



La pensée-pansement

De l'importance de la relation de soin dans la prise en charge des patients gravement brûlés

Katia Locatelli

DANS **CAHIERS DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE 2017/1 n° 48** , PAGES 161 À 174
ÉDITIONS **DE BOECK SUPÉRIEUR**

ISSN 1370-074X

ISBN 9782807390942

DOI 10.3917/cpc.048.0161

Date de mise en ligne : 24/04/2017

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2017-1-page-161?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

LA PENSÉE- PANSEMENT

De l'importance de la relation de soin dans la prise en charge des patients gravement brûlés

Katia LOCATELLI*

RÉSUMÉ L'expérience de la brûlure grave bouleverse l'équilibre psychosomatique du sujet et rend ce dernier initialement très dépendant de l'autre. Le psychologue veille toujours à ce qu'une bonne rencontre intersubjective soignant-soigné puisse avoir lieu, car l'instauration d'une relation de soin positive offrira au patient une contenance psychique auxiliaire capable d'influencer profondément son évolution psychologique et somatique. Si les soignants ne se renferment pas dans des mécanismes défensifs rigides, ils seront garants d'une *pensée-pansement*, capable de relancer chez le patient le processus de subjectivation et de réinvestissement narcissique de soi.

MOTS-CLÉS Brûlure, relation de soin, intersubjectivité, narcissisme, subjectivation.

* Psychologue clinicienne et de recherche (Centre de Recherches Psychanalyse, Médecine et Société, EA 3522, Sorbonne Paris Cité, Université Paris Diderot, Paris, France ; Centre de Traitement des Brûlés de l'Hôpital Saint Louis, Paris, France).
Katialocatelli.kl@gmail.com

SUMMARY Severe burn experience subverts the subject's psychosomatic equilibrium and initially renders him very dependent on others. Psychologists always look to ensure that positive intersubjective caregiver-patient encounters occur, as the instauration of a satisfactory caring relationship will offer the patient a psychical auxiliary holding that greatly affects his or her psychological and somatic evolution. If the caregivers do not withdraw into rigid defence mechanisms, they will be the guarantors of a *thinking-bandage*, able to revive the patient's "subjectivization" and narcissistic re-investment processes.

KEYWORDS Burn, caregiver/patient relationship, intersubjectivity, narcissism, subjectivization.

Travailler en tant que psychologue dans un centre de traitement pour patients gravement brûlés amène à se confronter quotidiennement à des sujets porteurs de souffrances psychologiques intenses et très variées. Chaque histoire de brûlure est différente et fait effraction dans un parcours de vie spécifique et unique. Certaines brûlures surviennent, par exemple, à la suite d'un accident domestique ou professionnel, alors que d'autres peuvent être provoquées par des agressions ou des actes criminels. Dans certains cas, les sujets arrivent dans le service à la suite d'une immolation volontaire, tentative désespérée de mettre fin à leurs jours en décidant de brûler vif.

La force du traumatisme, la violence de la mutation soudaine et irréversible de l'image, la souffrance intense d'un corps meurtri et vulnérable ou la conscience douloureuse du long travail à faire pour retrouver un certain équilibre sont constamment au premier plan. Il s'agit alors, pour l'équipe, de faire vivre au patient une expérience humaine thérapeutique et potentiellement féconde, qui puisse soutenir l'émergence du désir et l'ouverture à l'autre, face à toutes les difficultés à traverser. Pour cela, le psychologue veille toujours à ce qu'une bonne rencontre soignant-soigné puisse avoir lieu, dans ce service où le travail de la pensée assure au quotidien son rôle protecteur et réparateur.

Les réactions psychiques à une brûlure grave

L'expérience de la brûlure grave est, dans la majeure partie des cas, un traumatisme psychique capable de mettre à mal le système défensif habituel du sujet.

Souvent, la personne est passée à côté de sa propre mort. La prise de conscience soudaine de la finitude de son existence confronte l'individu à quelque chose de non représentable pour son Moi qui, comme Freud l'affirmait, se croit toujours immortel¹. Pendant quelque temps, le sujet aura donc du mal à refouler une telle expérience. Cette dernière se présente alors à sa conscience et dans ses rêves par des reviviscences intrusives, en attente qu'une première réappropriation psychique soit possible.

En outre, pendant l'hospitalisation, d'autres éléments viennent à perturber l'équilibre psychique du patient. Les douleurs intenses, par exemple, même si traitées avec le plus grand soin par les médecins et les infirmiers, sont très aliénantes, mettent constamment le patient face à la réalité d'un corps et d'une identité blessés et souffrants, et rendent difficile tout refoulement temporaire de sa situation.

Les individus hospitalisés ne peuvent pas ou presque pas bouger et ils sont donc extrêmement dépendants du personnel. Les soins sont fréquents et le patient vit la sensation de se sentir complètement dépossédé de son intimité et de son propre corps. Les actes médicaux doivent souvent se réaliser très rapidement, parfois en situation d'urgence, et ils ne peuvent donc pas toujours respecter la temporalité psychique du sujet brûlé.

En outre, il faut considérer que l'expérience même de l'hospitalisation en réanimation est un stress très intense pour le patient, qui se trouve isolé dans l'environnement aseptique et froid des chambres faisant parfois aussi fonction de bloc opératoire. Pendant des heures, ses seuls repères sensoriels sont les bruits ou les alarmes des nombreuses machines qui l'entourent, la lumière froide de l'hôpital ou les annonces vocales du personnel. Le vécu d'isolement est souvent initialement aggravé par l'impossibilité à parler à cause de la trachéotomie et par le fait que les personnes qui rentrent dans les chambres sont obligées de couvrir leur corps et parfois même

1 S. Freud (1915), « Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, coll. Petite Bibliothèque Payot, 2001.

une partie de leur visage par des protections pour éviter des contaminations bactériennes.

Pour toutes ces raisons, l'état psychique du patient brûlé est ainsi fortement altéré pendant les premiers jours d'hospitalisation. Il est alors important de respecter son besoin de mettre en place des mécanismes de défenses « extrêmes », qui se révèlent souvent passagers, pour faire face à la situation « limite », de surcharge de travail mental, qu'il est en train de vivre. Toute étiquette nosologique définitive doit donc être bannie dans cette première période, à faveur d'une approche diagnostique se concentrant plus sur l'identification d'états psychiques réactionnels à tous ces stress intenses.

Chez les sujets sortant du coma, par exemple, il est fréquent d'observer des états confusionnels-déliants normalement temporaires et réversibles. Le patient présente dans ces cas des sensations de morcellement, des délires confus-oniriques avec le sentiment d'être persécuté, torturé et emprisonné, une désorientation spatio-temporelle et des anomalies de la perception. En effet, ce dernier est tellement dépassé par ce qui lui arrive que son monde interne et ses angoisses prennent une consistance très concrète, au point d'altérer parfois son examen de la réalité. Ces réactions très perturbantes doivent être identifiées et contrôlées par un traitement adapté. Parallèlement, il est fondamental d'aider le sujet à se réapproprier graduellement son unité psychosomatique en essayant de lui offrir l'expérience d'une contenance psychique auxiliaire structurante à interioriser. Le psychologue n'est pas seul dans cette mission, car l'équipe soignante possède, souvent à son insu, un pouvoir thérapeutique essentiel pour le psychisme du patient.

Une deuxième enveloppe psychique pour le patient

L'équipe soignante est composée surtout par des professionnels hautement spécialisés en réanimation, en anesthésie, en chirurgie ou en rééducation. Le psychologue, avec la spécificité de sa position, vouée d'abord à l'écoute, à l'observation et à l'élaboration, plutôt qu'à l'agir immédiat, se confronte constamment à la difficulté d'adapter sa mission à des contraintes pluridisciplinaires très variées, voir, parfois, contradictoires. Toutefois, cette articulation reste essentielle

et incontournable, car l'instauration d'une bonne relation avec les soignants, influencera la qualité de l'évolution psychologique du patient et donc son processus de guérison somatique.

Comme nous l'avons vu, la vulnérabilité corporelle du patient brûlé est associée à une extrême vulnérabilité mentale : la peau réelle est atteinte mais, avec elle, une véritable désorganisation du Moi-Peau est engagée. Anzieu en 1985² a théorisé que le Moi est comme une peau qui maintient, contient, protège, unie et sépare le psychisme, tout en le rendant, dans une bonne mesure, perméable aux stimuli extérieurs. La brûlure, avec tous les ravages qu'elle implique, bouleverse complètement l'équilibre psychosomatique du sujet et met en crise ces fonctions essentielles de son psychisme.

Dans cette situation, l'équipe, vis-à-vis de laquelle le patient est très dépendant, peut jouer un rôle essentiel de deuxième enveloppe psychique supplétive. En effet, la relation avec les soignants est pour le patient toujours très intense et investie, du fait qu'il nécessite des cures vitales comme celles qui peuvent être prodiguées à un enfant. Par leurs soins et leur présence rassurante, les médecins, les infirmiers, les aides-soignants ou les kinésithérapeutes offrent au sujet brûlé une peau substitutive et temporaire, lui permettant de mieux tolérer ce qui lui arrive. Le recours à un état psychique régressif peut consentir au patient de supporter cette étrange condition et représente un signe paradoxal de réussite du processus de soin.

Chaque sujet gravement brûlé porte à l'intérieur de soi, selon la qualité de ses relations primaires et de son histoire de vie particulière, un différent niveau de confiance de base dans la vie et dans les autres³. Certains sujets pourront donc vivre la dépendance et la régression plus facilement, alors que d'autres auront plus de mal à tolérer de devoir se mettre, dans une bonne mesure, dans les mains d'autrui. Le psychologue doit, dans ces derniers cas, travailler pour favoriser un bon transfert sur les soignants et encourager la constitution d'une relation positive.

En effet, pendant les premiers jours d'hospitalisation en réanimation, où l'angoisse du sujet est à son comble, l'équipe est appelée à recouvrir un rôle adulte et pensant face au patient qui aura besoin d'un peu de temps pour intégrer toute la violence des nombreux changements qu'il subit. Il est fréquent d'observer, chez ce dernier, une véritable coupure défensive

2 D. Anzieu (1985), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, coll. Psychismes, 2000.

3 E.H. Erikson (1950), *Enfance et société*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, coll. Actualités Pédagogiques et Psychologiques, 1982.

de sa psyché du corps, lui permettant de denier initialement la perte trop douloureuse de son intégrité psychosomatique. Dans cette première période il est plus profitable de ne pas forcer le patient à une analyse trop précoce de la réalité, même dans les cas où ce dernier aura initialement besoin de croire dans une guérison presque magique.

Il arrive aussi que le patient puisse projeter sur certains membres du personnel ses angoisses paranoïdes, entretenues par la cruauté des soins très douloureux qu'il subit, alors qu'il essaiera de préserver des relations positives avec d'autres. Mélanie Klein (1959)⁴ a bien décrit la spécificité de la position schizo-paranoïde, caractérisée par le clivage entre bons et mauvais objets. Selon elle, cette position peut se reproduire à tout moment dans la vie de chacun d'entre nous, sous l'effet d'une pression interne ou externe importante, comme c'est le cas pour les patients brûlés. En montrant au patient que rentrer en contact avec son désespoir n'altère pas sa capacité de penser efficacement et de bien travailler, l'équipe contient les angoisses du sujet et le rassure. Une équipe unie, solide et « qui tient », même quand elle se trouve à devoir contenir une haine et une agressivité peu structurées, acquiert dans ce contexte toute son importance, car elle permet au patient brûlé d'intérioriser un sentiment de sécurité et stabilité extérieur dans toute la confusion intérieure qu'il vit.

L'accompagnement du patient vers une acceptation dépressive de sa situation et vers la sortie de son état régressif devrait se faire toujours graduellement, dans le respect maximal de ses temps intérieurs. En même temps, ce processus est inconsciemment toujours contrôlé par l'équipe, qui, comme une *mère suffisamment bonne* (Winnicott, 1956)⁵, aide naturellement le patient à devenir de plus en plus responsable et collaboratif dans son processus de guérison, en le confrontant, au bon moment, à un bon niveau de frustration. Progressivement le sujet prendra donc conscience de l'altération définitive de son image, de la diminution de sa mobilité fonctionnelle, de l'impact de sa brûlure sur son travail, sur ses relations, sur sa sexualité et ainsi, parfois, de la nécessité de repenser son avenir. Il pourra à ce moment vivre un sentiment d'étrangeté vis-à-vis de soi-même capable de mettre, de nouveau, profondément en crise son sentiment identitaire. Un long travail de deuil de l'image et des sensations corporelles

4 M. Klein (1959), « Les racines infantiles du monde adulte », in *Envie et gratitude*, Paris, Gallimard, coll. Tel, 2008.

5 D.W. Winnicott (1956), « La préoccupation maternelle primaire », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, coll. Science de l'Homme, 2014.

passées, mais aussi de réinvestissement et de réappropriation de soi attend le patient et, même dans ces cas, l'autre jouera un rôle crucial.

La pensée-pansement

L'image atteinte du patient brûlé plonge ce dernier dans un état d'indétermination et d'insécurité intérieure très fragilisant pour son narcissisme. Dans la grande partie des chambres du service les miroirs sont absents, afin que l'exposition à la nouvelle image se fasse graduellement et seulement une fois que les greffes seront en bonne voie de cicatrisation. Cette absence de retours concrets va toutefois être comblée par les échanges intersubjectifs des soignants, qui offrent au sujet brûlé, par leurs regards, leurs paroles ou leurs contacts tactiles, un *rôle de miroir* humanisant et rassurant. En effet, les membres du personnel ne lui reflèteront pas une image figée, concrète et donc potentiellement aliénante. Par leur sensibilité ces derniers se trouveront à renvoyer au patient, plus ou moins consciemment, des éléments essentiels de son expérience psychosomatique et émotive⁶.

Le sujet brûlé, comme un enfant, devra réapprendre, grâce à l'aide de l'équipe, à manger tout seul, à respirer naturellement ou à marcher. Il redécouvrira progressivement le goût de l'eau et le plaisir de parler. Il devra combattre, depuis la prise des greffes, contre sa propre peau, qui tendra à se rétracter et à le limiter dans sa liberté de mouvement. Il s'agit pour lui d'une véritable redécouverte de sensations et de rythmes corporels personnels. Ces apprentissages physiologiques relancent, comme dans l'enfance, l'activité mentale du sujet⁷. Mais ces apprentissages sont également intimement liés à l'autre qui les permet, les observe, les célèbre et les encourage. En outre, la mise en forme par la parole des vécus du patient pendant ces petites-grandes conquêtes personnelles, donne à ce dernier la sensation essentielle d'exister et d'être reconnu dans sa subjectivité. Les soignants peuvent ainsi éloigner les fantasmes de monstruosité associées à l'indétermination de la nouvelle image et aident l'individu brûlé à re-subjectiver son propre corps et à restructurer son identité, par un ancrage solide de la psyché dans le corps.

6 Selon D.W. Winnicott l'environnement primaire a le rôle crucial de refléter au sujet des aspects essentiels de soi. L'individu peut ainsi se sentir existant, reconnu et intégré (D.W. Winnicott (1971), « Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant », in *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, coll. Folio Essais, 2013).

7 E. Gaddini, « Notes on the mind-body question », in *The International Journal of Psychoanalysis*, 1987, 68:315-329.

Ce travail fondamental, généralement insuffisamment reconnu et peu valorisé dans ces services, n'est pas seulement l'apanage exclusif du psychologue. En effet, il est surtout réalisé par des aides-soignants ou par des infirmiers pendant les longs soins quotidiens prodigués au patient et fait souvent partie de leur savoir expérientiel inconscient. Ces derniers offrent une véritable fonction de *rêverie* (Bion, 1962)⁸ : ils reçoivent en eux mêmes les vécus que le sujet brûlé est trop démuné pour élaborer et les contiennent à sa place. La parole qui circule dans l'équipe, parfois encouragée par des interventions ponctuelles du psychologue, permet de métaboliser les éléments bruts qui proviennent du contact avec le patient. Les soignants restitueront à ce dernier les contenus psychiques de son monde interne seulement quand il sera en condition de pouvoir les intégrer.

Pendant mon expérience clinique au sein de ce service, j'ai été souvent témoin de la force de ce travail discret mais essentiel des équipes. Si certains patients ont pu réagir et continuer à se battre pour vivre, malgré leur situation somatique et/ou psychologique, parfois très critiques, c'est surtout grâce au rôle essentiel joué par la relation intersubjective soignant-soigné.

Ce sont de petites scènes de vie quotidienne du service qui nous font prendre conscience de la force transformative des expériences de *holding*⁹ offertes par les soignants, capables, par la « prise en charge » psychique et non seulement somatique des patients, d'assurer des évolutions surprenantes chez ces derniers. Je pense par exemple à un moment très significatif avec monsieur M., un patient suicidaire brûlé au 50 % de la surface corporelle. Ce dernier sortait de la réanimation et une canule phonatoire pour lui permettre de communiquer venait d'être posée sur sa trachéotomie.

Pendant mon entretien avec lui je me suis rendu compte que sa bouche très sèche le faisait beaucoup souffrir et que parler représentait encore un effort très douloureux pour lui. J'ai ainsi appelé son aide-soignante laquelle, dès sa rentrée dans la pièce, a enveloppé le patient dans des mots doux et en même temps vivifiants. En parlant du corps et des « belles cicatrices » de l'homme, elle se félicitait des petits progrès qu'il était en train de faire, comme l'acte de pouvoir lever de quelques centimètres son bras ou de pouvoir plier un tout petit peu ses mains, dont la peau avait été greffée.

8 Capacité de prendre en soi des éléments psychiques bruts et de les métaboliser pour les restituer mieux assimilables à l'autre. Ce concept a été introduit par W. Bion (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, coll. Bibliothèque de Psychanalyse, 2003).

9 C'est-à-dire de portage, de maintien et de soutien des capacités psychiques du patient par son appui à l'autre, afin de permettre l'intégration du Moi. Cette notion a été théorisée par D.W. Winnicott (D.W. Winnicott (1960), « La théorie de la relation parent-nourrisson », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, coll. Science de l'Homme, 2014).

Cette professionnelle ne connaissait pas dans le détail l'histoire du patient, ni les raisons de son geste désespéré, mais en s'accordant émotionnellement avec lui, elle a pu rentrer en contact avec sa souffrance de fond. Elle a donc exprimé à monsieur M., pendant les soins, qu'elle ne savait pas pourquoi il avait fait « ça » (sous-entendant sa tentative d'autolyse) mais qu'il y avait une solution pour tout si on se laissait aider par les autres et si on se donnait le temps de se comprendre. Elle lui a demandé s'il avait envie de se battre avec nous et le patient a acquiescé d'un petit signe de tête. Monsieur M. était tellement soulagé par les sensations agréables déclenchées par un « banal » soin de bouche, et il se sentait en même temps tellement rassuré par la présence apaisante et « bien accordée » de l'autre, qu'il a pleuré de plaisir.

En effet, cette aide soignante, si contenante, synchronisée à son état intérieur et disponible, a fait vivre à cet homme le sentiment d'être bien « porté » et de ne pas être seul. Tout naturellement, en mettant des mots sur l'expérience du patient, elle a concouru à la restructuration des processus représentatifs de son corps et, en facilitant un bon transfert sur l'équipe, elle a encouragé chez lui un refoulement temporaire de ses problèmes personnels, afin de lui permettre de se concentrer d'abord sur sa guérison somatique.

Une fois que toutes les deux sommes sorties de la chambre, l'aide-soignante a pu m'exprimer ses préoccupations vis-à-vis du patient et de son évolution. C'est en réfléchissant avec elle que, par les portes vitrées, nous avons surpris monsieur M. en train de regarder avec intensité ses mains et ses bras, comme s'il les voyait pour la première fois, et commencer à s'entraîner tout seul pour réapprendre à les bouger.

Si quelqu'un est à l'écoute de la personne, l'espoir peut renaître. Si le sujet peut se laisser joindre par la main qui lui est offerte par l'autre, il pourra trouver une accroche à la vie capable de relancer le désir, en laissant toujours une place à des nouvelles occasions de plaisir. C'est donc grâce à ces expériences positives de rencontre, à même de réactiver des processus de symbolisation d'états corporels et mentaux non verbaux, que les patients peuvent trouver en eux-mêmes les ressources pour faire face à la brûlure et à la souffrance psychique sous-jacente.

Les soins aux personnes brûlées sont inévitablement très fréquents, parfois longs et douloureux. Leur réalisation demande ainsi au personnel paramédical des connaissances expérientielles non seulement techniques mais aussi psychologiques. Les soignants développent une sensibilité particulière et un savoir-faire parfois très raffinés, capables de préparer le sujet, de le rassurer, de réduire son stress et de le faire sentir soutenu pendant tout le soin, afin d'éviter que les gestes médicaux soient vécus comme trop traumatiques par ce dernier et que la relation thérapeutique en soit affectée.

Une véritable *pensée-pansement* indispensable au patient pour réinvestir narcissiquement son propre corps et l'intégrité de soi est donc souvent intégrée aux gestes quotidiens du personnel. En effet, si la relation de soin est capable d'une pensée intersubjective sensible et ouverte à l'autre, elle pourra protéger, comme un pansement, les blessures psychiques du sujet, pendant qu'un processus de « cicatrisation » prend force à l'intérieur de lui. Grâce à cette fonction de l'équipe, l'individu pourra graduellement commencer à penser ce qui initialement était pour lui impensable et s'inscrire ainsi dans un parcours positif d'élaboration psychique, de guérison somatique et de vie.

Être touché par l'autre

Travailler au contact de ces patients n'est cependant pas toujours facile pour les équipes. En effet, les soignants ne sont pas toujours à l'abri des mécanismes identificatoires déclenchés dans la relation avec les individus dont ils s'occupent et peuvent parfois être très « touchés » par la douleur et par la souffrance véhiculée par ces derniers. Il est fondamental de rester toujours un peu perméables aux patients et aux réactions qu'ils réveillent chez nous car, comme on l'a vu, cela nous permet de comprendre ces derniers davantage, de les impliquer affectivement dans leur projet thérapeutique et donc de mieux les soigner.

Cependant, pouvoir sentir le patient, emphatiser avec lui afin de répondre de façon adaptée à ses vécus profonds, tout en continuant à bien réfléchir sur la prise en charge et bien soigner, demande une grande énergie supplémentaire aux

membres de l'équipe, qui se trouvent parfois confrontés à des tensions émotionnelles intenses normales.

Apprendre à écouter soi-même face au patient devient le seul recours réellement efficace face à tout cela. Si le soignant prête attention à ses émotions, tout en préservant des espaces de dialogue et d'échange avec les collègues, il aura plus de chances de transformer sa souffrance en pensée, de la mettre en mots et donc de ne pas la laisser agir sur lui ou sur les autres. L'identification avec le patient peut, en effet, facilement déclencher des défenses psychiques nécessaires à se protéger des émotions réveillées, qui peuvent porter atteinte à l'équilibre personnel du soignant. Ruzniewski (1999)¹⁰ a bien étudié ces mécanismes défensifs inconscients qui prennent la forme de la banalisation, de la rationalisation ou de l'esquive de la souffrance d'autrui. « Se mettre dans la peau de l'autre », alors que l'autre est lui-même temporairement « sans peau », peut aussi exposer les membres du personnel à une dangereuse empathie collusive. Ruzniewski¹¹ montre alors également comment il peut être facile de tomber dans une approche de sauvetage idéalisé du patient, dans une fusion identificatoire symbiotique ou, au contraire, dans une fuite défensive vis-à-vis de sa souffrance.

Néanmoins, dans un service comme le centre des brûlés, le besoin d'agir rapidement et efficacement, impose souvent aux soignants de mettre de côté tout ce qui relève de leur monde émotionnel interne. L'« urgence » appliquée de façon indiscriminée à tous les actes peut elle aussi représenter une véritable défense qui bloque la pensée et toute tentative de compréhension profonde des réactions déclenchées par certaines situations cliniques complexes. Le risque de laisser « glisser » le patient dans un abandon de soi, face à la réalité désolante, impossible à penser, de sa condition, est toujours présent et menace l'adhérence aux soins, essentielle à son rétablissement.

La présence du psychologue est donc indispensable vis-à-vis des équipes pour légitimer, dans un univers qui tend vers l'hyper-bio-médicalisation et technicisation de la prise en charge, l'existence d'un champ d'écoute des affects, des limites et des vécus subjectifs de chacun, toujours dans le respect des priorités thérapeutiques et des différents temps d'élaboration subjectifs et collectifs. En effet, une bonne

10 M. Ruzniewski (1999), *Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants*, Paris, Dunod, coll. Action Sociale, 2014.

11 *Ibid.*

compréhension et prise en charge de l'autre est parfois possible seulement grâce à une meilleure compréhension de soi.

La force du psychique

Les histoires des patients du centre sont toutes très différentes entre elles mais, en les écoutant, il est surprenant de remarquer que souvent la brûlure arrive dans de moments de vie particuliers, caractérisés par un besoin accru, plus ou moins conscient, d'aide et de soutien extérieurs. Toutefois, comme Roussillon l'affirme, le patient a d'abord besoin « *de mesurer le degré de sécurité de la situation* » pour savoir « *jusqu'où il peut laisser revenir à la surface psychique les zones blessées de son histoire* »¹². Ainsi, si les sujets hospitalisés vivront l'expérience d'une relation intersubjective avec l'équipe suffisamment bonne, ils pourront souvent commencer à élaborer certaines problématiques personnelles cruciales. En effet, l'expérience de la brûlure permet fréquemment de réactualiser, après-coup, d'autres traumatismes anciens ensevelis dans l'inconscient du patient. L'hospitalisation devient, dans ces cas, une occasion privilégiée pour commencer, par la médiation des autres soignants, un travail d'historicisation et de restructuration psychique profond avec le psychologue. Plusieurs ont été les cas de patients que j'ai rencontrés dans le service qui ont pu exprimer la touchante constatation de vivre une expérience de rencontre humaine extrêmement thérapeutique.

« *C'est la première fois dans ma vie que quelqu'un s'occupe comme ça de moi. Je n'ai jamais vécu cela* », m'a dit un jour une dame hospitalisée, en pleurant d'émotion. Ne pouvant pas bouger et en se sentant ainsi dépendante comme un bébé vis-à-vis des soignants, elle repensait à son enfance, vécue comme si elle était déjà une adulte, avec un père très violent et une mère affectivement lointaine.

« *Cette nuit, j'étais très angoissée en pensant à tout ce que j'ai perdu dans l'incendie. L'aide soignant est resté avec moi jusqu'à que je me sente mieux. Je me sens entourée ici* » me confie une patiente de 80 ans, vivant depuis plusieurs années seule et isolée. Pendant l'hospitalisation elle a pu redécouvrir le plaisir de nouer des relations avec les autres et elle a décidé d'intégrer, à sa sortie du centre, un foyer pour personnes âgées.

12 R. Roussillon, « Intersubjectivité et inter-intentionnalité », *Enfances & Psy*, 2014, 62:39-49, p. 47.

« *C'est comme si j'étais né une deuxième fois ici* » m'a avoué un jour un patient SDF qui s'est sauvé par miracle et qui a pu, pendant sa longue hospitalisation, se sevrer de sa dépendance à l'alcool et ainsi faire face à certaines difficultés personnelles cruciales.

Je garde dans ma mémoire une longue liste d'exemples de ce type, qui nous donnent la mesure du potentiel transformatif que la prise en charge peut avoir pour les patients si nous ne perdons pas l'occasion de répondre à la demande sous-jacente de soutien psychique qu'ils portent à l'intérieur d'eux-mêmes. En effet, il est fondamental, dans des services où la guérison somatique reste à juste titre prioritaire, de ne pas oublier de considérer la personne dans sa globalité. Des blessures de l'âme bien plus profondes des brûlures de la peau, sont parfois en attente d'une prise en charge. Ne pas s'occuper du patient au niveau psychologique, surtout lorsque la brûlure survient presque à signifier une impossible prise en charge de soi, correspond à lui infliger une douloureuse expérience de rejet et d'indifférence vis-à-vis de son individualité.

Pour cela, les soins médicaux au patient doivent être accompagnés par une *pensée-pansement*, capable de relancer les processus de mise en mot de l'expérience et d'appropriation subjective de soi. L'équipe, quand elle peut accueillir et penser la souffrance véhiculée dans la rencontre avec le sujet brûlé, pourra aider ce dernier à sortir d'une modalité de fonctionnement défensive, en lui donnant un témoignage substantiel des capacités apaisantes et thérapeutiques du psychique. C'est donc par l'étayage offert par une bonne relation de soin, que le patient, dans son travail avec le psychologue, pourra trouver le chemin subjectif pour continuer à assurer des avatars vitaux à sa personne.

- D. ANZIEU (1985), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, coll. Psychismes, 2000.
- W. BION (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, coll. Bibliothèque de Psychanalyse, 2003.
- E.H. ERIKSON (1950), *Enfance et société*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, coll. Actualités Pédagogiques et Psychologiques, 1982.
- S. FREUD (1915), « Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, coll. Petite Bibliothèque Payot, 2001.

Bibliographie

- E. GADDINI, « Notes on the mind-body question », in *The International Journal of Psychoanalysis*, 1987, 68:315-329.
- M. KLEIN (1959), « Les racines infantiles du monde adulte », in *Envie et gratitude*, Paris, Gallimard, coll. Tel, 2008.
- R. ROUSSILLON, « Intersubjectivité et inter-intentionnalité », *Enfances & Psy*, 2014, 62:39-49.
- M. RUSZNIEWSKI (1999), *Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants*, Paris, Dunod, coll. Action Sociale, 2014.
- D.W. WINNICOTT (1956), « La préoccupation maternelle primaire », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, coll. Science de l'Homme, 2014.
- D.W. WINNICOTT (1960), « La théorie de la relation parent-nourrisson », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, coll. Science de l'Homme, 2014.
- D.W. WINNICOTT (1971), « Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant », in *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, coll. Folio Essais, 2013.