

Le patient brûlé: accompagnement par le psychiatre de liaison

Dre CAROLINE JOHN^a et Pr ALEXANDRE BERNEY^a

Rev Med Suisse 2021; 17: 307-10

Au CHUV, le patient victime de brûlures, notamment lorsque celles-ci sont étendues, bénéficie d'une prise en charge pluridisciplinaire spécialisée. Ces dernières décennies, des avancées majeures au niveau de la recherche médicale ont rendu possible une réduction conséquente de la morbidité et de la mortalité. En parallèle, les besoins psychologiques de cette patientèle n'ont eu de cesse d'augmenter, avec par conséquent la nécessité d'un accompagnement professionnel et individualisé, dont l'articulation reste parfois complexe avec l'ensemble de la prise en charge somatique.

The burned patient: intervention by the liaison psychiatrist

Patients suffering from burns, especially when they are extensive, benefit from specialized multidisciplinary care at the Lausanne University Hospital. In recent decades, major advances in medical research have made possible a significant reduction in morbidity and mortality. At the same time, the psychological needs of those patients have continued to increase, with the need for professional and individualized care. Intervention by the liaison psychiatrist face the challenge of integration within the complex somatic care.

INTRODUCTION

Les brûlures constituent un problème de santé publique de portée mondiale puisqu'elles représentent le quatrième type de traumatisme le plus fréquent, après les accidents de la route, les chutes et la violence interpersonnelle. Dans les pays en développement, elles sont plus fréquentes et ont aussi tendance à être plus graves.¹

Vu l'impact majeur en termes de mortalité et de morbidité, des centres spécialisés se sont progressivement développés. En Suisse, il en existe deux (pour les patients dits «grands brûlés»), un à Zurich et un à Lausanne, répondant à des critères d'admission stricts² (tableau 1).

Un accompagnement psychiatrique et psychologique spécialisé est dans ce contexte essentiel. Les intervenants sollicités au quotidien mettent en jeu leurs propres représentations autour des brûlures, en parallèle et en miroir des difficultés vécues par le patient. Les soins en général sont colorés par une confrontation très marquée avec ce patient brûlé, abîmé ou défiguré, qui renvoie chacun, plus ou moins inconsciemment, à des images parfois angoissantes.

^aService de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne
caroline.john@chuv.ch | alexandre.berney@chuv.ch

À travers cet article, nous tenterons de réfléchir aux enjeux psychologiques présents dans cette prise en charge pluridisciplinaire complexe, à travers l'œil du psychiatre de liaison, ce dernier ayant la délicate tâche d'articuler l'accompagnement du patient avec les mouvements émotionnels et défensifs des autres intervenants.

LA PEAU ET LE FEU SUR LE PLAN SYMBOLIQUE

Lorsqu'on évoque «la brûlure», il est frappant de constater qu'une variété d'images et d'émotions parfois complexes peuvent surgir chez chacun de nous, soignant ou patient. Cette multiplicité des représentations peut s'expliquer par nos vécus individuels, construits au fil des expériences, et des traces laissées dans notre inconscient. Nous pouvons également être renvoyés à un certain nombre de symboles communs qui font écho à l'histoire, la littérature ou les arts. Selon les époques ou les cultures, on associera au feu la vie ou la mort, la construction ou la destruction, le bien ou le mal, etc. On évoquera, par exemple, le feu purificateur permettant la réincarnation dans les rituels de la mort en Inde.

Nous utilisons dans notre langage courant de nombreuses métaphores autour de la peau qui font référence au psychisme: «être à fleur de peau», «sauver sa peau», «avoir quelqu'un dans la peau», etc.³

La peau, première interface avec le monde extérieur et avec le regard d'autrui, reflète par conséquent une partie de notre identité, un «matériel» exploité de manière surprenante par certains artistes ou évoqué de manière symbolique dans la littérature psychanalytique.⁴ On ne sera alors pas étonné de constater que l'accompagnement proche des patients brûlés puisse susciter autant de réactions émotionnelles et ne laisse aucun soignant indifférent.

	TABLEAU 1	Critères d'admission au centre des grands brûlés	
--	-----------	--	--

SC: surface corporelle.

- Brûlure du 2^e degré > 20% de la SC (adulte) ou > 10% de la SC (enfant)
- Brûlure du 3^e degré quel que soit l'âge
- Brûlure du visage, des mains, des pieds, des organes génitaux, du périnée ou des grandes articulations
- Brûlure électrique, y compris foudroiement
- Brûlure chimique
- Syndrome d'inhalation
- Comorbidités importantes
- Traumatisme (fractures) associé aux brûlures
- Brûlure chez un enfant dans un hôpital sans service de pédiatrie

TRAJECTOIRE DU PATIENT

Le patient brûlé qui arrive aux urgences est orienté, en fonction de la gravité de son état, vers une prise en charge hospitalière (soins intensifs ou chirurgie plastique) ou ambulatoire. La gravité de la brûlure est définie par les caractéristiques suivantes: son étendue, son degré de profondeur, sa localisation, l'atteinte de zones fonctionnelles, l'âge du patient.²

Le processus de cicatrisation psychique se «greffe» sur les nombreuses étapes de la cicatrisation somatique, dont le quotidien est ponctué par des douleurs souvent intolérables, des complications, notamment infectieuses, des reprises chirurgicales urgentes, etc. Globalement, on pourrait définir un parcours en plusieurs étapes, depuis la phase de soins aigus, lorsque le patient lutte pour sa survie et se défend contre l'inacceptable de sa situation, jusqu'à une phase de réhabilitation, marquée par une confrontation plus concrète aux pertes et aux deuils^{5,6} (tableau 2).

PSYCHOPATHOLOGIES EN LIEN AVEC LA BRÛLURE

La majorité des études disponibles s'intéresse aux liens entre brûlures et psychopathologies induites, avec peu de données fiables sur les psychopathologies éventuellement préexistantes. Soulignons, par ailleurs, le manque d'études réalisées par des équipes psychiatriques, ce qui traduit probablement un manque de ressources en santé mentale dans ce domaine.

Psychopathologies préexistantes

Pour des raisons assez intuitives, la présence d'un trouble psychiatrique (quelle que soit sa nature) représente, en soi, un facteur de risque pour se brûler. Le pourcentage varie selon la méthodologie utilisée et on considère qu'un tiers en moyenne des patients brûlés présenteraient un diagnostic psychiatrique préexistant. La dépression et l'abus de toxiques sont les plus fréquemment associés.^{7,8}

TABLEAU 2		Étapes de soins
Vécu et dynamique de l'équipe	Vécu du patient	
Phase aiguë		
<ul style="list-style-type: none"> Lutte pour la survie Attitude technique vs «maternante» 	<ul style="list-style-type: none"> Peur de la mort Lutte pour la vie États dissociatifs Anxiété, douleurs 	
Phase intermédiaire		
<ul style="list-style-type: none"> Accompagnement des mouvements négatifs: frustration, agressivité, impuissance 	<ul style="list-style-type: none"> Perte d'intégrité et d'autonomie Tristesse, désespoir, anxiété 	
Phase chronique et de réhabilitation		
<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir l'espoir et le succès dans les thérapies à moyen et long terme Promouvoir l'autonomie Soutenir l'expression émotionnelle et la réflexivité Séances de soutien en équipe multidisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> Ajustement aux séquelles physiques et aux pertes Peur du rejet social Reconstruction de l'estime de soi et de l'image 	

On met également en évidence un moins bon pronostic global chez les patients avec trouble psychiatrique à l'admission.⁷ Il y a, de plus, une association avec les comorbidités somatiques, un moins bon pronostic somatique global, une augmentation de la durée du séjour hospitalier, une augmentation des brûlures d'inhalation, davantage d'actes chirurgicaux et un taux plus élevé de mortalité.^{7,8}

Brûlures volontaires

Les brûlures volontaires sont peu fréquentes en Occident (1 à 6% des admissions pour brûlures), mais elles représentent la majorité des brûlures dans les pays en développement (25 à 30%). On peut distinguer les «auto-immolations» (acte de se mettre intentionnellement le feu ou de s'immerger dans les flammes, souvent associé à une intention suicidaire importante, connotée de manière religieuse, politique ou protestataire) et les «brûlures auto-infligées» (utilisation de produits chimiques ou d'objets chauds sur la peau, typiquement dans un geste parasuicidaire, pour attirer l'attention, se défigurer ou se faire du mal).

Les immolations représenteraient jusqu'à 40% de tous les suicides en Asie du Sud-Est, au Moyen-Orient et en Afrique. Ce pattern persisterait après l'émigration dans un pays occidental, d'où l'importance, aussi pour le psychiatre exerçant dans nos contrées, de le comprendre.

Dans les pays occidentaux, on retrouve des troubles de l'humeur et des consommations de toxiques à la fois dans le groupe auto-immolations et le groupe brûlures auto-infligées. La psychose est cependant plus prévalente dans le groupe auto-immolations; les troubles de la personnalité sont davantage prévalents dans le groupe brûlures auto-infligées.

Dans les pays en développement, notons en premier lieu l'absence d'études disponibles au sujet des brûlures auto-infligées. Parmi les auto-immolations, on retrouve surtout des troubles de l'adaptation chez des personnes en proie à des difficultés sociales, familiales, maritales, financières, politiques et religieuses. On retrouve également des personnes sans antécédents psychiatriques et, dans une moindre mesure, des troubles de l'humeur.⁹

Psychopathologies induites

Hormis l'état confusionnel aigu, très prévalent dans toutes les unités somatiques, et particulièrement aux soins intensifs, on observe le plus fréquemment se développer la dépression et l'état de stress post-traumatique (ESPT).¹⁰ La gravité des brûlures n'est pas toujours corrélée à l'apparition d'une psychopathologie. Les facteurs de risque qui ont été mis en évidence sont la présence de douleurs, un faible soutien social, les caractéristiques de personnalité (névrosisme), éventuellement les antécédents psychiatriques.¹⁰

Un dépistage précoce est souhaitable, dès l'arrivée aux soins intensifs et une fois réalisable. Au CHUV, chaque patient brûlé est systématiquement évalué durant son parcours de soins. L'American Burn Association recommande un dépistage pour l'état de stress aigu, l'ESPT et la dépression, à trois reprises durant le suivi, dont une fois en ambulatoire.

De manière générale, un tiers des patients brûlés (toute gravité confondue) vont présenter une évolution psychique favorable, un tiers vont lutter pour conserver leur équilibre psychique pendant la première année et un tiers vont vivre une adaptation difficile avec le besoin d'une intervention psychiatrique spécialisée.¹⁰

Dépression

La dépression représente un défi majeur pour le dépistage chez le patient brûlé. Il y a en effet beaucoup de facteurs somatiques (douleurs, perte de poids, troubles du sommeil, troubles de l'appétit, digestifs, de la libido, cardiovasculaires) qui compliquent la question du diagnostic différentiel. De plus, il y a un manque de données cliniques sur l'évolution après 1 ou 2 ans. Les études insistent sur une gestion adaptée de l'antalgie, afin d'éviter l'apparition d'un cercle vicieux douleur-anxiété-douleur.

À la sortie de l'hôpital, une prévalence moyenne de 4% est retrouvée, puis elle grimpe à 10-23% à la fin de la première année. Ces chiffres sont supérieurs à la prévalence de la dépression dans la population générale.^{11,12}

Symptomatologie post-traumatique

L'apparition d'un état de stress aigu (immédiat) constitue un facteur de mauvais pronostic pour la survenue d'un ESPT. Les autres facteurs de mauvais pronostic sont la perception d'une menace vitale durant la brûlure puis la présence de symptômes d'intrusion (flash-back, cauchemars) et des douleurs. Des caractéristiques de personnalité jouent également un rôle (le névrotisme augmente le risque et l'extraversion le diminue). Rappelons encore une fois que la gravité réelle de la brûlure n'est pas corrélée au risque d'apparition d'une symptomatologie post-traumatique.^{13,14}

Soulignons également l'importance de considérer d'autres formes de souffrances psychologiques, ne correspondant pas à une catégorie spécifique de la CIM-11, qui pourraient être décrites par exemple comme une insatisfaction de l'image corporelle ou une stigmatisation autour de l'apparence.¹⁵ Deux phases peuvent être particulièrement critiques, celle où le patient brûlé se retrouve pour la première fois face à sa propre image et celle où il va être confronté au regard de l'autre. La survenue d'une détresse aiguë devant le miroir a été associée dans une étude au fait de ne pas y avoir été suffisamment préparé, à une anticipation négative et à un moins bon pronostic.^{16,17}

L'âge, le genre, la gravité objective ou la cause des brûlures ne semblent en revanche avoir que peu d'impact sur le stress à court terme. Il est toutefois bien établi que des difficultés plus conséquentes pourraient survenir à long terme pour les femmes, lors de brûlures au visage, ou selon la valeur habituellement accordée à l'esthétique.⁶ Alors que les liens familiaux ont plutôt tendance à s'intensifier, le rapport avec les personnes de l'entourage moins proche va se caractériser de manière variable selon les individus (par exemple, rejet, dépendance, honte).^{5,6}

LE PSYCHIATRE AU SEIN DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

Par pluridisciplinaire, on sous-entend le partage et l'intégration de points de vue complémentaires, centrés sur des objectifs

de soins communs (tableau 3). Face à un nombre conséquent d'enjeux médicaux et d'intervenants autour du patient brûlé, cette définition de soins pluridisciplinaires se heurte rapidement à un risque majeur: celui de se traduire plutôt par une juxtaposition d'avis d'experts. On peut par ailleurs se demander si en réalité, il y a un sens pour le psychiatre de liaison à se maintenir dans cet espace hors somatique, différencié, pour mieux aider le patient, mais également l'équipe.

Toute une série de difficultés parfois plus subtiles à identifier peuvent survenir. Le vécu de dépendance du patient brûlé peut se transformer en un vécu persécutoire qui peut susciter chez celui qui s'en occupe un sentiment d'être intrusif, voyeur ou même éventuellement sadique. En parallèle, des mouvements d'identification avec le patient brûlé peuvent être mobilisés, ressentis parfois comme insupportables, et compliquant le travail quotidien sur cette peau abîmée. Pour des patients souffrant d'une psychopathologie, ces interactions semblent encore plus complexes. On peut par exemple imaginer les interrogations pouvant survenir dans les soins d'un patient schizophrène qui se serait infligé activement ses brûlures.

Il est intéressant dans ce contexte de souligner la revendication, chez ces différents spécialistes, d'une identité commune de «soignant des brûlés», qui pourrait traduire un fort besoin de se démarquer de leurs patients et de faire corps au sein de l'équipe. On sait que des situations cliniques extrêmes conduisent à un investissement majeur des intervenants qui, suivant l'évolution, peut perdre brutalement son sens et conduire à un sentiment de rejet, d'impuissance et des angoisses contre lesquelles, ici aussi, il faut lutter pour survivre psychiquement: rationalisations et fantasme du sauveur sont alors observés.

Mentionnons ici l'exemple de Mme C., jeune femme de 28 ans hospitalisée à la suite d'un accident domestique, esthéticienne de profession, et souffrant de graves brûlures au visage. Lorsque la patiente lui exprime un sentiment d'inutilité à poursuivre les greffes de peau qui la laisseront de toute façon avec des séquelles irréversibles et une image à jamais transformée, on peut s'imaginer les difficultés chez l'infirmière référente à trouver sa place et se situer dans la relation à sa patiente.

Pour continuer à travailler sur la peau brûlée, le soignant somatique peut à l'extrême opérer un clivage corps-esprit, avec une délégation complète des aspects psychologiques au psychiatre ou à d'autres intervenants extérieurs à l'équipe habituelle (hypnose, aumônier, bénévole). On observe des difficultés à penser l'intégration des perspectives somatiques et psychiques, par exemple aussi dans la gestion de l'antalgie:

TABLEAU 3 Interventions clés du psychiatre de liaison auprès de l'équipe somatique

- Définir des objectifs de soins communs et réalistes avec l'équipe somatique
- Repérer les mouvements éventuels d'identification/rejet dans l'équipe de soins
- Prévenir l'éventuel risque de «perte de sens» dans les soins dans les situations cliniques complexes et extrêmes
- Favoriser une compréhension mutuelle et intégrer la supervision comme outil thérapeutique

soit il s'agit d'une douleur «explicable» médicalement, soit il s'agit d'un problème «psychiatrique». La dimension spirituelle n'est pas complètement évacuée des soins, en témoigne la possibilité, au CHUV, de faire appel aux «guérisseurs faiseurs de secret», démarche qui revient au patient, ou à ses proches, s'il veut y faire recours.

L'accompagnement psychologique est nécessaire non seulement pour le patient, mais aussi dans l'optique de maintenir pour tous une capacité de penser intacte qui peut être favorisée par des supervisions régulières d'équipe.

CONCLUSION

La prise en charge somatique des patients brûlés s'améliore d'année en année grâce aux avancées médicales, engendrant en parallèle une augmentation des besoins en santé mentale, avec le constat d'un manque de professionnels formés mais aussi de difficultés à effectuer des études scientifiques de qualité.

Les psychopathologies préexistantes et induites ont un impact important sur la prise en charge somatique. Tout patient brûlé devrait donc pouvoir bénéficier d'un dépistage par un spécialiste en santé mentale avec une certaine systématique.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le patient brûlé devrait systématiquement rencontrer un spécialiste en santé mentale à son arrivée dans le système de soins, le plus tôt possible, puis bénéficier d'une réévaluation avant sa sortie du milieu hospitalier et enfin à distance, en ambulatoire
- Le dépistage concerne aussi bien d'éventuelles psychopathologies prémorbides que la souffrance psychique induite par la brûlure, avec une grande variabilité interindividuelle
- Le processus d'adaptation aux brûlures reste complexe, notamment en ce qui concerne l'image corporelle, et n'est pas corrélé à la gravité des brûlures
- La confrontation des soignants somatiques à la brûlure entraîne inévitablement une association consciente ou inconsciente avec des éléments de leur vécu personnel et il est important de pouvoir aborder ces représentations, notamment lors de prises en charge de situations particulièrement complexes

1 World Health Organization. Burns. 2018. Disponible sur : www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns
 2 *Berger MM, Raffoul W, Maravic P, Séchet V, Chioléro R. Pourquoi deux centres de brûlés adultes en Suisse, dont un au CHUV ? Bull Med Suisses 2004;85:938-43.
 3 Noly V, Schmitt D. La peau dans le langage populaire. Les nouvelles dermatologiques 2006;15: 500-2/537-9.
 4 Anzieu D. Le Moi-Peau. Malakoff: Dunod, 1985.
 5 **Bonvin E, Cochand P. Psychologie du Grand Brûlé. Rev Med Suisse 1998;118 :161-4.
 6 Bergamasco EC, Rossi LA, Amancio ACG, de Carvalho EC. Body Image of Patients with Burns Sequellae: Evaluation Through the Critical Incident Technique.

Burns 2002;28:47-52.
 7 Hudson A, Al Youha S, Samargandi OA, Paletz J. Pre-existing Psychiatric Disorder in the Burn Patient Is Associated with Worse Outcomes. Burns 2017;43:973-82.
 8 *O'Brien KH, Lushin V. Examining the Impact of Psychological Factors on Hospital Length of Stay for Burn Survivors: A Systematic Review. J Burn Care Res 2019;40:12-20.
 9 *Nisavic M, Nejad SH, Beach SR. Intentional Self-Inflicted Burn Injuries: Review of the Literature. Psychosomatics 2017;58:581-91.
 10 Wiechman S, Saxe G, Fauerbach JA. Psychological Outcomes Following Burn Injuries. J Burn Care Res 2017;38:e629-e631.
 11 Wiechman S, Stricklin M, Carrouger GJ, et al. Using Qmethodology to

Identify Reasons for Distress in Burn Survivors Postdischarge. J Burn Care Res 2009;30:83-91.
 12 Wiechman S, Kalpakjian CZ, Johnson KL. Measuring Depression in Adult Burn Injury: A Systematic Review. J Burn Care Res 2016;37:e415-26.
 13 Hobbs K. Which Factors Influence the Development of Post-Traumatic Stress Disorder in Patients with Burn Injuries? A Systematic Review of the Literature. Burns 2015;41:421-30.
 14 Giannononi-Pastor A, Eiroa-Orosa FJ, Kinori SGF, Arguello JM, Casas M. Prevalence and Predictors of Posttraumatic Stress Symptomatology Among Burn Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Burn Care Res 2014;37:e79-89.
 15 Thombs BD, Notes LD, Lawrence JW,

et al. From Survival to Socialization: A Longitudinal Study of Body Image in Survivors of Severe Burn Injury. J Psychosom Res 2008;64:205-12.
 16 Shepherd L, Tattersall H, Buchanan H. Looking in the Mirror for the First Time After a Facial Burns, a Retrospective Mixed Methods Study. Burns 2014;40:1624-34.
 17 Shepherd L, Begum R. Helping Burn Patients to Look at Their Injuries: How Confident Are Burn Care Staff and How Often do They Help?. Burns 2014;40:1602-8.

* à lire
 ** à lire absolument