAND BRÛLÉ

PAR ERIC BONVIN, PIERRE COCHAND

RÉSUMÉ

Cet article, qui complète celui que nous présentons sur la psychologie du grand brûlé, aborde quelques points forts de la prise en charge psychologique des grands brûlés. Après un bref survol des particularités d'une telle prise en charge, chaque étape est passée en revue, en abordant les aspects psychopathologiques et psychothérapeutiques. L'article conclut à la nécessité d'une meilleure intégration du psychiatre de liaison dans l'équipe de soins d'un centre de brûlés.

INTRODUCTION

La psychiatrie peut paraître éloignée du contexte sophistiqué de la prise en charge des grands brûlés. Pourtant, nous pouvons déjà constater une nette prédominance de facteurs psychosociaux dans la pré-morbidité et l'épidémiologie des brûlures graves (1-3). La nature même du traumatisme contient des dimensions spécifiques liées à l'altération de l'enveloppe physique, du «moi-peau», du schéma corporel et de l'image de soi. Le brûlé reçoit des soins longs et douloureux, ponctués d'étapes successives bien déterminées (précoce, intermédiaire, récupérative et tardive) impliquant, chacune, des particularités psychologiques et psychiatriques. Comme nous avons pu le démontrer dans un travail de recherche (1), la prise en charge d'un grand brûlé est complexe en raison de la diversité des niveaux d'action (bio-psycho-

social), des systèmes en action (patient, proches, équipe soignante, réseau) et des situations cliniques qu'elle génère (4, 5).

CONTEXTE PSYCHIATRIQUE GLOBAL

Plus des deux tiers des grands brûlés présentent des réponses émotionnelles suffisamment graves pour être considérées dans une dimension psychiatrique (6). Globalement, sur le plan psychopathologique, nous pouvons considérer deux grandes constellations nosologiques dans la prise en charge des grands brûlés. La première concerne les psychopathologies préexistantes au traumatisme et fréquemment *inductrices* de celui-ci. Il s'agit des grandes maladies psychiatriques telles que les psychoses, les dépressions graves, les troubles de la personnalité et du comportement. Leur symptomatologie s'exa-

cerbe souvent durant le traitement. La seconde concerne les psychopathologies *induites* par le traumatisme et/ou sa prise en charge médicale. Il s'agit alors de perturbations réactionnelles liées essentiellement aux mécanismes psycho-adaptatifs (7).

Le psychiatre de liaison peut utiliser diverses méthodes pour évaluer l'état psychosocial du patient brûlé (8-10). Il peut ensuite, en fonction de ses compétences, avoir une approche biologique, psychodynamique analytique, éco-systémique, cognitivo-comportementale, suggestive propre à l'hypnose et ses dérivés (11, 12), psycho-corporelle telle que la sophrologie ou le training autogène, ou une approche alternative originale comme la technique ludique ou de divertissement audiovisuel. Mais, quelle que soit l'approche qu'il emploie, le psychiatre doit adapter le cadre thérapeutique ou «setting» de la prise en charge à la spécificité des grands brûlés. Il doit savoir alterner subtilement entre prise en charge individuelle du patient et prise en charge de son réseau de soins et de sa famille. Ainsi, les séances individuelles de psychothérapie de soutien sont généralement courtes, recourantes («coping») mais fréquentes dans la phase précoce de prise en charge et deviennent progressivement plus longues, introspectives,

mais espacées au cours de l'évolution des soins. Durant les phases intermédiaires et récupératives, une priorité toute particulière doit être accordée au cadre thérapeutique individuel, même s'il reste d'orientation éco-systémique. Une attention vigilante doit être portée sur la notion de confidentialité en raison de la position particulière qu'occupe le psychiatre entre le patient, ses soignants et sa famille. A l'inverse, une prise en charge psychosociale incluant le réseau de soins et la famille est essentielle durant les phases précoce et de réhabilitation des soins car un grave traumatisme par brûlures a de très fortes répercussions sur la vie familiale et socio-professionnelle du patient. Une évaluation permanente du cadre thérapeutique au cours d'une telle prise en charge est donc incontournable.

LA PHASE PRÉCOCE DE PRISE EN CHARGE

Durant la phase précoce, ce sont essentiellement des troubles induits, adaptatifs, qui surviennent. Les symptômes pour lesquels le consultant psychiatre est alors le plus souvent appelé sont: les troubles de la conscience (compris dans leur sens le plus large), l'anxiété et les troubles du sommeil. Ces symptômes sont, avant tout, à évaluer comme signes d'appel d'un éventuel *syndrome de désafférentation* favorisé par: le contexte des soins intensifs; la personnalité du patient; l'intensité de sa régression psychologique; les altérations de son système nerveux central par les médicaments sédatifs et anesthésiants, les troubles électrolytiques et métaboliques et les perturbations du sommeil. Ce syndrome, généralement réversible, se révèle souvent par des troubles de la conscience, des modifications des perceptions sensorielles, des troubles du sommeil et du rythme nyctéméral. La stimulation à la réafférentation consiste à maintenir le contact avec

le patient par toutes les voies sensorielles dont il dispose. Elle peut se faire par des mesures que le consultant doit savoir conseiller aux soignants et aux proches, en les répétant à chaque nouvelle situation: informer le patient dans la mesure du possible; utiliser le contact physique; manipuler l'environnement afin de réorienter le patient dans le temps et l'espace en favorisant la restauration d'un rythme nyctéméral; faciliter la réception de stimulus normaux et personnalisés; inciter tous les intervenants, soignants et proches, à identifier le patient et son entourage en permanence; assurer, si nécessaire, une médication anxiolytique et/ou neuroleptique.

Les *troubles de la conscience* compris dans leur sens le plus large peuvent être d'ordre réactionnel, organique (lésions cérébrales), métabolique (troubles électrolytiques) ou toxique (médicamenteux ou toxico-infectieux). Ils nécessitent une approche particulière, prudente et un échange entre tous les intervenants (chirurgiens, anesthésistes, équipe soignante).

Au cours de la phase précoce, *la douleur et l'anxiété* qui lui est liée deviennent de plus en plus présentes (13). Elles imprègnent, avec les modifications de l'image de soi, le vécu de la prise en charge et des soins d'une dimension subjective dramatique, et effroyable. Le psychiatre doit parfois demander un ajustement de la médication antalgique, essentiellement morphinique, ou alors apporter en complément, s'il en a la possibilité, d'autres outils face au vécu de la douleur (1, 11).

Pour le patient, la régularité des visites du psychiatre peut en elle-même amener un soutien thérapeutique par la stabilité du lien qu'elle procure. En effet, l'établissement d'un lien clairement identifiable amène au patient «morcelé» un étayage de référence salutaire. La position «détachée» des soins soma-

tiques du psychiatre consultant permet un climat relationnel dans lequel les souffrances et les émotions peuvent être exprimées et entendues. Le patient profite souvent de cet espace relationnel, libre de tout acte thérapeutique somatique pour exprimer ses émotions et ses craintes et pour s'informer sur sa situation médicale. Le consultant psychiatre s'applique alors à obtenir des informations aussi précises que possible auprès des médecins somaticiens afin de pouvoir répondre à toutes les questions que se pose le patient sur son état et son devenir. Lors de ces entretiens qui sont généralement brefs, le psychiatre peut étoffer son action thérapeutique par: des clarifications conceptuelles, de l'encouragement et l'éducation du patient à ses propres réactions. En raison de la particularité du milieu (hautement mécanisé, aseptique et monotone) dans lequel le brûlé reçoit ses soins et de la nature de ceux-ci (climat d'urgence, soins intensifs et grande multiplicité des intervenants), l'identité du patient est très souvent mise à mal. Le psychiatre doit alors exploiter tout son art et ses connaissances afin de reconstituer et de relégitimer l'intégrité psychique de son patient dont il est souvent le garant dans cette difficile épreuve.

Durant la phase précoce, la prise de contact avec *l'entourage du patient* est d'une importance fondamentale (14). Les proches vivent des moments difficiles et doivent aussi être soutenus. Le psychiatre est un acteur et un interlocuteur privilégié dans ce soutien.

Le psychiatre joue aussi un rôle déterminant dans le soutien de l'équipe soignante (15, 16). En effet, la prise en charge des grands brûlés est laborieuse et toute difficulté relationnelle avec l'un d'entre eux entraîne une surcharge émotionnelle difficile à contenir pour les soignants. L'organisation de colloques axés sur la libre expression de ces

émotions et l'éducation à la gestion de celles-ci est un outil que le psychiatre doit savoir employer. Il doit repérer rapidement les signes de péjoration relationnelle entre soignant et soigné afin d'éviter l'épuisement de l'équipe soignante et l'isolement du patient.

LA PHASE INTERMÉDIAIRE DE PRISE EN CHARGE

Le découragement associé à la passivité imposée par les soins représentent un passage très difficile dans le vécu de l'hospitalisation. La diminution de la pression des soins et la résurgence de l'intégrité de la conscience, de l'identité et de troubles psychiques antérieurs au traumatisme peuvent induire des complications significatives. Parmi les troubles réactionnels, la persistance anormale d'un état régressif peut sévèrement mettre en danger la rééducation locomotrice qui, entre autres, sollicite les zones de cicatrisation afin d'éviter leur rigidification et la formation de brides qui augurent d'un sombre pronostic pour l'avenir du patient sur le plan locomoteur. Une aide psychothérapique, visant à l'amélioration de l'estime et de la confiance en soi, est alors impérative tout comme lors de la persistance ou l'apparition d'un état dépressif. La projection de la souffrance sous forme de conflits avec les soignants est fréquente. Les premiers signes d'un éventuel état de stress post-traumatique (ESPT) peuvent aussi apparaître avec des symptômes tels que: des troubles du sommeil accompagnés de cauchemars porteurs de thèmes catastrophiques souvent en relation directe avec le traumatisme vécu; des attaques de panique; des états d'angoisse survenant lorsque le patient pense aux circonstances du drame et du traumatisme. Il est alors nécessaire de favoriser l'expression verbale du contenu des cauchemars, des états de panique et des angoisses chez le

patient. Des consignes sont alors données tant au patient, à sa famille qu'au personnel soignant afin que cette expression verbale soit sans cesse encouragée et qu'une écoute patiente soit toujours présente de la part de l'entourage.

C'est durant cette phase que peut réapparaître une psychopathologie pré-morbide: état maniaque, troubles psychotiques ou troubles de la personnalité qui peuvent mener à une péjoration de la compliance et à des conflits avec l'équipe soignante. La prise en charge des *troubles psychiatriques antérieurs au traumatisme* se fait essentiellement à partir de cette phase intermédiaire et revêt une grande importance pour la qualité du reste de la prise en charge somatique.

Il est à ce stade toujours important d'entrer en contact avec les physiothérapeutes qui sont alors des intervenants centraux dans la prise en charge de ces patients. Ce sont eux qui stimulent la vitalité du patient, qui l'aident à concrétiser l'acceptation de son nouveau schéma corporel.

LA PHASE RÉCUPÉRATIVE DE PRISE EN CHARGE DU BRÛLÉ

Le patient peut présenter une réelle dépendance émotionnelle et physique face à l'équipe de soins. Le travail de deuil face aux pertes doit être accompli avant qu'un réel processus adaptatif puisse s'enclencher. Un déni persistant de cette nouvelle situation peut mener à des conduites inadaptées et même dangereuses pour la réhabilitation physique du grand brûlé. Un état de révolte excessif peut conduire à un refus des soins. Un marchandage excessif peut mener à des appels à l'aide fréquents auprès du personnel soignant, une difficulté à quitter l'atmosphère protégée du milieu hospitalier, une demande et des attentes démesurées à l'égard de la

chirurgie plastique. Un état dépressif peut lui aussi persister ou apparaître à ce moment et le sentiment d'auto-dévalorisation peut mener à des idées et des actes suicidaires dangereux. Dans les états dépressifs et psychotiques majeurs, des mesures sont à prendre afin d'éviter tout passage à l'acte ou raptus suicidaires. Il est aussi indiqué de suivre l'évolution psychologique adaptative du patient en abordant les problèmes d'identité, d'estime personnelle, d'aptitude relationnelle, affective et sexuelle.

Le psychiatre peut instaurer une dynamique thérapeutique qui, de concert avec les intervenants somaticiens, permet la mise en route d'un réel processus de réhabilitation qui est l'objectif de toute la prise en charge durant cette phase. Une évaluation psychosociale doit porter sur les ressources du milieu de vie et socioprofessionnel du patient. Il est alors nécessaire d'établir des contacts avec les autres intervenants impliqués dans ce suivi: le médecin traitant, les ergo- et physiothérapeutes, l'assistant social, la famille et éventuellement l'employeur. L'organisation d'un *entretien de réseau* entre alors en ligne de compte de manière déterminante. Un séjour dans un établissement de convalescence peut être nécessaire si la transition semble trop rapide et qu'elle risque d'engendrer des difficultés d'adaptation.

LA PHASE TARDIVE DE LA PRISE EN CHARGE

Près des deux tiers des patients présentent une instabilité psychologique à leur sortie de l'hôpital et nécessitent un suivi psychothérapique pour une durée de six mois au moins. Le psychiatre qui a accompagné les grands brûlés durant leur hospitalisation doit laisser la possibilité à ces personnes de faire appel à lui pour un traitement ambulatoire.

Tableau 1. — Développement d'un *Etat de Stress Post-Traumatique* (ESPT) durant l'hospitalisation et durant les quatre mois qui suivent l'hospitalisation selon Roca, Spence et Munster (18).

	Avant la fin de l'hospitalisation	Quatre mois après la fin de l'hospitalisation	Total
Apparition d'au moins un symptôme de reviviscence des circonstances du traumatisme (non cumulé)	58,1%	61,3%	61,3%
Apparition d'au moins deux symptômes d'hyperactivité neurovégétative (non cumulé)	30,2%	45,2%	45,2%
Apparition d'au moins trois symptômes d'évitement (non cumulé)	18,6%	25,8%	25,2%
Survenue d'un ESPT complet	7,1%	22,6%	29,7%

Une collaboration à long terme avec les chirurgiens plasticiens permet aussi, par leur intermédiaire, de suivre l'évolution des patients. Ceux-ci peuvent faire part au psychiatre de leurs inquiétudes lorsque l'évolution psychique d'un patient leur semble se péjorer et qu'une intervention leur semble nécessaire.

Sur le plan psychopathologique (17) le risque resté toujours présent de voir apparaître un état dépressif manifeste ou latent. Les états anxieux sont aussi très fréquents. Près du tiers des patients développent un ESPT complet durant l'année qui suit leur sortie de l'hôpital (18, 19). Plus de 60% des patients laissent apparaître au moins un des symptômes de l'ESPT durant la même période. Ces chiffres importants (tableau 1) permettent de mieux comprendre l'importance du maintien du suivi psychiatrique durant les mois qui suivent la sortie de l'hôpital.

Cette période de prise en charge doit aussi permettre de faire un sevrage pour les médicaments, essentiellement les *benzodiazépines*, dont le patient s'est souvent rendu dépendant durant son hospitalisation.

La crise d'identité générée par les modifications de l'image de soi peut induire une *baisse de l'estime personnelle* amenant à des états anxio-dépressifs, des phobies, des insomnies, des troubles sexuels, de l'alcoolisme, de la dépendance aux médicaments ou à une péjoration des relations interpersonnelles, avec le conjoint ou la famille. Ces quelques faits confirment l'idée qu'un suivi à long terme des patients brûlés revêt une importance préventive fondamentale. Le patient peut aussi développer un syndrome douloureux chronique qui peut contenir une dimension psychologique intimement liée au vécu de son nouveau schéma corporel ou aux difficultés d'expression des émotions (20).

La reprise du travail doit aussi être envisagée à ce stade. Celle-ci doit se faire progressivement en collaboration étroite avec le réseau de soutien mis en place durant la phase précédente. En effet, la qualité de l'étayage psychosocial favorise très significativement le déroulement du processus de réhabilitation du grand brûlé.

De manière générale, cette période de réhabilitation est propice à l'instauration d'un processus psychothérapeutique intensif, qu'il soit individuel, en couple, en famille et voire de manière très avantageuse en groupe.

CONCLUSION

Comme nous l'avons vu, les soins apportés aux grands brûlés ne sauraient être envisagés sans aborder leur dimension psychologique (21). Le rôle du psychiatre de liaison dans ce processus est de première importance et cela dans toutes les phases de prise en charge de ces grands traumatisés (22, 23). En plus de ses fonctions diagnostiques et thérapeutiques traditionnelles des troubles psychiatriques, il soutient aussi les brûlés dans leur processus normal d'adaptation psychologique aux conséquences du traumatisme, assiste à l'évaluation et à la gestion de la douleur tout en facilitant voire en modulant la communication entre tous les membres de l'équipe soignante et de la famille. Le psychiatre de liaison intervient comme médiateur bio-psycho-social à l'interface entre le patient, ses proches et les soignants. L'expérience clinique que nous en avons, ainsi que les informations en retour que nous avons reçues tant des soignants que des soignés, nous ont confirmé la nécessité d'une collaboration psychiatrique permanente dans l'équipe médicale d'un centre de grands brûlés.

Mots-clés

Grands brûlés • psychiatrie de liaison • aspects psychologiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bonvin E.: *Psychiatrie de liaison au centre des grands brûlés* [Med. diss.]. Université de Lausanne, 1998 (en cours d'impression).

2. Kolman P.B.R.: *The incidence of psychopathology in burned adult patients: A critical review*. Journal of Burn Care & Rehabilitation, 4 (6): 430-436, 1983.
3. MacArthur J.D., Moore F.D.: *Epidemiology of Burns: the burn prone patient*. Journal of the American Medical Association, 231: 259-263, 1975.
4. Avni J.: *The severe Burns*. Adv. Psychosom. Med., 10: 55-57, 1980.
5. Hurren J.S.: *Rehabilitation of the burned patient: James Laing Memorial Essay for 1993*. Burns, 21 (2): 116-126, 1995.
6. 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.
7. Hamburg D.A., Hamburg B., Goza S.D.: *Adaptative Problems and Mechanisms in Severely Burned Patients*. Psychiatry, 16: 1-20, 1953.
8. Pruzinsky T., Rice L.D., Himel H.N., Morgan R.F., Edlich R.F.: *Psychometric assessment of psychologic factors influencing adult burn rehabilitation*. Journal of Burn Care & Rehabilitation, 13 (1): 79-88, 1992.
9. Blades B., Mellis N., Munster A.M.: *A Burn Specific Health Scale*. The Journal of Trauma, 22 (10): 872-875, 1982.
10. Blalock S.J., Bunker B.J., DeVellis R.F.: *Measuring health status among survivors of burn injury: revisions of the Burn Specific Health Scale*. Journal of Trauma, 36 (4): 508-515, 1994.
11. Bonvin E.: *L'hypnose en pratique hospitalière: l'hypnose chez les grands brûlés*. In: Salem G., editor. *Hypnose plurielle*. 1 ed. Lausanne, Fondation Ling, 1997.
12. Forster A., Bourgeois P.: *Rôle de l'hypnose dans le traitement des brûlés*. Rev. Méd. Suisse rom., 107: 731-734, 1987.
13. Choinière M., Melzack R., Rondeau J., Girard N., Paquin M.-J.: *The Pain of Burns: Characteristics and Correlates*. The Journal of Trauma, 29 (11): 1531-1539, 1989.
14. Brodland G.A., Andreasen N.J.C.: *Adjustment Problems of the Family of the Burn Patient*. Social Casework, 13-18, 1974.
15. Alexander D.A.: *Burn victims after a major disaster: reactions of patients and their care-givers*. Burns, 19 (2): 105-109, 1993.
16. Goodstein R.K.: *Burns: An Overview of Clinical Consequences Affecting Patient, Staff, and Family*. Comprehensive Psychiatry, 26: 43-57, 1985.
17. Andreasen N.J.C., Norris A.S., Hartford C.E.: *Incidence of Long-Term Psychiatric Complications in Severely Burned Adults*. Annals of Surgery, 174: 785-793, 1971.
18. Roca R.P., Spence R.J., Munster A.M.: *Posttraumatic adaptation and distress among adult burn survivors*. American Journal of Psychiatry, 149 (9): 1234-1238, 1992.
19. Machurot P.Y., Hansenne M., Pitchot W., Gonzalez-Moreno A., Ansseau M.: *L'état de stress post-traumatique chez les brûlés: une revue*. Acta Psychiatrica Belgica, 93 spec.: 359-367, 1993.
20. Guex P.: *Douleur chronique et relation médecin-malade (la fonction du symptôme douleur)*. Rev. Méd. Suisse rom., 106 (11): 1031-1034, 1986.
21. Tucker P.: *The Burn Victim - A Review of Psychosocial Issues*. Australian and New-Zealand Journal of Psychiatry, 20: 413-420, 1986.
22. Watkins P.N., Cook E.L., May S.R., Still J.M.: *The role of the psychiatrist in the team treatment of the adult patient with burns*. Journal of Burn Care & Rehabilitation, 13 (1): 19-27, 1992.
23. Knudson-Cooper M.: *What Are the Research Priorities in the Behavioural Areas for Burn Patients*. Journal of Trauma, (24 suppl): S197-S202, 1984.

Adresse:

Dr E. Bonvin, Division autonome de médecine psychosociale, CHUV, 1011 Lausanne.

