

Brûlures

Revue Française de Brûlologie

Éditorial

Table Ronde 1

« Brûlure et Troubles Psychiques »

Incidence des troubles psychiques rencontrés dans les centres de traitement des brûlés adultes : résultat de l'enquête « un jour donné » 2

G. Perro avec la collaboration de F. Lebreton et G. Goudet-Lunel

Incidence des troubles psychiques chez les enfants brûlés 4

C. Roques

« Jouer avec le feu » : enquête épidémiologique sur les brûlures de l'adolescent secondaires à une conduite à risque 6

H. Descamps, M-H. Grandazzi, E. Jauffret

Préparation du patient Brûlé au regard de l'Autre 8

B. Hécart

Témoignages d'anciens brûlés sur les conséquences à long terme de leurs brûlures sur leur vie sociale et affective 11

Y. Garond, S. Isacu

Le « prendre soin » de l'enfant brûlé en Centre de Rééducation, un travail d'équipe : soignants, enfant, famille 13

A-C. Louf, L. Gottrand, R. Spriet

La réinsertion sociale des patients brûlés adultes avec des troubles psychiques associés 15

V. Berthe

Les patients brûlés gravement perturbés psychologiquement en Centre de Rééducation ; problèmes posés à l'équipe pluridisciplinaire 20

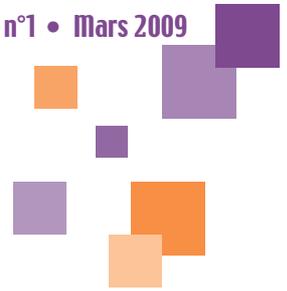
G. Goudet-Lunel et l'équipe de l'Unité de rééducation de grands brûlés

Vie de la SFETB 24

J-F. Lanoy

Note de lecture 29





Éditorial

DEPUIS le congrès d'Arcachon, la revue «Brûlures» n'a plus paru. Vous la retrouvez aujourd'hui avec une nouvelle présentation. En effet, suite à un changement dans la politique générale de gestion de la SFETB et à l'appel d'offres examiné par le conseil d'administration en juin dernier, l'organe de publication a changé, Techni Média Services s'est vu attribuer la charge de l'organisation des congrès, de la tenue du site Web et aussi de la publication de la Revue.

Depuis sa naissance, celle-ci était publiée par Carrefour Médical. Le Dr Raphaël Dali, qu'un grand nombre d'entre vous connaît, en était le responsable et s'y était beaucoup investi. En tant que rédacteur en chef, j'ai eu avec lui une collaboration très étroite et très amicale. La Revue lui doit beaucoup, car il en a démarré la promotion et assuré une publication qui certes n'a pas eu toujours la régularité souhaitable, sans qu'il puisse en être considéré comme responsable puisque les causes ont été essentiellement les retards des auteurs et les difficultés à obtenir les articles souhaités. La séparation s'avère difficile mais il en est souvent ainsi de mariages heureux qui finissent par des divorces pénibles. Quoiqu'il en soit, en mon nom personnel et aussi, je pense en celui de la SFETB, on peut le remercier des années passées au service de la Revue.

La période de transition s'avère difficile ; un hiatus s'est produit dans la continuité de la publication* et nous passons directement au volume X dont les premiers numéros vous apporteront l'essentiel des tables rondes du 28^e congrès. Ce nouveau départ va être l'occasion de réformer (c'est au goût du jour) notre mode de fonctionnement. Le rythme trimestriel restera le même, mais en s'efforçant d'être pour certains numéros plus thématique, ce qui est un souhait de l'édition pour cibler les annonces de nos sponsors. Néanmoins, la diversité de nos lecteurs qui sont avant tout les membres de la SFETB impose de ne pas être trop monolithique.

De toute façon, un numéro devrait rester « spécial congrès » avec les abstracts et les horaires ; un autre numéro sera consacré aux comptes rendus des tables rondes (par exemple celui-ci).

La rubrique « Vie de la SFETB » est obligatoire, de même que les rapports avec les autres sociétés et les annonces de congrès ; la saga sur l'histoire de la SFETB me semble devoir être continuée ; les notes de lecture mériteraient d'être développées. Une place devrait être trouvée pour des articles de Formation Médicale Continue et bien entendu un Éditorial est souhaitable.

Notre journal doit rester aussi ouvert à l'espace francophone, en particulier du continent africain. Bref ce ne sont pas les rubriques qui manquent. Toutes ces idées sont celles d'un rédacteur en chef, qui s'est jusqu'ici trouvé

trop souvent seul décideur, par sa faute, peut-être, cultivant un isolationisme coupable mais aussi encouragé dans cette voie par l'éloignement des autres membres du comité de rédaction et le peu d'enthousiasme de certains. Il est donc apparu nécessaire de réactiver ces comités de rédaction et de lecture. Ce dernier pose moins de problème a priori puisque le travail peut facilement se faire par mail, qu'il n'impose qu'une lecture critique, guidée par des critères d'évaluation.

Le fonctionnement du comité de rédaction est plus difficile et exige des discussions directes où l'informatique peut aider mais sans valoir le contact direct et l'échange verbal. Il doit, en principe, décider du contenu de chaque numéro et valider la qualité des articles et les remarques des relecteurs. Le trop faible nombre des articles soumis, joint à la lenteur de certaines réponses des lecteurs et à l'éloignement des autres membres du comité de rédaction, comme il a été dit plus haut, ont trop souvent conduit le signataire de ces lignes à des décisions guère démocratiques. Par ailleurs la proximité et la facilité de contacts avec le responsable de la publication facilitaient programmation, préparation et impression du journal. Le changement des conditions de parution doit permettre, même et sans doute à cause de certaines difficultés, de changer les habitudes. Un nouveau comité de rédaction, sous l'égide du conseil d'administration, va voir le jour. Une première ébauche apparaît dès aujourd'hui. Par ailleurs, il est apparu souhaitable que l'envoi des articles et l'ensemble du courrier lui arrive directement et non plus par l'intermédiaire du directeur de la publication. Un secrétariat de rédaction a donc été créé ; il sera sous la responsabilité d'un membre de la société (et non d'une secrétaire salariée), J. Charré, qui a accepté ce rôle pour lequel le C.A. l'a nommée, et c'est son adresse e-mail (revue-brulures@orange.fr) qui centralisera le courrier de la Revue.

Enfin, le responsable du site web, F. Ravat, est membre de droit du comité de rédaction. Inversement, le rédacteur en chef de la Revue participe au site web, de façon à assurer une meilleure cohérence.

Telles sont les modifications que va subir la Revue, en espérant qu'elles constitueront une thérapie bénéfique et que la nouvelle Revue avec une équipe de publication nouvelle et enthousiaste, va vers un avenir toujours meilleur.



Serge Baux
Rédacteur en chef

Brûlures

Revue Française
de Brûlologie

Composition, impression

Techni Média Services
B.P. 225
85602 Montaigu Cedex
Tél. 02 51 46 48 48
Fax : 02 51 46 48 50
edition@technimediaservices.fr
www.technimediaservices.fr

Comité de rédaction

(composition provisoire)

Rédacteur en chef

Serge BAUX

Rédacteur en chef adjoint

Marc CHAOUAT

Secrétaire de rédaction

Jacqueline CHARRÉ

Membres

Françoise LEBRETON

Jacques LATARJET

Jocelyne MAGNE

Claude ROQUES

Marie TROMEL

Christine DHENNIN

François RAVAT

(responsable du site web)

Comité de lecture

(composition provisoire)

Vincent CASOLI

Michel MELEY

Anne LE TOUZÉ

Laurent BARGUES

Christophe VINSONNEAU

Marc BERTIN-MAGHIT

Jean-Baptiste DAIJARDIN

Geneviève GOUDET-LUNEL

Yves-Noël MARDUEL

Jean-Michel ROCHET

Sandrine CALVO-RONCIER

Annie COUTON

Hauviette DESCAMPS

Anny-Claude LOUF

Monique STEPHAN

* Nous espérons pouvoir dans le courant de l'année 2009 fournir sous une forme encore non déterminée les 3 numéros manquants, soit les numéros 2,3 et 4 du volume IX, à nos abonnés.

Première Table Ronde du 28^e Congrès de la S.F.E.T.B. : « Brûlure et troubles psychiques »

Au congrès d'Arcachon, deux tables rondes ont été organisées et suivies par une assistance nombreuse. On trouvera ici le compte rendu de la première, résumé par le rédacteur en chef avec les textes de certaines interventions fournis par les auteurs et publiés in-extenso. On trouvera la deuxième table ronde (sur les substituts cutanés) dans le prochain numéro.

La première des tables rondes du 28^e congrès de la S.F.E.T.B. à Arcachon avait pour thème : « Brûlure et troubles psychiques »

Yvonne Garond (*La Tour de Gassies*), Etienne Jauffret (*Bullion*) et Philippe Tedo (*Bordeaux*) étaient les modérateurs de la première partie.

G. Perro avec la collaboration de F. Lebreton et G. Goudet-Lunel a d'abord présenté les résultats d'une enquête un jour donné portant sur 600 patients adultes (*voir texte plus loin*).

C. Roques et H. Descamps ont exposé les résultats d'une enquête identique chez l'enfant comportant 95 réponses (*voir texte plus loin*).

H. Descamps a étudié les problèmes des adolescents et des conduites à risque (*voir texte plus loin*).

M. Cazenave rappela ensuite des notions importantes de nosologie psychiatrique.

J. Magne insista sur la véritable crise de vie et la désorganisation qui accompagnent le parcours de soins du brûlé.

Enfin, P. Tedo s'intéressa aux problèmes de l'adolescent qui, au moment très particulier où il doit structurer son projet d'adulte à travers de nouvelles appréhensions de son corps, tisse avec celui-ci des liens pathologiques aussi énigmatiques pour lui que pour ses parents. Que doivent faire les soignants pour échapper à la tentation de « l'excès de parental », tant désiré et tant redouté, paradoxalement, par ces adolescents en souffrance ?

La deuxième partie a été dirigée par Jocelyne Magne (*Paris*), Simona Isacu (*La Tour de Gassies*) et Anny-Claude Louf (*Villeneuve d'Ascq*).

C. Nachtergaele et l'équipe de Bullion ont présenté un film montrant l'utilisation de la relaxation durant la réalisation des appareillages chez l'enfant brûlé. L'importance de cet aspect relationnel même chez un enfant très jeune, voire un bébé, est ensuite parfaitement démontré.

B. Hécart (*La Musse*) a exposé la préparation du brûlé à la première sortie (*voir texte plus loin*).

Y. Garond a recueilli les témoignages d'anciens brûlés dont l'accident remonte entre 4 et 16 ans et a pu s'entretenir avec onze d'entre eux. La question de savoir si l'on doit dire « j'ai été brûlé » ou « je suis brûlé » est débattue et l'auteur insiste sur le désir de beaucoup de rencontrer d'autres brûlés pour des groupes de parole ou des sorties amicales (*voir texte plus loin*).

A-C. Louf et l'équipe de Villeneuve d'Ascq ont souligné l'importance de l'accueil en centre de rééducation, ce qu'ils appellent « le prendre soin », exigeant une grande cohésion des soignants pour mieux acheminer l'enfant et sa famille vers le « temps des cicatrices » (*voir texte plus loin*).

La réinsertion des adultes brûlés présentant des troubles psychiques a été traitée par V. Berthe de La Musse (*voir texte plus loin*).

Enfin G. Goudet-Lunel a décrit les difficultés de la prise en charge posées à l'équipe pluridisciplinaire et à l'institution par les patients ayant des antécédents psychiatriques connus (avec parmi eux souvent des auto-immolations), les marginaux souvent aussi alcooliques et les jeunes psycho ou sociopathes tels que les drogués ou les délinquants (*voir texte plus loin*).

Incidence des troubles psychiques rencontrés dans les centres de traitement des brûlés adultes : résultat de l'enquête « un jour donné »

G. Perro avec la collaboration de F. Lebreton et G. Goudet-Lunel

Service des Brûlés
Hôpital Pellegrin - Bordeaux (33)

Résumé

Trois enquêtes réalisées un jour donné ont permis de colliger les données d'environ 600 brûlés dans les centres aigus et SSR.

Plus du tiers des patients présentent des problèmes d'addiction (alcool, drogue) et un sur cinq des problèmes sociaux. L'accident est en rapport avec des problèmes psychiques antérieurs une fois sur quatre. Il y a deux fois plus de patients ayant fait des tentatives d'autolyse (le plus souvent par immolation) dans les SSR que dans les centres aigus (22% vs 12%). L'accident collectif semble provoquer plus de séquelles psychologiques ou comportementales que les autres.

- si les troubles psychologiques ou comportementaux non connus avant l'accident étaient découverts pendant l'hospitalisation (l'accident étant le révélateur d'une pathologie psychiatrique méconnue avant),
- si l'accident en lui-même était l'élément initiateur de problèmes n'existant pas avant (conséquences psychiques d'un traumatisme grave).

Mots clés : troubles psychiques, brûlures

◆ Introduction

Tous les acteurs prenant en charge les patients brûlés sont conscients de l'importance des problèmes psychiques préexistants ou déclenchés par l'accident. C'est dans cette optique qu'une évaluation de leur fréquence a été envisagée au sein de la SFETB.

L'équipe a opté pour le choix d'un sondage un jour donné dans les centres aigus et les centres de réadaptation, renouvelé trois fois à deux mois d'intervalle, plus réaliste à envisager qu'un suivi longitudinal.

Il crée néanmoins un biais : le même patient peut être compté une fois en centre aigu et une fois en SSR.

◆ Matériel et Méthodes

Une fiche de renseignements (figure 1) a été élaborée collégialement et finalisée par F. Lebreton (Montpellier).

G. Goudet-Lunel (*La Tour de Gassies, Bruges*) a coordonné l'étude (envoi, résultats, relances).

On y retrouve des données concernant :

- les circonstances de l'accident,
- des précisions sur le mode de tentative d'autolyse si tel était le cas,
- si l'accident était en relation avec une maladie psychiatrique,
- s'il y avait une conduite à risque à ce moment (ex : bricolage et alcoolémie élevée, surf caténaire sur train ou autre...),
- les antécédents psychiques du patient, l'existence de conduites addictives ou de conduite à risque habituelles (type excès de vitesse chronique),
- le contexte social,

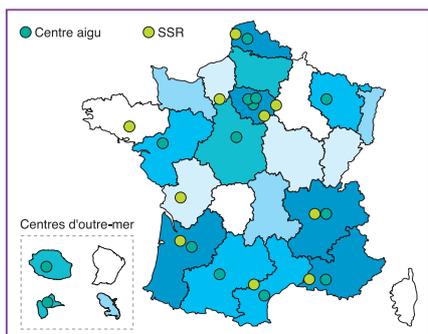
Centre : Aigu <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/>	Date de l'enquête :/...../.....	CLE
Initiales Patient :	Sexe :	Âge

Incidence des troubles psychiques chez les brûlés adultes		
I - Circonstances de l'accident		
Date de la brûlure :/...../.....		
Date d'hospitalisation :/...../.....		
• Domestique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Tentative de suicide <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
• Circulation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	si oui : explosion	
• Loisir <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	de gaz inconnu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
• Travail <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	immolation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
• Agression <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	automutilation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	autre (préciser)	
	• Conduite à risque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Existe-t-il une relation évidente entre accident et troubles psychiques ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
II - Antécédents		
• Suivi par un psychiatre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
• Prise régulière de neuroleptiques et autres <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
• ATCD de tentative de suicide <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
• Conduites addictives : alcool, tabac, drogues <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
• Conduites à risque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
III - Contexte social		
• Marginalisation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
• Situation familiale atypique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
• Situation familiale conflictuelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
• Milieu carcéral <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
IV - Troubles psychologiques ou comportementaux		
• Découverts au cours de l'hospitalisation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
• Déclenchés par la brûlure <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Commentaires :		
.....		

Figure 1 : Fiche de saisie envoyée aux centres de traitement



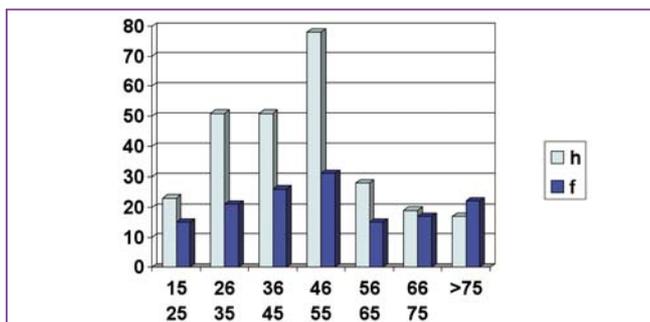
Cette enquête a été réalisée le 7 novembre 2007, le 17 janvier et le 27 mars 2008. 14 centres aigus et 10 SSR ont répondu, permettant d'obtenir une cohorte de 578 malades (figure 2). Elle a inclus les patients brûlés lors de l'accident de Bondy (30/10/2007), permettant d'avoir des données sur les conséquences psychologiques d'un accident collectif.



◀ Fig. 2 : Répartition des centres ayant répondu à l'enquête
 • 14 centres aigus (319 patients)
 • 10 SSR (259 patients)

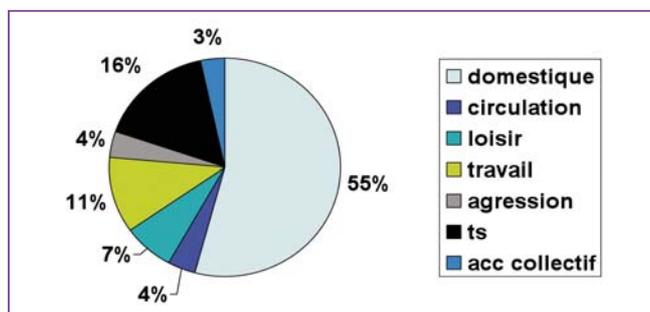
◆ Résultats

La répartition par âge et sexe (graph. 1) est celle habituellement rencontrée dans les services, avec deux hommes pour une femme, majorité d'adultes jeunes.



Graphique 1 : Répartition en pourcentage des patients par tranche d'âge et par sexe lors des 3 enquêtes

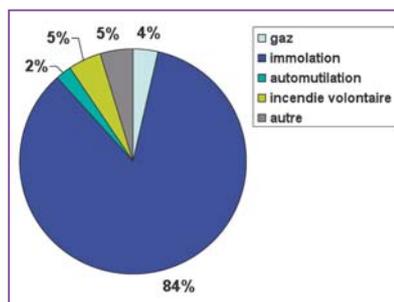
L'origine des accidents montre la part prépondérante des accidents domestiques, peu d'accidents de travail, et 16% d'autolyses (graph. 2).



Graphique 2 : Répartition des circonstances des accidents

Le mode de tentative d'autolyse le plus fréquemment retrouvé dans les services est l'immolation (patients graves à longue durée de séjour) ; les automutilations (type cigarette ou produit caustique) sont peu représentées dans cette cohorte car elles ont une durée de séjour courte (chirurgie rapide en centre aigu, pas de passage en SSR) (graph. 3).

La relation entre troubles psychiques et accident était retrouvée dans 24% des cas ; la notion de conduite à risque au moment de l'accident dans 22% des cas.



◀ Graphique 3 : Répartition des circonstances des tentatives de suicide

Concernant les antécédents :

- 20% du total des patients étaient suivis par un(e) psychiatre ou un(e) psychologue avant l'accident, mais 50% des tentatives d'autolyses étaient antérieurement suivies.
- 20% des patients prenaient des médicaments (antidépresseurs, anxiolytiques).
- 8% du total des patients avaient déjà fait une tentative d'autolyse ; cette proportion monte à 40% si on ne considère que les patients hospitalisés pour TS.
- On retrouve une conduite addictive (alcool ou psychodysléptiques) chez 36 % du total des patients (44% hommes, 25% femmes). Ce chiffre est peut être surévalué : il n'avait pas été choisi de critères objectifs d'addiction (type Gamma GT ou volume globulaire moyen pour l'alcool), il était donc difficile de définir quand commençait une conduite addictive et celle-ci était laissée à l'appréciation du soignant.
- La notion de conduite à risque habituelle est notée chez 20% des brûlés, mais la réponse à cette question a souvent fait double emploi avec la question « conduite à risque au moment de l'accident ».

Sur le contexte social :

- Marginalisation : 13%.
- Situation familiale atypique 18% et situation familiale conflictuelle 18% : les réponses se recoupent.
- Brûlure en milieu carcéral : 2%.

Sur les troubles comportementaux découverts ou déclenchés par la brûlure :

- 6% des patients étaient sédatisés le jour de l'étude, donc non évaluables.
- 14% de troubles méconnus ont été découverts pendant l'hospitalisation ; la fréquence est deux fois plus importante dans les SSR parce que la durée de séjour est plus longue et que ces problèmes ont plus le temps d'apparaître.
- 14% des patients qui n'avaient aucun trouble psychique avant l'accident en ont développé après. La proportion monte à 43% chez ceux qui ont été victimes de l'accident collectif de Bondy.

◆ Conclusion

Une étude un jour donné dans les centres français de traitement des brûlures a montré que plus du tiers des patients présente des problèmes d'addiction et un sur cinq des problèmes sociaux. Une fois sur quatre l'accident est en rapport avec des problèmes psychiques antérieurs. Les patients ayant fait des tentatives d'autolyse (le plus souvent par immolation) représentent 16% de la cohorte, mais ils sont proportionnellement deux fois plus fréquents dans les SSR. Cette étude permet de bien positionner l'importance des problèmes psychiques pris en charge dans les services traitant les brûlures en 2008.

Incidence des troubles psychiques chez les enfants brûlés

C. Roques

CSRE Lamalou le Haut
Lamalou les Bains (34)

Résumé

Trois enquêtes similaires à celles réalisées pour l'adulte ont été faites pour l'enfant (0 à 18 ans). Elles ont recueilli 136 réponses. La relation entre troubles psychiques et brûlures est évidente dans un grand nombre de cas.

Mots clés : brûlures, troubles psychiques, enfant

L'enquête a été réalisée conjointement avec celle de l'adulte, le questionnaire a été adapté à l'enfant (fig. 1). Les items modifiés concernent les circonstances de la brûlure avec le remplacement des items « travail » par « école » et « agression » par « maltraitance » ainsi que dans le contexte social la « marginalisation » par « déscolarisation » et « milieu carcéral » par « suivi éducatif ».

Trois coupes ont été réalisées auprès de 19 centres aigus (CA) et 10 centres de rééducation (SSR) les 7 novembre 2007, 17 janvier 2008 et 23 mars 2008. Le taux de réponses en centre aigu varie de 21,5% à 47,4% avec un pic lors de la deuxième coupe, soit un total de 40 réponses ; en SSR de 40 à 80% avec un pic à la deuxième coupe, soit un total de 96 réponses.

Centre : Aigu SSR Date de l'enquête :/...../.....
Initiales Patient : Âge : ans (ou mois) Sexe : F M

Incidence des troubles psychiques chez les enfants brûlés

I - Circonstances de l'accident

Date de la brûlure :/...../.....

Date d'hospitalisation :/...../.....

- Domestique Oui Non
- Circulation Oui Non
- Loisir Oui Non
- École Oui Non
- Maltraitance Oui Non
- Tentative de suicide Oui Non
- si oui : explosion de gaz Oui Non
- immolation Oui Non
- automutilation Oui Non
- autre (préciser)

Existe-t-il une relation évidente entre accident et troubles psychiques ? Oui Non

II - Antécédents

- Suivi par un psychiatre Oui Non
- Prise régulière de neuroleptiques et autres Oui Non
- ATCD de tentative de suicide Oui Non
- Conduites addictives : alcool, tabac, drogues Oui Non
- Conduites à risque Oui Non

III - Contexte social

- Déscolarisation Oui Non
- Situation familiale atypique Oui Non
- Situation familiale conflictuelle Oui Non
- Suivi éducatif Oui Non

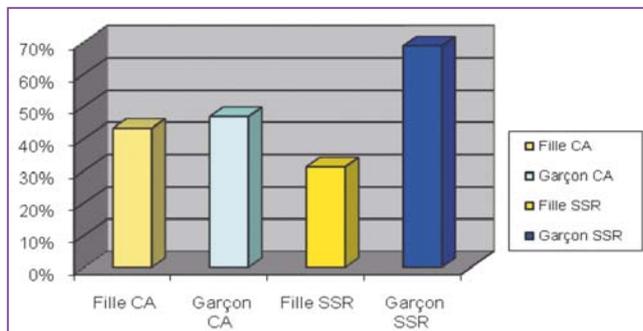
IV - Troubles psychologiques ou comportementaux

- Découverts au cours de l'hospitalisation Oui Non
- Déclenchés par la brûlure et ses conséquences sociales (éloignement familial...) Oui Non
- Absence de troubles Oui Non

◆ Population observée (graphique 1)

Sur les 136 réponses, 3 structures n'avaient pas de patients les jours de réalisation de l'enquête ; 27,8% (37) étaient hospitalisés en centre aigu, 72,2% (96) en SSR. La majorité des patients était des garçons (63%), l'âge moyen de 6,3 ans avec des extrêmes de 1 mois à 18 ans et l'âge médian de 5 ans. La comparaison entre les deux types de structures montre des résultats sensiblement différents ; au niveau de l'âge, les garçons sont plus nombreux en centre de rééducation (65,6% en SSR et 56,6% en centre aigu) ; l'âge moyen est de 4,2 ans avec des extrêmes de 8 mois à 12 ans en CA et de 7,1 ans avec des extrêmes de 1 mois à 18 ans en SSR.

L'âge médian, quant à lui, varie de 3 ans en CA à 7 ans en SSR.

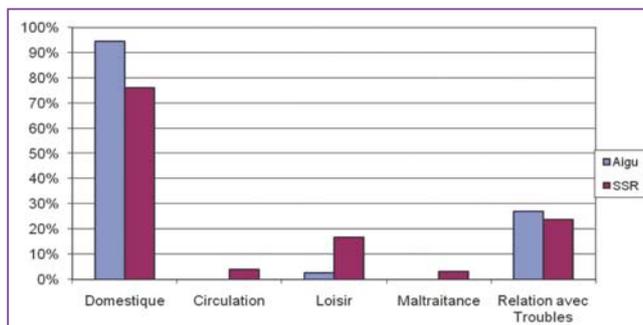


Graphique 1 : Population observée

◆ Circonstances de l'accident (graphique 2)

Sur les 133 réponses, aucune tentative de suicide et aucun accident scolaire ne sont signalés. La majorité des brûlures est liée à des accidents domestiques soit 81% (94,6% en CA, 76% en SSR). Les accidents de loisirs sont la deuxième cause de brûlures soit 14% (2,7% en CA, 16,7% en SSR). Les accidents de la circulation représentent 3% des étiologies essentiellement en SSR (4,7% en SSR, 0 en CA) et les cas de maltraitance 2% (0 en CA, 3,7% en SSR).

Il existe une relation évidente entre accident et troubles psychiques dans 24,8% des cas (27% en CA, 24% en SSR).



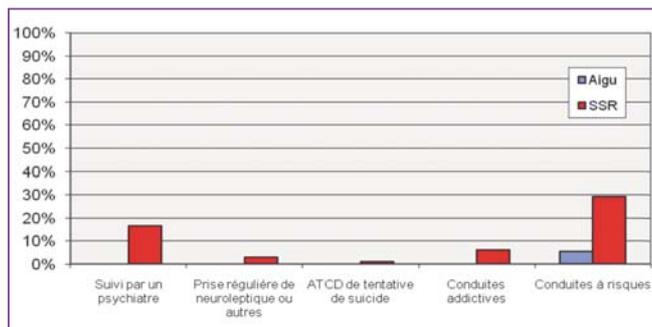
Graphique 2 : Circonstances

Figure 1 : Fiche de saisie envoyée aux centres de traitement



◆ Antécédents (graphique 3)

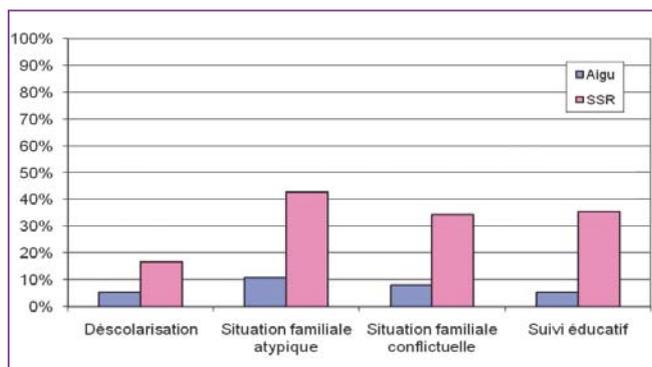
Seules les conduites à risques sont renseignées en centre aigu dans 5,4% des cas contre 29,2% en SSR. Les autres antécédents ne sont notés qu'en SSR ; 67,7% des patients n'ont pas d'antécédents, 33% ont des antécédents souvent multiples. 17% étaient suivis par un psychiatre, 6,3% avaient des conduites addictives et 29,2% des conduites à risques.



Graphique 3 : Antécédents

◆ Contexte social (graphique 4)

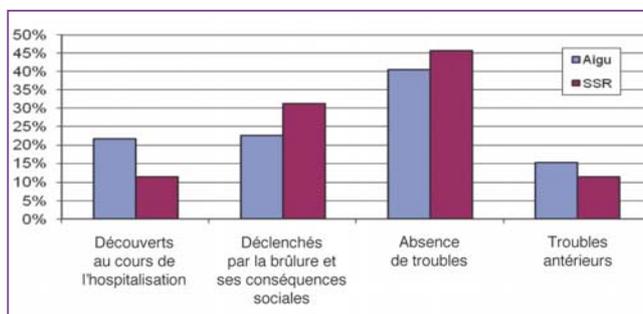
Globalement on retrouve dans notre étude 49% de patients hospitalisés ayant des antécédents sociaux (58% en SSR). Ils sont plus marqués en SSR ; la déscolarisation concerne 13,5% de la population observée (5,4% en CA, 16,7% en SSR), les situations familiales atypiques 33,8% (10,8% en CA, 42,7% en SSR), les situations familiales conflictuelles 27,1% (8,1% en CA, 34,4 en SSR) ; enfin 35,4% des patients ont un suivi éducatif en SSR et 5,4% en CA, soit 27,1% de la population totale de l'étude. Ces items sont souvent associés chez un même enfant.



Graphique 4 : Contexte social

◆ Troubles psychologiques ou comportementaux (graphique 5)

44,3% n'ont pas de troubles (40,5% en CA, 45,8% en SSR), 29,3% des troubles déclenchés par la brûlure (22,6% en CA, 31,3% en SSR), 14,3% des troubles découverts lors de l'hospitalisation hors des troubles générés par la brûlure (21,6% en CA, 11,5% en SSR) et 12,1% de troubles connus antérieurement (15,3% en CA, 11,5% en SSR).



Graphique 5 : Troubles psychologiques ou comportementaux

◆ Discussion

Il n'y a pas de corrélation significative dans les résultats des centres aigus car l'effectif du groupe est réduit. En centre de rééducation, il n'y a pas de corrélation liée au sexe féminin, par contre chez le garçon, les accidents de loisirs sont plus fréquents ($p=0,0095$).

Il y a peu de différences entre garçons et filles au niveau des situations familiales (Atypiques : 24% garçons - 19% filles, Conflictuelles : 19% garçons - 16% filles, Suivi éducatif : 17% garçons - 19% filles).

Les accidents de loisirs sont plus fréquents chez les enfants ayant été suivis par un psychiatre ($p<0,001$), ayant des conduites addictives ($p<0,001$) et/ou des conduites à risques ($p=0,0446$). On retrouve des corrélations entre l'imputabilité des troubles psychiques dans la brûlure et les accidents de loisir ($p=0,0075$), le suivi psychiatrique ($p=0,0005$), les conduites addictives ($p<0,0001$), les conduites à risques ($p=0,0001$) et la déscolarisation ($p=0,0422$).

Les patients ayant un suivi psychiatrique ont plus fréquemment des conduites addictives ($p<0,0001$), des conduites à risques ($p<0,0001$), une déscolarisation ($p<0,0001$), une situation familiale atypique ($p=0,0211$), une situation familiale conflictuelle ($p=0,0002$) de manière isolée ou associée.

◆ Conclusion

Il existe un biais possible dans les résultats car la population est différente entre centre aigu et SSR au niveau de l'âge, de la durée de séjour ; la durée de séjour étant plus longue en SSR, la découverte de troubles psychologiques ou sociaux est plus facile. Les patients des centres aigus ne vont pas tous en SSR ; enfin la tranche 15-18 ans est comptabilisée soit en adulte, soit en enfant.

Cependant la majorité des brûlures est liée à des accidents domestiques (81%). La maltraitance représente 2% des patients dans la population totale. On ne retrouve de tentative de suicide ni en centre aigu ni en SSR. La brûlure est imputable aux troubles psychologiques dans 1/4 des cas ; 1/3 des enfants ont des antécédents (suivi psychiatrique, conduites à risques...). 28,6% des enfants ont un retentissement psychologique secondaire à la brûlure et à ses conséquences ; 27% ont des troubles du comportement non liés à la brûlure. Enfin il existe une grande précarité dans l'ensemble de la population (49% de troubles sociaux sur toute la population, 58% en SSR).

« Jouer avec le feu » : enquête épidémiologique sur les brûlures de l'adolescent secondaires à une conduite à risque

H. Descamps, M-H. Grandazzi, E. Jauffret

Hôpital de Pédiatrie et de rééducation de Bullion (78)

Résumé

« Jouer avec le feu » est une expression, chez l'adolescent, parfois employée au sens propre. L'adolescence est une période de transition, de flottement, d'incertitude où l'adolescent explore ses limites par des conduites dangereuses par défis envers son entourage (amis, famille).

Les enquêtes épidémiologiques sont réalisées, en général, sur la population globale enfant et adolescent.

Notre travail se propose de cibler plus particulièrement la tranche d'âge 12-17 ans afin d'évaluer les caractéristiques de cette population et individualiser les accidents relevant d'une conduite à risque.

Mots clés : brûlures, adolescents, conduite à risque

◆ Définitions

La conduite à risque est une exposition de soi à une probabilité non négligeable de se blesser (ou mourir), de léser son avenir personnel ou mettre sa santé en péril. On peut la distinguer de l'équivalent suicidaire qui est la conscience du désir de mort, sans intention délibérée de se blesser (ou se tuer) et de la tentative de suicide où l'intention de se blesser (ou de se tuer) existe.

◆ Population et méthode

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur les dossiers d'enfants hospitalisés à l'Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion entre 1995 et 2006 soit 81 adolescents de 12 à 17 ans qui représentent un peu moins des 1/10 de l'ensemble des enfants brûlés pendant cette période (9,2% sur un total de 890 enfants brûlés). Pour chaque adolescent sont colligés : l'âge, le sexe, les circonstances et le lieu de l'accident, l'agent responsable.

L'analyse des circonstances de la brûlure permet de différencier plusieurs groupes d'adolescents (accidents non intentionnels, conduite à risque, tentative de suicide) même si cette classification est approximative car la connaissance précise et avouée du contexte fait parfois défaut. Le groupe « conduite à risque et tentative de suicide » fait l'objet d'une analyse plus approfondie des antécédents, du contexte social, de la situation scolaire, du comportement au cours de l'hospitalisation, des conséquences psychosociales.

◆ Résultats

2 patients sont retirés de l'étude car ils présentent un retard psychomoteur. Parmi le 79 autres, l'âge moyen est de 13 ans et 7 mois. La proportion de garçon est de 73%. La surface

cutanée brûlée moyenne est de 29%. L'agent responsable est la flamme dans 71% des cas, les liquides dans 15% et l'arc électrique (caténaïres SNCF) dans 14% des cas. L'accident survient dans 54 % des cas hors du domicile, dans 22 % des cas au domicile et dans le reste des cas il n'est pas précisé.

L'analyse des circonstances de l'accident permet de séparer la population en sous-groupes (figure 1) : 39 adolescents (50%) constituent un sous-groupe « conduite à risque » avec parmi eux 2 tentatives de suicide (tableau 1).

40 adolescents (50%) constituent un sous-groupe « autre » qui comporte 2 cas de maltraitance et 38 accidents dans lesquels la conduite à risque est absente ou peu évidente même s'il y a imprudence (tableau 2). Aucun cas d'équivalent suicidaire n'a été diagnostiqué.

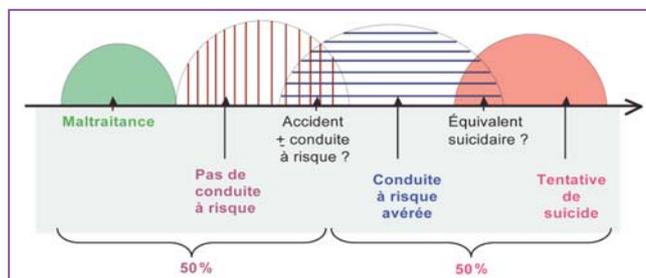


Figure 1 : Circonstances de l'accident

Circonstances de l'accident		
Groupe « conduite à risque »		
- flamme : jeux avec essence		20
jeux avec alcool à brûler		1
explosion fumigène		5
cigarette		1
- arc électrique (wagon SNCF)		10
	-----	-----
	Total	37
Tentative de suicide :		
- flamme : incendie de maison		1
feu de vêtement		1

Tableau 1 : Groupe « conduite à risque » et TS : 39 adolescents

Circonstances de l'accident		
Maltraitance :		
- flamme : incendie		1
- eau bouillante		1
Pas de conduite à risque avérée :		
- flamme : barbecue		10
accident de voir publique		5
feu (tiers en cause, autre que jeu entre ados)		4
incendie		3
- liquide : huile (friteuse et fondue)		12
liquide bouillant (autre)		4

Tableau 2 : Groupe « autre » : 40 adolescents



Le sous-groupe « conduite à risque » ne diffère pas du groupe « autre » par l'âge moyen (13 ans 10 mois vs 13 ans 8 mois). Il y a plus de garçons (87% versus 60%) la surface cutanée brûlée moyenne est plus importante (34% versus 25%).

Dans les 2 groupes, l'agent responsable est la flamme dans 72% et 70% des cas, mais dans le groupe « conduite à risque » les 28% restants des cas ont une brûlure secondaire à un arc électrique alors que dans le groupe « autres » l'agent responsable est un liquide dans les 30% des cas restants.

Le lieu de l'accident diffère nettement selon qu'il s'agit d'une conduite à risque : 85% des cas hors du domicile ou d'un accident : 20% des cas hors du domicile.

Les antécédents, le contexte social et la situation scolaire du groupe « conduite à risque » sont réunis dans les **tableaux 3, 4, 5**. Au cours de l'hospitalisation, seul un tiers des adolescents de ce groupe n'a pas de trouble du comportement. 17 ont eu un ou plusieurs avertissements de conduite et 7 ont été exclus (**tableau 6**). Tous se sont vus proposer un soutien psychologique, parfois refusé. Seuls 9 enfants sur 39 ont eu un traitement psychotrope médicamenteux. Sur le plan social, un signalement a été nécessaire 3 fois, un placement 5 fois. 2 adolescents ont eu un signalement associé à un placement. Au total, une mesure sociale a été appliquée pour 10 patients soit un quart du groupe « conduite à risque ».

Antécédents personnels	
- Pas d'ATCD ou ATCD non renseignés	71%
- ATCD de conduite à risque, d'autres accidents	20%
- ATCD psychiatriques	5,5%
- ATCD de tentative de suicide	3,6%

Tableau 3 : Groupe conduite à risque, 39 adolescents

Contexte social	
- Bon ou non renseigné	29%
- Dislocation familiale	39%
- Parents malades ou décédés	29%
- Violence intra-familiale	4%

Tableau 4 : Groupe conduite à risque, 39 adolescents

Situation scolaire	
- Normale ou 1 an de retard	68%
- Plus d'1 an de retard ou éducation spécialisée	32%
- Déscolarisation	2%

Tableau 5 : Groupe conduite à risque, 39 adolescents

Comportement en cours de l'hospitalisation	
- Bon	35%
- Troubles d'importance moyenne (un avertissement maxi)	42%
- Troubles importants (dépression sévère, plus de 2 avertissements, exclusion)	23%

Tableau 6 : Groupe conduite à risque, 39 adolescents

◆ Discussion

Les enquêtes épidémiologiques réalisées chez l'enfant de 0 à 17 ans montrent que les brûlures sont causées par des liquides chauds dans 73% des cas et surviennent à domicile. Mais ces données sont le fait essentiellement des enfants de 0 à 4 ans qui se brûlent trois fois plus souvent que tous les autres âges confondus et ne tiennent pas compte des particularités de la population adolescente. Nous constatons dans cette étude que les brûlures par flamme représentent 70% et 72 % des 2

populations d'adolescents « conduites à risque » et « autres » et que majoritairement, la brûlure survient, contrairement au petit enfant, hors du domicile, notamment pour le groupe « conduite à risque ». Parmi les agents responsables de la brûlure, il faut noter l'importance du rôle de l'essence (en cause dans 38% des cas) que ce soit dans le groupe « conduite à risque » où des jeux avec essence sont en cause 1 fois sur 2 (20 cas), mais aussi dans le groupe « autres » où l'essence est utilisée pour allumer les barbecues (10 cas).

Le profil psychologique de l'adolescent susceptible de prendre des risques inconsidérés est bien étudié. Se mettre en danger peut être un mode d'expression sur un terrain anxieux, parfois dépressif pour des raisons diverses : une mésestime de soi, un sentiment de culpabilité, un manque de limites ou de repères ou d'autorité à laquelle s'opposer, une incapacité à se protéger, à respecter les règles, une immaturité affective. Ce peut être encore un manque d'intérêt à communiquer, à exprimer ses émotions. Toutes ces attitudes poussent l'adolescent au passage à l'acte en se mettant en danger. Dans notre série, ce profil est rencontré chez la moitié des adolescents. Nous n'avons pas observé d'acte « équivalent suicidaire » ou conduite ordalique, sorte de « roulette russe » où l'adolescent s'en remet au destin : « je verrai bien si j'en réchappe ! » et dénie l'intention suicidaire en maquillant son geste en accident. Dans l'échelle de gradient des conduites à risque, la tentative de suicide est le stade ultime retrouvé chez 2 de nos adolescents.

Les facteurs de risque des conduites à risque sont principalement un environnement défaillant, les troubles du comportement et la répétition des accidents. Dans notre étude, le contexte social est perturbé dans 70% des cas avec une proportion remarquable de parents proches décédés ou porteurs d'une maladie grave ou handicapante. Il est difficile dans une enquête rétrospective d'avoir un idée précise du comportement antérieur à l'accident et, par conséquent, la proportion de 20% d'autres accidents et conduites à risque que nous constatons dans les antécédents, est probablement sous évaluée. Pourtant, c'est un élément important car le risque d'avoir un 2^e accident dans les 18 mois suivant le premier accident est 3 fois plus important. La répétition des accidents doit donc être recherchée systématiquement et inciter à plus de vigilance. L'enquête psychosociale s'impose d'autant plus qu'un comportement difficile au cours de l'hospitalisation est observé chez les deux tiers de nos adolescents « à risque » : près de la moitié ont eu un ou plusieurs avertissement et 7 ont été exclus. Le séjour en Soins de Suite et réadaptation (SSR) est l'occasion d'élaborer un travail pluridisciplinaire avec la famille et les partenaires sociaux parfois judiciaires et de prendre les mesures nécessaires : psychothérapie, traitement anti dépresseur rarement, anxiolytiques parfois et surtout mesures éducatives et judiciaires de protection de l'enfance en danger (orientation spécialisée, signalement, placement).

◆ Conclusion

Une brûlure chez un adolescent – comme tout accident sévère et d'autant plus qu'il s'agit d'accidents à répétition – doit déboucher sur une évaluation psychosociale.

Le contexte de la brûlure oriente vers une conduite à risque mais c'est le profil évalué à partir du comportement, des antécédents, du contexte familial qui déterminera la nécessité d'une prise en charge psychologique, pédopsychiatrique et/ou sociale par une équipe formée à cette population à risque.

Préparation du patient Brûlé au regard de l'Autre

B. Hécart

Psychologue clinicienne
Service du Dr Lanoy - Hôpital La Musse
Saint Sébastien de Morsent (27)

« Nous ne sommes nous qu'aux yeux des autres, et c'est à partir du regard des autres que nous nous assumons comme nous-mêmes »

Jean-Paul Sartre, *L'être et le néant*

Résumé

À partir d'une étude anglaise sur les préoccupations psychosociales de patients présentant des lésions défigurantes, une réflexion pluridisciplinaire est menée au sein du service des brûlés de l'hôpital La Musse autour de la « préparation » de ces patients au regard de l'autre.

Ce questionnement s'intègre dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles, avec la mise en place d'un protocole d'accompagnement en vue d'une première sortie extérieure.

Mots clés : brûlures, suivi psychologique

Mon intervention aujourd'hui consiste à vous présenter toute une réflexion que nous menons au sein de notre service de rééducation depuis maintenant plusieurs mois sur l'accompagnement du patient brûlé au regard de l'Autre.

Pourquoi ce thème ? Tout d'abord, parce qu'une des deux thématiques abordées lors du congrès s'articulait autour des troubles psychiques, et parallèlement ce fut également l'occasion de répondre à un réel besoin des patients brûlés en inscrivant notre réflexion dans le cadre d'une Évaluation des Pratiques Professionnelles.

I. L'arrivée du patient dans un service de rééducation fonctionnelle

Les patients accueillis à la Musse dans le service de rééducation fonctionnelle sont admis après un séjour plus ou moins long dans un milieu de soins aigus.

Aussi, cette transition entre ces deux lieux représente pour les patients un temps particulier où la prise de conscience de ce corps à la fois « vivant » et altéré va peu à peu s'imposer à eux. Le milieu aigu est un espace clos et protecteur dans le sens où le patient est d'une certaine façon préservé de la réalité et des conséquences de ses brûlures. Dans le centre de rééducation, le sujet brûlé va se « découvrir » dans tous les sens du terme. Beaucoup de patients ne peuvent pendant le début du séjour se regarder, ni même se toucher.

L'approche du soignant est alors importante, car il va, lui aussi, découvrir l'ampleur du traumatisme et les personnes brûlées vont être sensibles à l'expression du visage qui leur donnera une représentation de leur brûlure.

Puis viendra le temps de la rencontre avec la famille, une rencontre peut-être différente du service aigu. La proximité

et l'intimité vont côtoyer le réel de la situation, il s'agit de passer du temps ensemble, de se regarder, de se reconnaître... Tous ces regards sont d'une importance capitale pour le patient brûlé dans la restauration de son image corporelle.

II. Notre démarche aujourd'hui

Néanmoins, dans notre évaluation des pratiques professionnelles, nous allons plus spécifiquement nous intéresser à cet « Autre » qui ne s'imagine pas en faisant ses courses ou en allant au cinéma croiser une personne brûlée.

Certains patients ont pu nous confirmer combien ce regard spontané de cet Autre les perturbait comme si ce regard était une vérité d'eux-mêmes. C'est la raison pour laquelle nous nous sommes interrogés sur la faisabilité d'un travail de préparation sur l'accompagnement d'une première sortie, hors famille.

Ce travail existait déjà au sein du service, mais cette démarche restait occasionnelle. Aussi, il nous paraissait primordial à ce jour de formaliser cet accompagnement en l'inscrivant dans une dynamique de soin, mobilisant l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

Nous avons eu connaissance d'un article du « journal des plaies et cicatrisations ¹ » paru en 2004, qui avait mené une étude sur les préoccupations psychosociales des patients ambulatoires présentant des lésions défigurantes.

Cette étude précisait qu'un travail sur les difficultés rencontrées par ces patients à l'extérieur, pouvait diminuer les comportements anxieux. Elle évoque une moyenne de 3 à 6 sessions de travail avec les patients pour aider ces derniers à gérer au mieux leur anxiété. Toutefois, nous sommes conscients que ce travail en milieu hospitalier sera plus long puisque le traumatisme est particulièrement récent. Ainsi, notre objectif s'articulera surtout autour de la prévention des troubles psychologiques survenant après l'hospitalisation, générées par cette rencontre « dans le regard de l'Autre ».

III. Notre réflexion

Afin de comprendre ce qui était en jeu dans cette rencontre avec l'Autre, nous nous sommes interrogés sur ce qui fondait la représentation que tout un chacun a de lui-même. Il est difficile en si peu de temps d'aborder dans les détails cette notion d'image du corps. Toutefois, rappelons que Françoise Dolto ²



précise que cette image du corps est imaginaire, est propre à chacun, est liée au sujet, à son histoire. Il ne s'agit pas du corps visible dans le miroir mais bien de celui empreint de vécus émotionnels, relationnels. Il est question ici de la façon dont l'enfant a été porté, regardé, touché, investi... Françoise Dolto souligne également que les différentes épreuves de la vie vont contribuer à modeler cette image du corps.

Éric Fiat³, philosophe, insiste sur le besoin que nous avons de vérifier dans le miroir l'image que nous renvoyons aux autres, passant ainsi de l'être à celui du paraître. Il souligne aussi que la rencontre avec un autre que soi peut-être significativement altérée si l'image que nous renvoie le miroir est considérée comme « hostile ». Pour poursuivre sur cette idée, je terminerai par une citation de Françoise Dolto qui nous dit qu'un miroir « réel » n'a aucun sens si, parallèlement, le sujet est confronté au manque d'un miroir de son être dans l'autre.

Ainsi, le sujet brûlé est confronté à de multiples modifications qui vont venir le bousculer :

- altération de l'image du corps, créant parfois une dissociation avec le corps réel ;
- vécu sensoriel différent (d'où l'importance du soin et de la rééducation) ;
- altération également de l'estime de soi ;
- modification réelle et/ou imaginaire du comportement de l'Autre.

« Je, le sujet, n'est plus tout à fait moi, l'image que j'avais de moi. Ce que j'imaginai de moi se trouve modifié, transformé, altéré »⁴.

IV. Le choix des patients

Il est clair qu'il n'existe pas dans le psychisme de petites ou de grandes brûlures.

C'est la représentation qu'en fera le patient qui déterminera réellement l'ampleur de cette blessure narcissique.

Aussi, tous les patients peuvent être en mesure de bénéficier d'un tel accompagnement. Au regard de nos observations antérieures, nous serions certainement davantage amenés à nous orienter vers les patients dont les brûlures sont surtout localisées au niveau de la face et/ou des mains.

En effet, ces patients interrogent l'entourage soignant sur les possibilités de « cacher » la visibilité de leur brûlure (maquillage par exemple).

Aussi, pour que cette démarche soit au plus proche des besoins du patient, chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire aura un rôle déterminant au cours de ses prises en charge.

V. Un projet... Une équipe

Il est clair que seule, je ne peux préparer un patient à cette première sortie car il ne s'agit pas uniquement de mettre des mots sur ce que vit le patient, mais de l'aider à vivre au mieux ses nouveaux éprouvés sensoriels.

Ces derniers pourront se construire et se reconstruire grâce à la démarche soignante mais aussi au vécu de la rééducation.

Les pertes et les frustrations auxquelles sont confrontés les patients brûlés sont source de souffrance, il est alors nécessaire de les accompagner dans ces nouveaux ressentis.

Par conséquent, les temps d'échanges pluridisciplinaires sont autant d'occasion de percevoir le patient dans ses avancées, dans ses découragements pour nous permettre chacun à notre place de nous « réajuster ».

Mon intervention auprès des équipes s'inscrira véritablement dans une dynamique de travail à savoir : prendre connaissance des difficultés rencontrées dans la prise en charge, informer les équipes d'un vécu difficile ressenti par un patient.

Voyons maintenant de façon plus précise ma place dans ce projet.

VI. Place du psychologue dans cette démarche

Jusqu'à ce jour, j'intervenais principalement sur demande du patient, mon temps clinique étant réparti sur plusieurs autres services.

Le suivi psychologique en service de rééducation permet un espace du dire autour des conséquences de ce traumatisme (image du corps, appréhension du quotidien...).

Or, notre démarche actuelle, nous amène à nous poser d'autres questions en essayant au mieux d'intégrer ma place de psychologue au sein de cette EPP. Je vous propose donc dans un premier temps de vous exposer le protocole de mon intervention, puis d'évoquer avec vous les interrogations qui nous interpellent encore à ce jour dans le choix posé.

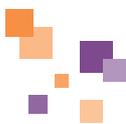
Chaque patient sera vu dans les 10 jours suivant son arrivée afin d'évaluer au cours d'un premier entretien l'état psychologique dans lequel il se trouve. Ce rendez-vous permettra également de noter si le patient aborde spontanément ses angoisses concernant le regard des autres sur lui.

Il est convenu dans un deuxième temps, d'une rencontre pluridisciplinaire afin d'établir une possibilité immédiate, différée ou non de cet accompagnement en lien avec le souhait du patient. Enfin, je le rencontre de nouveau pour lui spécifier d'avantage les modalités de cet accompagnement à une sortie, hors contexte familial. Le patient est naturellement en droit de le refuser ou de le différer. Pour les patients dont l'hospitalisation s'étendra sur plusieurs mois, ce travail sera décalé dans le temps.

VII. Les modalités de l'accompagnement psychologique

Il s'agit effectivement de proposer au patient un travail de préparation sur « sa confrontation réelle et imaginaire au regard de l'Autre » pour l'aider au mieux à comprendre cet état émotionnel lié à cette première sortie.

Leur inquiétude voire même leur anxiété est tout à fait légitime au regard des nombreuses modifications auxquelles ils sont confrontés et qui vont inévitablement altérer la relation, la communication avec l'entourage.



Dans ce cadre où il s'agit d'un accompagnement plus spécifique, il est indispensable, pour ma part, que ces rencontres puissent se faire dans un autre « ailleurs » que mon bureau habituel afin de définir un cadre différent de celui des suivis cliniques. Nous nous sommes interrogés également sur l'importance de rencontrer les patients en groupe. Nous savons que cette dynamique peut être particulièrement intéressante car elle contribue au partage d'un vécu commun. Aussi, Didier Anzieu⁵ définissait le groupe « comme une structure d'élaboration et de réparation des traumatismes cumulatifs », ce qui nous amènerait à dire que le groupe est un support constructif. Toutefois, le refus d'un patient d'être en groupe ne doit pas l'exclure de ce travail, s'il le souhaite.

VIII. Les thématiques abordées

Le regard de l'autre dans l'environnement immédiat

Le patient va dans un premier temps rechercher des indices de son apparence dans le regard et le discours des soignants et des rééducateurs. Il en est de même pour son conjoint, sa famille et/ou ses amis : vont-ils m'accepter comme je suis ?

Le regard du patient sur ses brûlures

Évoquer le regard que le patient porte sur son propre corps c'est faire référence ici à la représentation qu'il peut en avoir, parvient-il à le reconnaître ? Nous avons vu au début de mon exposé que l'image du corps se construit sur la base d'expériences sensorielles (tactiles, visuelles...). Comment un patient peut rencontrer sereinement l'Autre s'il ne se reconnaît pas lui-même ?

Repérer le regard que le patient portait sur les personnes handicapées et/ou défigurantes

Il m'est apparu aussi intéressant d'analyser avec le patient son vécu antérieur de cet « autre » différent, quelles étaient ses émotions, ses sentiments et ses attitudes face à une personne handicapée, ou présentant des lésions défigurantes... et faire ainsi le lien entre sa représentation initiale et son vécu actuel.

Comprendre les enjeux de la première sortie

Aborder cette première sortie permet de noter l'état émotionnel du patient à l'idée de croiser le regard de l'autre. Il s'agit également d'analyser ses interprétations et tenter de percevoir avec lui une autre façon de penser la situation.

Lister avec le patient les situations anxiogènes

Établir une liste de lieux anxiogènes pour le patient, c'est préparer le choix de cette première sortie mais également pointer avec lui ce qui est particulièrement douloureux derrière chaque situation (à quoi fait-elle référence ?).

La « pré-sortie »

Il m'a semblé intéressant, de proposer dans ce protocole une « pré-sortie » qui se fera au sein de l'établissement, dans un lieu commun à l'ensemble des patients de l'hôpital et de leur famille (salle d'animation). Cette pré-sortie prépare le patient à l'approche et au regard de personnes dont certaines n'ont jamais rencontré de sujets brûlés. Une reprise sera faite après cette première expérience permettant de faire des liens avec toute la réflexion menée au préalable avec le patient.

IX. Quand les pratiques psychologiques « s'emmêlent »

Arrivée à ce stade de mon exposé, je souhaitais partager avec vous certaines de mes interrogations, de mes problématiques rencontrées au fur et à mesure que se construisait cette réflexion autour de l'accompagnement du patient brûlé à sa première sortie.

Peut-on par exemple, en qualité de psychologue, proposer à un même patient un suivi psychologique dans un cadre donné et un accompagnement plus spécifique et davantage orienté dans un autre cadre ?

Peut-on rencontrer un patient à la fois en entretien individuel et en groupe ?

En effet, je suis bien consciente que l'objectif temporel donné, à savoir d'accompagner cette démarche en six séances environ avec une thématique orientée ne pourra correspondre à tous les patients. Il est en effet indispensable de respecter le temps du vécu de ce traumatisme qui ne peut être identique à l'ensemble des sujets, avec ces mouvements de « va-et-vient » entre désir et découragement.

Nous aurions souhaité obtenir un autre poste de psychologue pour parvenir davantage à dissocier le rôle de chacun, mais la réalité à ce jour est toute autre, c'est la raison pour laquelle toutes ces questions émergent devant vous. L'avantage que notre démarche s'inscrive dans une EPP nous permet d'évaluer réellement ce qui est de l'ordre du possible.

◆ Conclusion

La sortie définitive d'un patient d'un établissement de rééducation reste pour un bon nombre d'entre eux source d'anxiété, surtout lorsque l'hospitalisation s'est inscrite dans un temps relatif long.

Les patients évoquent souvent l'hôpital comme un espace sécurisant qui les protège du regard extérieur. Il est alors nécessaire que la question de l'Autre extérieur soit abordée avec le patient pour qu'il s'y prépare, qu'il élabore psychologiquement ce passage entre le « dedans » hôpital et le « dehors » social.

Je suis dans ce centre de rééducation depuis 2 ans avec une intervention très ponctuelle auprès des patients brûlés. Depuis mai 2008, mon temps a été augmenté pour que je puisse participer à la mise en œuvre de ce projet. D'un regard un peu extérieur et surtout nouveau, je m'aperçois combien notre démarche auprès de ces patients et de l'équipe est importante et complémentaire et il me reste encore beaucoup à apprendre.

📖 Bibliographie

- 1• *Étude sur les préoccupations psychosociales des patients ambulatoires présentant des lésions défigurées*, *Journal des plaies et cicatrisation*, janvier 2004 Tome IX n° 41
- 2• *L'image inconsciente du corps*, F. Dolto, Seuil, 1992
- 3• *Handicap et image de soi, les chemins de la dignité*, E. Fiat, *Soins Pédiatrie-Puériculture*, 2003/04, n°211
- 4• *Le poids du réel*, D. Vasse, Seuil, 1983
- 5• *Le groupe et l'inconscient*, D. Anzieu, Dunod

Témoignages d'anciens brûlés sur les conséquences à long terme de leurs brûlures sur leur vie sociale et affective

« Il ne faut pas empiéter sur l'avenir en demandant avant le temps ce qui ne peut venir qu'avec le temps. »

Arthur Schopenhauer
Extrait des *Aphorismes*
sur la sagesse dans la vie

Y. Garond¹, S. Isacu²

¹ Psychologue clinicienne - ² Médecin psychiatre
Service du Dr Goudet-Lunel et du Dr Tastet
Centre de la Tour de Gassies - Bruges (33)

Résumé

Les auteurs ont recueilli les témoignages d'anciens brûlés sur les conséquences à distance de leur accident évoquant les étapes successives de leur parcours, les modifications de la relation à autrui, le ressenti actuel (doit-on dire « j'ai été brûlé » ou « je suis brûlé »), le soutien de l'entourage, du conjoint, de la famille.

Mots clés : brûlures, suivi psychologique

320 questionnaires ont été envoyés à des patients pris en charge entre 1994 et 2004, afin de mieux connaître leurs difficultés depuis leur sortie, pour améliorer notre prise en charge des patients actuels. Nous avons eu 58 réponses de personnes ayant de 14 à 83 ans, dont la brûlure avait eu lieu il y a 4 à 16 ans. Nous avons pu avoir 12 entretiens cliniques approfondis avec d'anciens patients, parfois avec leurs conjoints.

Au delà des singularités, certains aspects de ce long parcours sont revenus régulièrement :

- le temps et ses différents rythmes ;
- modification de la relation à autrui ;
- l'humeur fluctuante ;
- le regard des autres ;
- « j'ai été brûlé » ou « je suis brûlé » ;
- soins : performance technique et temps nécessaire à l'écoute et à l'attention ;
- soutien apporté par l'entourage ;
- le conjoint et la famille au moment du coma.

I. Le temps et ses différents rythmes

Le patient brûlé est amené à vivre le temps de façon très éprouvante, jouant sur ses repères. On sait comme la notion de temps est à la fois relative et surtout subjective.

Comme nous l'ont bien fait comprendre Einstein et Freud, l'espace et le temps sont liés.

1) Les soins intensifs

Beaucoup reviennent sur la violence et la soudaineté de l'accident qui a été un véritable « court circuit » dans leur vie avec une rupture entre l'avant et l'après.

Puis, dans le coma, cette vie a été en suspens. Cette période est restée parfois comme un trou noir pour le patient et a marqué à jamais son conjoint, ce dernier nous disant comment,

10 ou 15 ans après, chaque mot qu'on lui a dit à ce moment-là reste gravé dans sa mémoire ; j'en dirai deux mots à la fin.

2) Le temps de la rééducation

Ce temps est celui des progrès très rapides scandé par des reculs dus, entre autres, à la période inflammatoire et à la réouverture des plaies. À l'euphorie du temps gagné par les progrès fait place la déception du temps perdu par les rechutes, pensent-ils.

Cela ne les empêche pas de parler de ce temps comme celui d'une deuxième naissance avec les premiers pas : « c'était sa maison ici » dira un conjoint.

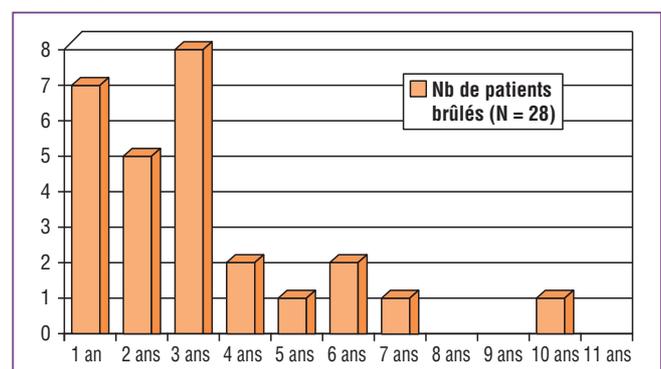
Puis vient le temps où les avancées de la rééducation sont soumises aux échéances chirurgicales, difficiles à programmer en raison de leur état et des places disponibles. C'est là qu'ils se souviennent que le temps leur est apparu « immobile » comme « vide de sens » et, sur le plus long terme, comme une véritable prison. Ils parlent d'une usure psychique.

3) Le temps de la sortie

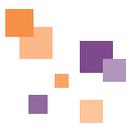
Celui-ci leur est parfois apparu comme interminable, surtout lorsqu'en raison de plaies inopinées qui s'étaient réouvertes, leur sortie a été repoussée. Ils se souviennent alors de leur désespoir, même pour des personnes très solides psychiquement.

4) Le temps pour se sentir « bien dans sa peau » après la sortie

Enfin, nous avons abordé la question du temps qu'il a fallu pour retrouver un équilibre de vie ; pour 28 patients qui se sont exprimés sur ce sujet, 8 ont parlé de trois ans, c'est-à-dire plus d'un tiers, 5 de deux ans, et cela a pu aller jusqu'à 10 ans (graphique 1).



Graphique 1



II. Modification de la relation à autrui

Ce temps de vie bouleversé, la dureté et la longueur des soins ont profondément et définitivement modifié leur façon de voir leur vie et d'aborder autrui. Plusieurs entretiens ont commencé par la phrase dite textuellement : « maintenant, je relativise », aussi bien à 4 ans qu'à 16 ans de distance de l'accident.

Les événements, la vie journalière et les relations sont abordées définitivement autrement ; tout ce qui est fait maintenant doit avoir un sens, il y a refus des obligations inutiles.

III. Humeur fluctuante

Cela peut sembler contradictoire avec le « je relativise », mais tous insistent, aussi bien dans les questionnaires qu'au cours des entretiens, sur leur humeur devenue fluctuante, très difficile à vivre pour leur conjoint ou leurs proches. Ils font état de périodes où, alors qu'ils allaient très bien, ils peuvent pendant 3 ou 4 jours devenir très sombres. Il semble que les défenses devant la frustration ou ce qui les agresse se soient affaiblies, avec un fort sentiment de fragilité lorsque ce qui a patiemment été construit ou reconstruit peut à nouveau être battu en brèche, à l'image de cette peau qui reste toujours fragile. Ainsi, 11 ans après la brûlure, un patient nous dit : « mettre des bottes me blesse encore » et « une fois, la plaie s'est réouverte dans le lit ».

IV. Le regard des autres

Il demeure donc une fragilité due aux séquelles mais aussi au regard de l'autre qui agit comme un micro traumatisme renouvelé en permanence. En effet, la plupart de ceux que nous avons rencontrés ont surmonté avec leur entourage intime les conséquences esthétiques de leurs séquelles. Ils se sont en quelque sorte « acceptés » et cela n'empêche pas que, 10 à 15 ans après, ils soient confrontés dans les lieux publics à des regards nouveaux, interrogateurs et parfois effrayés, dont le contenu serait peut-être : « Qu'est-ce qui lui est arrivé à cet autre moi-même ? Cela pourrait aussi m'arriver, il a dû souffrir, je suis fragile moi aussi ». Sentiment accompagné parfois de mots blessants de la part d'adultes, sans doute en réaction à cette angoisse, et de la part des enfants une interrogation sans détour qui peut faire choc, même si c'est mieux supporté. L'Autre les renvoie à ce moment-là à leur différence en les excluant, surtout pour ceux qui ont été gravement brûlés au visage et aux mains.

V. La qualité des soins

Tous nous parlent de la fonction de rétablissement de la qualité des soins qu'ils ont reçus à l'hôpital. Qualité due au fait que la performance technique a été portée par une écoute et une attention chaleureuse, vivifiante, toutes choses pour lesquelles ils ont conscience qu'on leur a accordé beaucoup de temps. Nous espérons tous que cela pourra être maintenu !

VI. « Je suis brûlé » ou « j'ai été brûlé »

Un patient a renvoyé son questionnaire avec en début : « marqué à vie ».

Ces rencontres nous redisent comment la vie du patient gravement brûlé est modifiée profondément et définitivement,

tant au plan physique que psychique et social. Ceci a amené la discussion suivante au sein d'un couple lors de ces entretiens : « Maintenant, tu dois dire « j'ai été brûlé » et ne plus dire « je suis brûlé ».

– Non, répond le conjoint, je dis « je suis brûlé » car à jamais une partie de moi est modifiée ».

Il est bien évident qu'il s'agit pour le « brûlé » de s'extraire de l'aspect morbide de la souffrance passée et des séquelles invalidantes : ils ont pour la plupart repris une nouvelle vie avec les autres et beaucoup expliquent même que leur vie leur semble plus riche et remplie qu'avant, et souvent même que leur couple, dans cette épreuve surmontée, s'en trouve renforcé en raison de cette façon d'aller à l'essentiel et de nourrir des relations vraies.

Malgré tout cela, il demeure qu'ils expriment souvent le désir de partager quelque chose de singulier avec d'autres brûlés qui ont dû effectuer une traversée similaire, un peu comme les personnes qui ont subi des guerres ou ont été internées dans des camps. Celles-ci ont dit qu'il était difficile de partager ces choses extrêmes et douloureuses avec des personnes qui ne les avaient pas vécues.

Dans ces entretiens la possibilité de proposer des groupes de paroles ou des sorties amicales a été évoquée, et certains ont proposé de se mettre à disposition de patients hospitalisés pour des rencontres de groupe.

VII. Soutien de l'entourage

Tous insistent également sur le fait que le soutien affectif, chaleureux et indéfectible de leur conjoint, de leur famille ou de leur entourage a été un élément indispensable. La plupart de ceux qui ont désiré nous rencontrer étaient dans ce cas.

Plusieurs patients nous ont dit l'émotion qu'avait suscité le fait de répondre au courrier et encore plus l'idée de venir nous rencontrer. Pendant les entretiens, l'émotion était parfois encore vive, entre autres pour les conjoints.

Ceci semble signer le fait que tous ces événements n'ont pas encore fini de se mettre en mots et d'être travaillés. Ainsi, ceux qui ont pu venir ont apprécié cette initiative pour eux-mêmes, même si l'objectif initial était d'aider notre équipe à réfléchir, après 14 ans d'ouverture du service, à la prise en charge de nouveaux patients.

VIII. Le conjoint et la famille au moment du coma

Le conjoint, 10 à 15 ans après, reste marqué par cette période du coma où il a dû se débrouiller à vivre avec la terreur de ce pronostic vital en suspens. Tous les mots dits par le chirurgien restent bien souvent gravés dans sa mémoire, et ce parce qu'il n'arrivait pas à les élaborer, sans doute parce que cela était une réalité inacceptable, mais aussi parce que dans leur angoisse, il n'arrivait pas à « rassembler les morceaux » de ce qui lui était dit.

En soins intensifs, il me semble que c'est la fonction du psychologue qui doit pouvoir disposer d'un lieu à l'écart des soins et en dehors des heures de visite limitées, pour proposer une rencontre permettant au conjoint ou à la famille s'ils le désirent, de pouvoir reparler de tout ce qu'ils ont compris ou pas, afin que ce trop-plein d'émotions et d'angoisse puisse être accueilli et peut être déjà un peu métabolisé.

Le « prendre soin » de l'enfant brûlé en Centre de Rééducation, un travail d'équipe : soignants, enfant, famille

A-C. Louf¹, L. Gottrand², R. Spriet³

¹ Ergothérapeute Chef, ² Médecin MPR, ³ Psychologue
CRF « Marc Sautelet » - Villeneuve d'Ascq (59)

Résumé

« Prendre soin » de l'enfant brûlé en Centre de Rééducation, - c'est accueillir un enfant et une famille « unique » dans leur personnalité, leur contexte familial et social, leur histoire liée à la brûlure et leur douleur spécifique ;
- c'est les accueillir dans notre environnement de soins, avec une équipe de professionnels spécialisés et complémentaires qui vont repérer ensemble leurs signes et leurs besoins pour ajuster leurs réponses.

Mots clés : brûlures, suivi psychologique

La brûlure est exemplaire d'une atteinte somatique et psychique simultanée, le « prendre soin » des deux versants d'un même évènement est le fait de tous les intervenants autour de l'enfant, possible grâce à :

◆ Une étroite collaboration au sein de la filière de soins (schéma n°1)

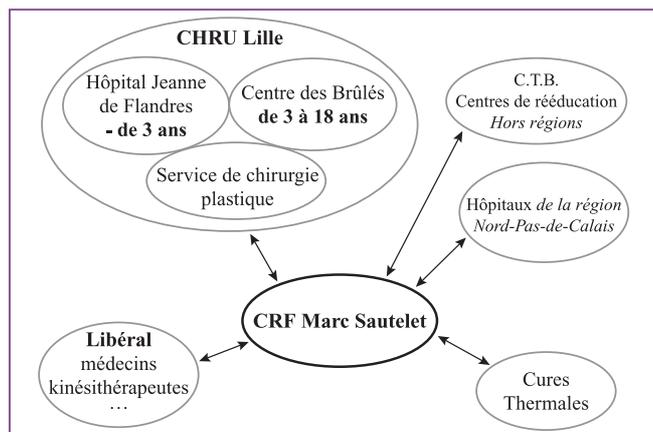


Schéma n°1 : Filière de soins

◆ Une organisation selon plusieurs modalités

La prise en charge au CRF peut se faire en :

- Hospitalisation Complète
- Hospitalisation de Jour
- Traitement Ambulatoire

Le choix de la modalité sera fonction de la gravité, de la localisation de la brûlure, du stade cicatriciel mais aussi de l'environnement familial et social de l'enfant.

Nous privilégions dès que possible l'Hospitalisation de Jour ou le Traitement Ambulatoire, avec la famille présente aux soins. Pour cela, nous avons mis en place une organisation spécifique et des supports pour la famille et l'enfant.

◆ La complémentarité des différents professionnels

Actes techniques, échange, information, formation, éducation et soutien se font avec différents professionnels selon le projet de rééducation individualisé de l'enfant.

Il n'y a pas de clivage, de coupure, qui spécialiserait les uns dans le soin technique et les autres dans celui du « psy », mais une complémentarité qui implique pour les soignants de repérer ensemble les besoins de l'enfant et de sa famille (schéma n°2).

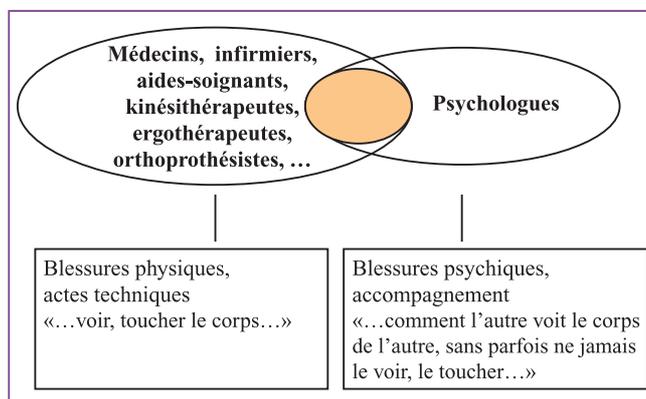


Schéma n°2

Des réunions d'équipe avec le psychologue (« psychologie de liaison »), permettent de faire le point sur les différentes situations rencontrées, d'évoquer des observations lors des prises en charges de chacun comme :

- ce qui se manifeste de visu – exemples : pleurs, angoisse, refus, ... ou au contraire trop calme.
 - ce qui est évoqué de ce qui se passe ailleurs, dans la famille, à l'extérieur... – exemple : « Ma fille (2 ans) ne dit jamais qu'elle a mal. Elle s'est brûlée (pour la 2^e fois) mais à la main. Je ne m'en suis pas aperçu tout de suite, elle cachait un peu sa main, mais je n'ai pas fait attention. C'est 2 jours après, en la mettant dans le bain, elle a eu peur de mettre la main dans l'eau, et c'est là que j'ai vu une grosse cloque. Vous savez, depuis sa grande brûlure... », « Si elle tombe, elle ne dit rien... ».
 - ce qui est évoqué du ressenti, du mal être, des répercussions du traumatisme, des étapes post-traumatiques – exemple : « C'est la première fois que je vois ma fille comme ça... Vous savez, c'est toujours ma mère qui l'habille... je ne peux pas la regarder... ni toucher ses cicatrices ».
- Les discussions permettent d'adapter et d'ajuster les réponses des intervenants, de voir si l'intervention du psychologue est à proposer.



Le soignant proche de l'enfant et de la famille sert bien souvent d'intermédiaire pour évoquer et proposer une rencontre avec le psychologue. Il est plus facile parfois de passer par cette étape que de systématiser la rencontre avec le psychologue.

Le psychologue peut intervenir, lors d'une prise en charge thérapeutique, quand le soignant a repéré une souffrance qu'il ne peut gérer seul ou avec un collègue.

Une demande de consultation d'un psychologue se fait également spontanément par l'enfant et/ou la famille.

La consultation psychologique est proposée systématiquement aux périodes fragiles de développement.

◆ La relation « soignant - enfant - famille »

Afin de les aider à être acteurs dans leurs soins, la relation soignant - enfant - famille permet aussi un accompagnement par :

- l'écoute de leurs attentes ;
- l'information, fonction de leur questionnement, qui peut être par exemple : « Que se passe-t-il dans la peau ? », « Pourquoi ça gratte ? » ;
- la démonstration que la douleur peut être soulagée ;
- l'explication sur ce qui est fait et pourquoi : le soignant s'assure que le traitement est bien compris ;
- la participation de l'enfant et de sa famille aux soins pour reprendre contact avec la peau ;
- la formation de l'enfant et de sa famille aux gestes qu'ils peuvent faire chez eux : comment mettre un vêtement compressif, un appareillage, surveiller un plâtre de posture, comment

hydrater la peau et la masser, les précautions à prendre,... en fonction du traitement en cours, leur montrer que c'est possible, les rassurer parce qu'ils le font ;

- des supports : fiches informations, un carnet individuel de conduite à tenir, un numéro de téléphone s'ils ont un problème, une inquiétude à la maison (ils ont un lien).

C'est l'enfant et sa famille, par leur participation active de tous les jours, qui se soignent aussi et deviennent eux aussi acteurs dans leurs parcours de soins.

◆ Pour que l'enfant et sa famille s'acheminent vers le « temps des cicatrices » intégrées à leur image corporelle et à leur histoire personnelle et familiale

Il est important de diagnostiquer les traumatismes profonds et de l'enfant et de l'entourage qui pourraient être cause de troubles psychologiques plus graves, de troubles du développement de la personnalité.

Une brûlure peut aussi arriver dans un contexte de psychopathologie personnelle ou familiale préexistante qui peut imposer des limites et justifier d'autres moyens.

Nous avons ici insisté sur les blessures et les bouleversements « normaux » de cet événement violent pour tout enfant, ses parents, sa famille.

Il faudra beaucoup de temps pour que les plaies initiales deviennent des cicatrices les plus discrètes possibles, elles nécessitent un suivi tout au long de la croissance de l'enfant.

La réinsertion sociale des patients brûlés adultes avec des troubles psychiques associés

U. Berthe

Assistante sociale

Service du Dr Lanoy - Hôpital La Musse

Saint Sébastien de Morsent (27)

Résumé

La brûlure déshumanise et désocialise la personne qui en est victime. Les troubles psychiques associés aggravent la situation et compliquent de ce fait la prise en charge thérapeutique et sociale. Une étude antérieure typologique a démontré la fréquence d'une population majoritairement défavorisée (culture, précarité, conduites addictives, isolement). L'intervention sociale s'impose en prenant en compte l'évolution médicale à la fois sur le plan cutané et psychique. Nous sommes confrontés à la complexité des filières de soins, aux lourdeurs administratives et juridiques mais aussi aux réactions pathologiques ou réfractaires du patient. À partir de cas cliniques, de mon expérience professionnelle, nous constatons qu'il n'y a pas de solution miracle mais la nécessité de poursuivre nos réflexions et de disposer de nouveaux moyens pour optimiser nos actions.

Mots clés : brûlures, troubles psychiques, problèmes sociaux

I. Missions et particularités du service social hospitalier en établissement de rééducation fonctionnelle

Notre objectif : gérer le retentissement social de la brûlure et élaborer un projet de vie adapté.

Notre référentiel d'activités¹ se décompose uniformément de la manière suivante :

- diagnostic / évaluation / aide / conseil / orientation ;
- accompagnement social individualisé : améliorer les conditions de vie des patients, développer leurs capacités à maintenir ou restaurer leur autonomie, faciliter leur place dans la société, mener avec eux toute action susceptible de prévenir ou de surmonter leurs difficultés, renforcer les liens sociaux et les solidarités environnementales ;
- entretiens méthodologiques (informations, expertise, contractualisation...);
- écrits divers (signalement, rapport social...);
- travail d'équipe pluridisciplinaire en intra (visites médicales, staff) et extra-hospitalier, implication dans les dynamiques institutionnelles.

Nous exerçons de façon qualifiée et réglementée dans le cadre d'un mandat, avec des missions spécifiques d'intervention sociale tout en respectant le code d'éthique et de déontologie².

Nous accueillons des patients brûlés provenant d'hôpitaux aigus essentiellement de la région parisienne et des départements limitrophes ce qui peut d'emblée poser des problèmes administratifs dans la sectorisation (prise en charge des soins,

transports en ambulance, etc.). La brûlure occasionne inévitablement des retentissements sur la vie familiale, personnelle, financière et nous pouvons soutenir le patient en lui proposant nos compétences. Cette approche, bien que relationnelle, comporte des fonctions administratives incontournables et un partenariat renforcé d'autant plus par l'association des deux pathologies que sont la brûlure même et la psychiatrie. Après seulement avoir recueilli un maximum de données, nous sommes véritablement opérationnels et ceci de manière singulière, chaque situation est en effet unique.

II. Constat

La brûlure provoque chez tout individu, soudain mis à nu, des réactions émotionnelles vives (colère, révolte) ou encore anxiodépressives normales et légitimes. Ces réactions seront amplifiées d'autant plus par un terrain psychique préexistant, fragile et/ou pathologique ; on retrouve des états psychotiques, névrotiques, des conduites addictives sous toutes leurs formes, des comportements déviants, des idées suicidaires et des agressivités.

Dans certains cas, des signes manifestes de déséquilibre et de débordement peuvent compromettre toute perspective d'évolution sur le plan médical et social.

Par son changement de statut social parfois même radical passant d'un état de valide à un état de handicapé, le sujet va cumuler un ensemble de difficultés sociales auxquelles il va devoir faire face.

III. Un public spécifique, un profil type ?

Une étude antérieure établie par nos services³ avait démontré que ce public était spécifique majoritairement défavorisé avec dès l'entrée des difficultés sociales ciblées et récurrentes, un lourd suivi social et psychiatrique dans le passé :

- Circonstances violentes du traumatisme (tentative de suicide, agression, attentat, accident avec un tiers responsable...);
- Cellule familiale éclatée ;
- Conduites addictives sous toutes leurs formes (alcool, tabac, toxicomanie, médicaments...);
- Fragilité psychologique et/ou psychiatrique antérieure et/ou majorée ;
- Protection sociale défaillante ;
- Précarité des ressources, surendettement ;
- Isolement social, errance, marginalisation ;
- Emploi précaire, chômage, invalidité ;
- Logement insalubre, inexistant ;
- Antécédents judiciaires ou procédure pénale en cours ;
- Étrangers en situation irrégulière.



Les interactions familiales avec la famille d'origine et la famille actuelle sont parfois vécues douloureusement avec une notion de maltraitance, d'abandon dans la petite enfance, de séparation ou de conflits avec le conjoint.

Les circonstances du traumatisme dévoilent aussi généralement dans quelle phase de violence, de malaise, de profond désespoir se situe le patient parfois sauvé in extremis. Ceci va nous permettre de reconstituer au fur et à mesure le puzzle de son histoire personnelle, familiale, affective, financière, de poser des diagnostics sur le plan social et de planifier ainsi nos actions à venir.

On repère des souffrances, une série de ruptures dans leur parcours de vie décrit comme chaotique, déchirant.

La protection sociale est minime voire insuffisante, les ressources sont précaires avec une accumulation de crédits, dettes, factures impayées. À cela s'ajoutent l'errance, l'oisiveté « involontaire », un chômage qui s'éternise...

Le logement est également lugubre, inconfortable ou inexistant.

Par ailleurs, le patient peut détenir un casier judiciaire pour des actes de délinquance, vol et délit ou autre fait plus gravissime pénalement comme la pyromanie ou le trafic de stupéfiants.

Cette population marginalisée à l'extrême, exclue de la société, est déjà en situation critique avant le traumatisme de la brûlure, ce qui complexifie de façon probable la réinsertion sociale.

IV. Vers une resocialisation... quelles sont nos actions ?

Trois volets essentiels reflètent et résument nos actions de resocialisation, il s'agit de l'aspect relationnel, administratif et financier, et du projet social.

1) Le relationnel, une approche incontournable

Le patient, du fait de la brutalité du traumatisme, de l'aspect de sa peau, de sa fragilité psychique, a besoin qu'on lui accorde une attention toute particulière pour retrouver sa dignité.

Il est en effet important de l'écouter, le rassurer, le respecter, lui redonner confiance, l'aider à verbaliser ses angoisses et préoccupations, le valoriser dans ses capacités d'autonomie, l'aider à intégrer et digérer le discours médical et enfin l'accompagner dans une projection possible dans l'avenir.

La disponibilité est ici caractéristique, si le sujet est inquiet ou décompense ou souhaite nous voir à un instant « T », il est opportun de lui répondre favorablement, une certaine souplesse est parfois utile pour répéter et reformuler les futures orientations sociales au niveau individuel et environnemental.

2) L'administratif/le financier : des valeurs sûres à récupérer

Très rapidement, nous nous centrons sur des aspects administratifs et financiers. En effet, le patient arrive parfois dans nos services sans rien, sans vêtement, sans papiers, sans domicile, tout a brûlé : ses souvenirs, ses photos de famille, ses meubles, ses effets personnels. Il est donc important pour combler ces manques matériels et affectifs de lui réapproprier

une identité, de se faire reconnaître, de lui attribuer des prestations au vu de son état clinique telles l'A.A.H. (Allocation Adulte Handicapé), une pension d'invalidité,... de le sectoriser par une adresse, une domiciliation pour se faire reconnaître et bénéficier ainsi des aides sociales diverses du conseil général, de la C.P.A.M. (Caisse Primaire d'Assurance Maladie)... pour se reconstruire sur le plan financier.

Nous nous attardons également au domaine des assurances, expertises et des recours juridiques envisageables, à ne surtout pas négliger dans l'aspect médico-légal, la réparation des préjudices subis (esthétique, agrément, sexuel, pretium doloris), la défense de ses intérêts, le rétablissement de la vérité notamment quand il y a désignation d'un tiers responsable ; nous recueillons ainsi des informations précieuses qui vont nous guider objectivement et concrètement dans notre travail. Nous sommes par ailleurs amenés à faire des demandes de secours annexes concernant la santé, les frais hospitaliers contribuant à redonner une image et donc une place de citoyen dans la société.

De plus, si la personne du fait de ses troubles cognitifs n'est plus en mesure de gérer son budget, nous la protégeons au mieux en nommant un mandataire spécial.

3) Le projet social

Ensuite seulement, nous élaborons un projet social adapté avec le patient et sa famille en adéquation avec ses souhaits, valeurs, croyances et habitudes de vie.

Les possibilités de lieu de vie sont multiples et variées mais pas toujours compatibles avec les pathologies. Ils doivent être finement étudiés conformément aux conseils de l'ergothérapeute au niveau aménagement et sécurité, situé aussi judicieusement à proximité des commerçants et de centres de soins pour la prise de médicaments et les consultations régulières du psychiatre.

Nous favorisons aussi dans la mesure du possible, la réinsertion professionnelle avec des mi-temps thérapeutiques du fait de la fatigabilité et des difficultés de concentration, reclassement de postes ou en milieux protégés comme les E.S.A.T. (Etablissement et/ou Service d'Aide par le Travail).

Dans le cas contraire, nous faisons appel à des centres de soins ambulatoires comme les C.M.P. (Centre Médico-Psychologique), C.A.T.T.P. (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) (théâtre, dessin...) pour des activités plus d'ordre culturel et occupationnel, ou nous nous rapprochons encore d'équipes éducatives telles le S.A.M.S.A.H. (Service d'Accompagnement Médico Social pour Adultes Handicapés) et S.A.V.S. (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale) qui ont un rôle de stimulation, de médiation, de réapprentissage et d'accompagnement vers l'extérieur pour accomplir des tâches quotidiennes comme les courses, une activité de loisir, un rendez-vous chez un spécialiste...

Enfin, les bénévoles des associations (A.B.F. [Association des Brûlés de FRANCE], U.N.A.F.A.M. [Union Nationale des Amis et Familles de Malades mentaux]) complètent l'ensemble des interventions de professionnels par un regard différent en proposant, entre autres, des groupes de parole.



U. Le social ne peut se passer du médical, et réciproquement...

Le projet social va être ensuite validé ou réajusté par le médecin qui va apporter des informations clés sur l'état cutané, les interventions chirurgicales prévues, les soins infirmiers nécessaires, les appareillages en cours, la planification de la cure thermale avec parfois nécessité d'un bilan psychiatrique (en hospitalisation ou consultation) si les troubles ne sont pas stabilisés.

Parallèlement à la récupération motrice, à la reconstruction mentale d'une nouvelle image, nos actions vont s'articuler peut être plus dans un domaine qu'un autre et prendre ainsi forme progressivement.

Si l'annonce du handicap reste floue ou incomprise ou vécue comme une agression, nous sommes perçus comme des médiateurs entre le médecin et le patient pour apporter un éclairage supplémentaire.

Pour finaliser le projet social, nous allons observer durant le séjour hospitalier, les motivations du patient, ses capacités de jugement et d'évolution tout en considérant l'altération éventuelle de facultés intellectuelles, auquel cas nous nous reposons sur un représentant légal.

Nous avons généralement quelques semaines pour œuvrer avec le soutien d'un réseau que nous allons constituer au fur et à mesure de nos démarches.

La combinaison du cutané et du psychique n'est pas toujours évidente, et nous sommes souvent amenés à « bidouiller » et « bricoler » pour trouver au mieux une solution décente, acceptable.

UI. Cas cliniques

Trois cas cliniques qui nous ont interrogés vont illustrer ces propos. Ils vont mettre en exergue des dysfonctionnements, des impasses. Il s'agit de Mr A., sur les conduites addictives, l'alcoolisme et ses répercussions dans la cellule familiale, de Mme C., sur l'association de troubles psychiatriques et d'alcool, puis de Mr G., uniquement sur des troubles psychiatriques.

1) Mr A. (1,5 an d'hospitalisation)

a) Présentation

Mr A., brûlé sur 60% de la surface corporelle (visage, mains, thorax), âgé de 54 ans, est arrivé dans notre établissement à la suite d'une tentative de suicide dans sa voiture, sa durée de séjour a été longue à cause de lourds soins infirmiers (colostomie, fixateur externe...).

Mr A. est marié et a 3 enfants de 21, 18 et 14 ans, sa femme fait quelques ménages chez des particuliers, l'aîné travaille en manutention, le second est en apprentissage, la dernière est au collège.

Mr A. est au chômage, le foyer vit modestement d'indemnités journalières, du salaire de Madame et de prestations familiales dans une maison rurale en location.

Au début du séjour, les entretiens se font uniquement en présence de son épouse qui y rechignait mais malgré tout

s'y rendait pour des questions d'ordre administratif et financier. De fil en aiguille, plus à l'aise, elle se mit à dévoiler l'ambiance familiale antérieure et me fait part de ses inquiétudes en citant quelques exemples précis et frappants de l'alcoolisme chronique de son mari, de violence conjugale récurrente et banalisée, de maltraitance sur les enfants comme les courses poursuivies en voiture dans le village entre le père et le fils, les menaces d'une arme à feu, l'utilisation d'une fourche à bêche, les bousculades en haut d'un escalier, les cris, les coups, les antécédents suicidaires médicamenteux des enfants ou de scarifications, sans pour autant envisager une séparation. Une dénonciation avait été faite une seule fois auprès des forces de police à l'aide d'un membre extérieur de la famille. Aucune procédure judiciaire n'avait été engagée.

Mr A. se comporte relativement bien dans le service de soins avec toutefois des attitudes froides, caractérielles avec un réflexe de main levée à mon égard et un regard déstabilisant, fusillant à plusieurs reprises vis-à-vis de sa femme, l'obligeant à quitter mon bureau en pleurs suite à ses propos crus et culpabilisants.

b) Actions menées

- Signalement mission protection de l'enfance (faits avérés antérieurs) et assistante sociale scolaire ;
- Médecin traitant alerté, intervention de l'H.A.D (Hospitalisation A Domicile) et de l'H.D.J. (Hospitalisation De Jour) du secteur ;
- P.C.H. (Prestation de Compensation du Handicap) aides humaines à la M.D.P.H. (Maison Départementale des Personnes Handicapées) le temps de la consolidation de l'état de santé (interventions chirurgicales ultérieures planifiées) ;
- Relais assistante sociale de secteur (visites au domicile).

Dans cette famille, on se rend compte que le patriarche démontre un certain autoritarisme et une impatience à reprendre le même train de vie qu'avant sans se poser de questions apparentes et en occultant son handicap.

Au début, ses soins l'ont diminué physiquement, amaigri, ce qui donnait bizarrement plus de force à son épouse morphologiquement plus corpulente, qui prenait plus facilement des décisions, des initiatives comme modifier sa salle de bains. Les rôles se sont inversés un instant et ont aidé sûrement Madame à briser le silence, à aborder des sujets auparavant perçus comme tabous et fâcheux.

La récupération fonctionnelle de Monsieur laisse malgré tout des cicatrices au visage et aux mains, ce qu'il ne verbalise pas ; son épouse évoque une peur du toucher, de l'intimité.

Pour des raisons de sécurité et de cohérence pluridisciplinaire, les entretiens ont été menés en binôme avec mon collègue ergothérapeute.

L'objectif principal était d'évoquer aussi avec fermeté mais diplomatie et délicatesse, mes obligations de signalement à la protection de l'enfance sans amplifier les conflits, mais au contraire les assouplir, voire les analyser avec une prise de conscience, une pertinence pour chacun des membres de la famille. Il ne s'agit pas là d'un exercice facile ; sans vouloir



rompre le climat de confiance entre le couple et moi-même, le risque encouru étant estimé comme hypothétique et non viable. L'inspectrice de la cellule enfance n'a pas statué sur une mesure protectrice (I.O.E. [Investigation Orientation Educatives] ou A.E.M.O. [Action Educative en Milieu Ouvert]). L'équipe opte plutôt en connaissance de cause sur une surveillance et une mise à disposition, la sortie se rapproche, les positions hiérarchiques respectives de la famille se redessinent, chacun reprend sa place, la famille prend de la distance et s'écarte de plus en plus de mes services.

Les actions menées ont été denses, principalement axées sur l'organisation des aides en soins de nursing ; je reste sans nouvelle de Mr A. depuis sa sortie.

2) Mme C. (6,5 mois d'hospitalisation)

a) Présentation

Mme C., âgée de 62 ans, est brûlée sur 55% de la surface corporelle (visage, crâne avec atteinte du cuir chevelu, thorax, jambes, amputée de 4 doigts de la main gauche) et est arrivée dans notre établissement à la suite d'un accident domestique causé par un état d'ébriété.

Les séquelles esthétiques sont énormes avec atteinte de la féminité, brûlée au cuir chevelu, au visage et aux mains essentiellement.

D'origine irlandaise, elle exerçait encore en tant que professeur d'anglais à la faculté avec des troubles du comportement importants sur son lieu de travail. Des étudiants ont porté plainte, et son employeur, après plusieurs avertissements, l'a obligée à se faire soigner.

Elle menait plus ou moins une vie de bohème, décousue, marquée par des fêtes amicales à répétition bien arrosées, une fille avec qui depuis, les relations se sont fractionnées et distancées.

b) Actions diverses et variées

- Liaison avec le rectorat, demande d'un congé longue maladie ;
- Régularisation des papiers, déclaration du sinistre et expertise, recherche d'un logement dans le privé ;
- Aides financières, demande de protection judiciaire aux incapables majeurs ;
- Sortie thérapeutique (supermarché) et atelier cuisine avec l'ergothérapeute ;
- Demande d'aides à domicile (S.S.I.A.D. [Service de Soins Infirmiers A Domicile], infirmière libérale, A.P.A. [Allocation Personnalisée d'Autonomie], aide ménagère M.G.E.N. [Mutuelle Générale de l'Education Nationale]) ;
- H.D.J. (kinésithérapie, ergothérapie), équipe mobile du C.M.P., relais assistante sociale de l'Inspection Académique.

Mme C. peut être décrite comme bipolaire tantôt excentrique, théâtrale, tantôt chagrinée, déprimée, surtout la sortie se profilant. Elle faisait part de son ressenti, de ses doutes et de ses désillusions de manière furtive ; elle était davantage sur le versant euphorique, parlait beaucoup, se dispersait. Elle cachait timidement et par gêne le bas de son visage abîmé lorsqu'elle s'adressait à son concubin devant moi.

Durant le séjour, les actions sociales ont été multiples et variées. J'étais souvent sollicitée par Mme C. dans le couloir, partout où elle me voyait passer, passant de la commande de lunettes à une commande de chéquier, des demandes futiles, légères, superficielles mais importantes à ses yeux.

Cette sortie était rassurante pour Mme C. car les aides étaient planifiées, quotidiennes, lui laissant peu de temps finalement seule face à elle-même.

Depuis, il lui arrive d'écrire au service infirmier en apportant des nouvelles positives.

3) Mr G. (2,5 mois d'hospitalisation)

a) Présentation

Mr G., âgé de 52 ans, brûlé sur 30% de la surface corporelle (visage, mains, crâne, amputé de trois doigts de la main droite), avec une paralysie faciale, est de nature plutôt réservée, immature et solitaire, pas demandeur d'aide, avec des troubles du langage associés, liés à une paralysie faciale. Il se déplace avec un déambulateur.

Son entourage est restreint, sa mère âgée, lointaine, est désemparée sans être étonnée curieusement par ses actes suicidaires répétitifs (médicamenteux, défenestration, phlébotomie) et habituée ainsi aux multiples parcours de soins. Elle est interrogative sur l'avenir, les trajectoires possibles car Mr G. met en échec tous les projets professionnels et d'hébergement, il dépense abusivement, évoque un retrait de 1000 euros en prétextant l'achat d'un survêtement ou en consommant des friandises de manière compulsive.

Il se réfugie dans le cocooning, le nursing auprès de l'équipe soignante, il ne se lave plus, est sujet à des incontinences passagères.

Mr G. a décompensé psychiquement à partir du moment où il a récupéré une autonomie fonctionnelle suffisante pour annoncer une sortie prochaine.

Ses deux handicaps n'étaient pas simultanément en nette progression quand l'un évoluait, l'autre régressait systématiquement.

b) Actions complexes

- Régularisation impôts, C.M.U. (Couverture Médicale Universelle) ;
- Demandes en foyers d'hébergement spécialisés en psychiatrie ;
- Demande d'A.A.H. ;
- Demande de tutelle au Tribunal d'Instance ;
- Soins écourtés, cure thermale annulée, transfert au C.H.S. (Centre Hospitalier Spécialisé) en urgence.

Nous avons dû modifier tous nos paramètres en urgence par un transfert en psychiatrie ; au départ, le psychiatre émettait des réserves quant au bien fondé d'une réhospitalisation car le patient est récidiviste depuis des années, sa tentative d'autolyse avait choqué l'équipe soignante et les malades mais il conservait également des plaies non cicatrisées de brûlures.

Nous avons appris son décès 5 mois après sa sortie au C.H.S...



VII. Des obstacles multiples

Dans le travail social, les obstacles sont malheureusement nombreux et redondants à l'échelon local, mais les mêmes problèmes se retrouvent sur le plan national.

Nous sommes confrontés à des lenteurs administratives, des critères de plus en plus contraignants, à un manque considérable de structures d'hébergement adaptées⁴.

Aujourd'hui, la brûlure et la psychiatrie font peur par leur caractère imprévisible et déroutant, et souvent les directeurs de foyers dits « ordinaires » rejettent l'idée d'endosser toute responsabilité s'il y a un risque de rechute et de ce fait, ne s'engagent pas, l'exclusion est parfois ainsi plus grandement ressentie.

Aussi, la difficulté est de faire valoir les besoins en aide humaine auprès de la M.D.P.H. ; l'évaluation de personnes avec des troubles psychiatriques reste difficile, énigmatique, abstraite, nous tentons d'accentuer nos commentaires davantage sur les pertes de repères, la vulnérabilité, les humeurs fluctuantes, la surveillance de l'hygiène diminuant l'autonomie de vie au quotidien, la P.C.H. peut être rejetée, non éligible par le côté aléatoire, non visible des handicaps pourtant bien réels. La M.D.P.H. est en pourparler de révision à ce sujet⁵.

VIII. Les limites d'intervention

Par définition, notre temps d'intervention est court, il est donc recommandé de repérer les priorités pour agir vite et concevoir de faire le relais ensuite dès la sortie d'hôpital auprès de collègues spécialisés.

Le patient peut être non coopérant, adopter des stratégies d'évitement, de déni et fuir toute possibilité d'aide. Il peut aussi difficilement gérer la situation du fait de son état psychique limite, en déclin, « borderline ».

L'isolement est un facteur également pénalisant à l'épanouissement et au réinvestissement.

IX. Propositions d'amélioration de prise en charge : vers une approche pluridisciplinaire

Dans le cadre de l'accréditation « V2 », une E.P.P. (Evaluation des Pratiques Professionnelles) relative à la prise en charge globale des brûlés et plus particulièrement avec des lésions esthétiques (visage, mains) est mise en place au sein de notre établissement. Elle consiste à réorganiser autrement les sorties de l'hôpital pour minimiser les effets émotionnels face au regard de la société parfois moqueuse, intransigeante, exclusive. L'objectif est d'aider le patient à vivre plus armé, ses pertes sensorielles et identitaires, son handicap. Cette démarche de soins coordonnée va avoir des répercussions sur l'élaboration du projet social, ses possibilités réelles de réussite par un encadrement supervisé et en récupérant notamment des documents administratifs indispensables lors des sorties thérapeutiques.

X. D'un point de vue social, quelles sont nos perspectives d'évolution ?

Le social n'est pas une science statique, il est perfectible sur le plan législatif en fonction des politiques gouvernementales mises en place.

Nous pouvons évoluer aussi sur le plan méthodologique et personnel en développant de nouveaux outils de travail et en privilégiant aussi lors des entretiens, l'écoute du système familial, souvent fragilisé, éclaté, comme :

- motiver une approche systémique lors des entretiens (le patient dans sa globalité) ;
- formaliser et uniformiser un document écrit de transmission (C.R.H. [Compte Rendu d'Hospitalisation], rapport social, fiche médico-sociale) ;
- développer la coordination extra hospitalière (réunion, convention) ;
- se former sur le plan personnel et professionnel.

XI. Partenariat : un combat à mener et à défendre

Enfin, il est important de favoriser le travail en partenariat avec le corps médical (à savoir le médecin généraliste, le médecin psychiatre), le corps social et le patient, en réunissant nos compétences respectives, harmoniser nos pratiques dans le seul but de défendre au mieux les intérêts de la personne et de son entourage.

Au-delà des équipes médicales que nous connaissons, nous pouvons étendre le réseau dit traditionnel et mobiliser directement au plus près de la population, les élus, les maires, les partenaires sociaux en les sensibilisant. L'ouverture est riche et fait réfléchir tous ensemble, elle supprime l'idée de toute sorte de discrimination et nous incite à agir plus stratégiquement avec une cohérence collégiale.

D'une certaine façon, nous contribuons petit à petit à rétablir la communication de la personne avec sa famille, ses voisins, ses collègues de travail, la société, à recréer des liens et impulser des initiatives positives, nous l'aidons à redonner un sens à sa vie, un juste équilibre, à réacquérir de nouveau un statut social autrefois perdu, morcelé, altéré.

📖 Références bibliographiques

- 1• Arrêté du 29/06/2004 du D.E.A.S.S. (Diplôme d'Etat d'Assistant de Service Social) ; référentiel professionnel de l'I.R.T.S. (Institut Régional de Travail Social) de Canteleu (76) en 03/2006.
- 2• Articles L 411-1, L 411 - 3 et suivants du code de l'action sociale et des familles.
- 3• *Quel est le profil socio-psychologique du patient brûlé traité en centre de rééducation en France en 2002 - 2003 ?* Dr Mezioud S., Berthe V., Lanoy E., Dr Lanoy J.F., *Brûlures vol V n°4 pp 238-244 dec 2004.*
- 4• A.S.H. 18 avril 2008, « familles et professionnels formés à faire front commun face au handicap psychique ».
- 5• A.S.H. 2 mai 2008, « handicap psychique, un rapport souligne la nécessité de prendre en compte l'incapacité globale à agir dans l'éligibilité à la P.C.H. ».

Les patients brûlés gravement perturbés psychologiquement en Centre de Rééducation ; problèmes posés à l'équipe pluridisciplinaire

G. Goudet-Lunel et l'Équipe de l'Unité de Rééducation de Grands Brûlés

CRF La Tour de Gassies - Bruges (33)

Résumé

Les unités de grands brûlés en Centre de Rééducation Fonctionnelle reçoivent le plus souvent les patients dont les brûlures sont les plus graves, ce qui explique le fort pourcentage de patients très perturbés psychologiquement comme l'a démontré l'enquête multicentrique faite à l'occasion de cette table ronde du Congrès de la SFTEB 2008.

Mots clés : brûlures, troubles psychiques

Le nombre de patients gravement perturbés sur le plan psychique dans un service a inévitablement des effets sur notre prise en charge.

Les similitudes sont grandes dans ces unités spécialisées et l'on peut y reconnaître trois grands types de grands brûlés :

- 1°) Les patients psychiatriques connus avec pathologie identifiée et traitée, plus ou moins bien suivis, dont la pathologie psychiatrique est une des raisons de leurs brûlures graves (autolyse par immolation entre autres). Ils posent aux équipes des **problèmes d'ordre psychiatrique** ;
- 2°) Les patients marginalisés et solitaires alcoololo-tabagiques qui posent quant à eux de difficiles **problèmes sociaux** ;
- 3°) Les grands adolescents ou adultes jeunes « psycho ou sociopathes », souvent toxicomanes et qui posent à l'équipe qui les prend en charge des **problèmes institutionnels**.

Après avoir relevé les quelques points communs à tous ces patients dans chaque catégorie, nous illustrerons notre propos avec des cas cliniques.

◆ 1^{er} type : les patients psychiatriques « lourds » avec antécédents psychiatriques connus, brûlés le plus souvent par auto immolation

Pour ces patients, malheureusement de plus en plus nombreux dans nos services, les problèmes posés sont liés à leur pathologie psychiatrique.

Paradoxalement ce ne sont pas eux qui nous semblent les plus difficiles à prendre en charge.

Ils peuvent être très « compliants » aux soins, lier des liens forts avec l'équipe soignante, le « maternage » que représente les soins quotidiens (toilette, pansements et traitement cutané) semblent même les améliorer.

Les situations les plus habituellement compliquées à gérer sont les périodes de délire et/ou les grands moments de dépression profonde qui font craindre un passage à l'acte.

L'équipe est alors en souffrance car elle ne peut pas bien évaluer le risque suicidaire et ne trouve pas forcément une aide auprès de la psychiatrie institutionnelle trop souvent « débordée », n'ayant pas de lit à offrir, d'autant que notre recrutement régional et la sectorisation psychiatrique ne font que compliquer encore l'accueil de ces patients.

Enfin leurs périodes de « déprime » ont parfois un effet très déstabilisateur vis-à-vis des autres patients eux-mêmes très fragiles.

Cas de D. :

Homme de 28 ans, schizophrène connu, il fugue de l'établissement psychiatrique où il est hospitalisé et entre dans un transformateur électrique. Brûlé à 80%, l'évolution est dramatique pendant de longs mois en service aigu.

Il arrive dans notre service de rééducation 6 mois après sa brûlure. La surface greffée est étendue, non hypertrophique mais fragile et adhérente. Il y a une grosse escarre sacrée et une colostomie de décharge. Le bilan articulaire est catastrophique. La plupart des articulations sont bloquées par des ostéomes, les autres du fait de phénomènes algodystrophiques sont enraidies et peu fonctionnelles, notamment les extrémités. La dépendance est donc totale : il ne peut ni manger seul, ni satisfaire à ses besoins élémentaires ni faire de transfert autonome. Nous l'installons donc dans une chambre équipée avec un contrôle de l'environnement qui permet l'ouverture des portes, des volets, de la lumière et de la télé de façon électronique. Cela lui donne une toute petite autonomie dans sa chambre et lorsqu'il est dans son fauteuil électrique pour entrer et sortir.

Sur le plan psychiatrique, D. alterne des périodes de délire sur un mode persécutif et des périodes de profonde dépression, refusant les médicaments qui lui sont prescrits par le psychiatre car il redoute d'être « empoisonné ». Il finit par les accepter ce qui entraîne une amélioration nette et nous permet de travailler plus efficacement.

La prise en charge par les infirmières aboutit lentement à un meilleur état cutané mais il conserve une escarre sacrée rebelle que les chirurgiens dans ce contexte psychiatrique et compte tenu de l'état local ne sont pas enclins à opérer.



Les objectifs de rééducation restent limités, l'ankylose articulaire ne permet que des progrès minimes, le désir du patient est centré sur la reprise de la marche et il est particulièrement coopérant pour ce type d'exercice mais ne peut faire aucun transfert tout seul.

Il veut « pouvoir tenir debout 8 heures car il veut retravailler... », désir peu réaliste mais qui nous aide à le faire progresser. Au bout de quelques semaines, il arrive donc à déambuler, un peu comme un automate, pendant des heures, dès qu'il est mis debout. Malgré des adaptations faites par les ergothérapeutes, il ne peut se servir de ses mains pour manger seul et bien sûr ne peut gérer seul la poche de colostomie.

La prise en charge psychiatrique permet cependant une bonne amélioration et le contact s'établit de façon assez satisfaisante avec l'équipe. Le délire apaisé, D. s'avère délicat, bien élevé et relativement coopérant. Il est passionné par le sport qu'il regarde à la télé. Il ne se lie pas beaucoup mais est bien accepté par les autres patients. La prise en charge se déroule pendant des mois car il n'y a aucune solution de sortie.

En effet, la famille vit un drame familial, le frère de D. s'est suicidé par pendaison il y a quelques années. Dans ses périodes de délire, D. considère sa mère comme sa persécutrice, (c'est elle qui était chargée de lui faire prendre ses médicaments psychiatriques). Les parents, petits commerçants de province, sont très occupés et « écrasés » par ce deuxième drame (ils n'avaient que deux enfants !...).

Dans le but de tenter une meilleure autonomie pour l'alimentation, nous décidons une chirurgie sur un ostéome du coude correspondant à la main la plus valide ; c'est un échec cuisant marqué d'ailleurs par une nouvelle période délirante. Malgré tout, devant les progrès obtenus à la marche, nous prenons le risque de libérer un ostéome bloquant d'un genou puis de la hanche controlatérale avec cette fois une bonne amélioration fonctionnelle, d'autant que l'état général s'est beaucoup amélioré au cours de ces longs mois de soins continus.

La longue durée de son hospitalisation nous amène au moment du départ à la retraite de ses parents, qui ont toujours refusé une solution institutionnelle. On peut alors bâtir un vrai projet de retour à domicile avec de très nombreuses aides et des travaux d'aménagement. Ce retour se passe bien ; depuis, il revient régulièrement aux consultations de suivi médico-chirurgical. Deux ans après la famille semble satisfaite ainsi que D., mais il aura fallu trois ans d'hospitalisation pour arriver à un tel résultat !....

◆ 2^e type : les patients souffrant de solitude et de grande précarité

Il s'agit souvent de patients dits « alcool-tabagiques » résidant en appartement insalubre ou sans domicile fixe.

Leur accident s'est passé dans un contexte d'alcoolisation : incendie de literie, incendie de maison, agression, auto immolation. Le contexte est générateur de brûlures souvent très graves. Il n'y a autour d'eux que très peu ou pas de ressources familiales ou amicales. Leur vie est une suite de « ratages » familiaux et professionnels. L'alcool, cause de leur malheur, devient aussi conséquence.

La prise en charge au début s'avère souvent très difficile. Cependant, si l'hospitalisation est longue, la situation peut s'améliorer.

L'arrêt au moins partiel de l'alcoolisation, l'hygiène retrouvée, « l'uniforme » des vêtements compressifs, les contacts sociaux avec l'équipe et les autres patients, la prise en charge psychologique, le travail prépondérant de l'assistante sociale, vont leur redonner une dignité, les éloigner de leur marginalité et paradoxalement ce sont peut-être les seuls dont la situation sociale et financière s'améliorent (Allocation Aide Handicapés, mises en place d'aides sociales diverses...).

Les difficultés de prise en charge sont néanmoins multiples : il est quasiment impossible d'organiser un week-end de sortie du fait de leur solitude et de l'absence d'habitat. Ils dépriment donc en voyant sortir les autres... et ils ont alors une fâcheuse tendance à retrouver de l'alcool à proximité du Centre !

Les solutions d'hébergements sont quasi nulles et la solitude à la sortie risque d'entraîner la récurrence.

Le travail social : il est capital et « énorme ».

Il faut retrouver des référents, souvent peu motivés, et chercher un habitat, avec des moyens financiers plus que réduits, devient une gageure. Pour certains il faudra trouver une famille d'accueil ou un habitat collectif mais les solutions demeurent rarissimes.

Cas de M. B. :

Homme de 46 ans, alcool-tabagique de longue date, issu d'une nombreuse fratrie avec beaucoup de carences affectives depuis l'enfance, dépressif à la suite du décès de plusieurs proches et au chômage, il s'auto immole dans un contexte d'alcoolisation massive. Brûlé sur 30% de la surface corporelle et massivement au niveau du visage et des mains, il entre en CRF deux mois après sa brûlure. Défiguré par des brûlures profondes avec des mains partiellement amputées, il présente aussi des greffes au niveau du thorax, des membres inférieurs et des pieds. Les séquelles sont lourdes et l'autonomie des gestes de la vie courante très limitée.

La rééducation va donc être là encore particulièrement longue.

Sur le plan psychique M. B. est très dépressif, voire encore suicidaire, très dépendant de sa toxicomanie alcoolique. Il se saisit cependant de l'aide proposée et voit régulièrement psychiatre et psychologue et accepte un travail pour limiter son addiction. Pendant ce temps, l'assistante sociale essaie de recréer quelques liens avec certains membres de la fratrie, d'organiser de très rares sorties de week-end familial, et surtout de trouver un hébergement collectif adapté, la solitude étant particulièrement redoutée par M. B., en attendant de trouver une famille d'accueil dans une région proche de certains membres de sa famille biologique. Elle parvient peu à peu à rétablir un lien social même ténu. On obtient son adhésion à un séjour de post-cure. Il voit régulièrement la psychologue et finalement le séjour peut se dérouler sans rupture de contrat malgré des moments très difficiles dus en partie à la récurrence de l'alcoolisation.

Il se lie avec un autre patient assez représentatif de cette catégorie de malades et une solution d'hôtel social est trouvée



pour tous les deux. Même s'ils se plaignent de la promiscuité avec des personnes « qui leur ressemblent », finalement l'adaptation n'est pas si mauvaise, il vient régulièrement aux consultations de suivi, bénéficie de quelques gestes chirurgicaux complémentaires qui l'améliorent sur le plan fonctionnel, mais finalement le séjour aura duré 22 mois, et l'on attend toujours la famille d'accueil !...

◆ 3^e type : les grands adolescents ou adultes jeunes « psycho ou sociopathes », toxicomanes

Dans ce groupe de patients, l'accident s'est le plus souvent produit lors d'une conduite à risque, dans un contexte de conflit, intergénérationnel ou conjugal, ou dans un contexte auto agressif impulsif.

Les rapports familiaux sont en général mauvais ou inexistant, il y a une situation de chômage ou de travail précaire, la toxicomanie au moins au cannabis est de règle.

• Les difficultés avec l'équipe :

Ce sont dans nos CRF les patients les plus difficiles et les plus générateurs de tensions institutionnelles et de souffrance des soignants.

Ils sont en effet généralement non compliant aux soins et n'acceptent pas les contraintes du traitement, or, elles sont nombreuses. Ils peuvent être agressifs voire insultants avec le personnel, rien ne semble vraiment les motiver. Ils collaborent mal avec les services sociaux au moins au début, et refusent l'aide des psychiatres ou des psychologues. Enfin leur humeur est aussi particulièrement fluctuante.

• Les difficultés avec l'institution :

Leur rapport à la Loi est inexistant. Ils ne respectent donc pas le règlement intérieur, fument malgré les interdictions à l'intérieur des chambres, consomment des produits illicites et mettent en difficulté l'équipe parfois taxée de « laxisme » par l'administration soucieuse de l'image qu'elle donne de l'institution et des répercussions possibles sur le recrutement... Mais leur état physique et souvent la démission de l'entourage familial excédé ne donne aucune solution de sortie acceptable, surtout lorsque les conséquences de leurs brûlures sont majeures.

Cas de S. :

Jeune homme de 20 ans, intégré dans un groupe de jeunes tagueurs, qui, malgré une toxicomanie de longue date, travaillait dans une grande surface.

Il s'électrocute en taguant sur le toit d'un wagon de chemin de fer. La décharge des caténaires est massive, il est brûlé à 80% avec des brûlures si profondes aux membres inférieurs qu'elles nécessitent une amputation des deux jambes.

Le reste du corps est largement greffé. Le visage est peu touché et moins profondément.

Le bilan à son arrivée révèle de larges zones greffées adhérentes, des cicatrices inflammatoires peu hypertrophiques, des plaies éparses, des articulations globalement enraidies mais surtout deux genoux presque ankylosés sur des moignons courts non cicatrisés et peu appareillables en l'état.

Les objectifs de rééducation sont essentiellement centrés, outre le travail cutané, sur la récupération d'une mobilité des

deux genoux pour préparer la mise en station verticale sur des prothèses de rééducation. Mais la route sera longue...

En effet, très vite les troubles comportementaux prennent le dessus et gênent toute progression en rééducation. Il arrache ses pansements, gratte ses plaies colonisées par des germes résistants, refuse de se réveiller le matin pour les soins, agresse verbalement les aides-soignantes et le personnel de rééducation qui tentent de le faire participer à ses soins, se procure massivement du cannabis et fume dans sa chambre, détériorant le matériel mis à sa disposition.

La famille a éclaté quand il était enfant, S. est resté seul au domicile familial dès l'âge de 15 ans, consommant cannabis et drogues dures sans entrave. La mère est occupée par un poste de travail important, on ne peut guère compter sur le père, la situation semble bloquée.

Mais dans ce tableau sombre s'allume une petite lueur d'espoir, « il accroche » dans ses temps de loisirs avec l'animatrice du Centre qui l'accueille dans l'atelier d'Arthérapie. Elle le valorise en lui confiant un projet de décoration du local et en lui proposant de faire une exposition de « ses œuvres de grapheur » dans le Hall du Centre.

Il se prend au jeu et va mieux, retravaillant davantage en rééducation, acceptant de rencontrer le médecin psychiatre qui aborde avec lui les problèmes d'addiction.

Une intervention sur ses moignons s'avère indispensable pour mettre en place un appareillage ; cette intervention est longtemps retardée par des plaies entretenues par S. Il va de nouveau mal et la rééducation s'éternise. Il fait une demande de méthadone. Finalement, la reprise de ses moignons se passe mieux que prévu et il nous étonne par la rapidité de ses progrès, se mettant debout dès le 1^{er} essai d'appareillage.

On se prend à espérer, mais il récidive très vite malgré ce départ encourageant. Son comportement déviant entraîne une mesure disciplinaire de l'administration avec laquelle nous négocions une exclusion temporaire. Au retour, il semble plus motivé, il est mis en contact avec une école de graphisme qui accepte de le prendre dès sa rééducation achevée... On croit la partie gagnée, mais il nous met à nouveau en échec en se faisant cette fois exclure de façon définitive.

Nous avons juste eu le temps de le faire marcher et d'ébaucher un projet professionnel ; il y a une grosse déception de l'équipe. Peut-être sa famille ou lui-même se saisiront-ils ultérieurement de ce qui a été mis en germe avec l'énergie de tous ceux qui l'ont rencontré au CRF...

Mais devant ce corps mutilé d'un jeune de 20 ans au passé déjà fort chargé, chacun s'interroge : quel sera vraiment son avenir ?

Ce descriptif sombre de ces situations tragiques dans nos unités de Grands brûlés en Centre de Rééducation ne doit cependant pas effacer les résultats tout à fait inespérés que nous obtenons aussi. Des nouvelles et des témoignages de patients longtemps après l'accident, patients qui nous ont quelquefois beaucoup soutenus et qui vont bien, nous soutiennent dans notre démarche.

◆ Quelques points importants

• L'importance du temps :

Il nous est apparu avec l'expérience que l'on ne peut rien construire de solide sans un temps suffisant.



Il y a le temps des cicatrices et de la fonction articulaire, mais il y a aussi le temps de la stabilisation psychique, indispensable pour reconstruire un projet de vie et éviter un passage à l'acte ou une récurrence suicidaire. Malheureusement, nous sommes fort inquiets quand nous voyons se mettre en place la T2A qui pénalise les séjours longs. Pourra-t-on continuer à travailler ainsi ?

• Importance de la cohésion d'équipe :

L'organisation de notre Unité de rééducation sur un plateau technique dédié a toujours eu pour souci de privilégier la communication entre tous les intervenants grâce à l'unité de lieu géographique et grâce au décloisonnement des différents intervenants travaillant proches ou même ensemble (binôme kiné-infirmière, kiné-ergo, etc.) ce qui a favorisé une cohérence des discours et des objectifs de prise en charge, cohérence indispensable pour les patients du 3^e type notamment.

Les réunions pluridisciplinaires ont toujours été des lieux de parole permettant d'éclairer certaines options des uns ou des autres et d'effectuer des ajustements très bénéfiques aux patients et à l'équipe.

Le travail constant avec la psychiatre, la psychologue et l'assistante sociale, présentes aux staffs, a toujours été d'une aide précieuse pour la prise en charge de ces patients difficiles.

• L'interdisciplinarité :

L'équipe d'un Centre de rééducation est large et nous avons ouvert nos staffs aux animateurs. Pour les patients du 3^e type, ils apportent un regard très intéressant, voyant évoluer ces jeunes dans un lieu beaucoup plus favorable à leur épanouissement et à leur expression.

L'aide d'un service Comète d'insertion professionnelle précoce, le travail avec les partenaires extérieurs : famille, assistants sociaux, éducateurs, organisme d'autonomisation en appartement thérapeutique, etc. nous semble indispensable à la résolution des problèmes complexes que posent ces grands brûlés cumulant les handicaps physiques, psychologiques et sociaux.

• L'importance du rétablissement du lien social :

Un service de rééducation n'est pas simplement un lieu de kinésithérapie ou de soins infirmiers et médicaux, il est avant tout un lieu de reconstruction d'un projet de vie le meilleur possible malgré le drame que représente un accident aussi grave qu'une brûlure étendue et profonde.

Retrouver le plaisir de communiquer avec d'autres patients marqués aussi dans leur intégrité par des pathologies diverses, créer des liens forts avec certains de ces patients et avec des membres des équipes soignantes, trouver des lieux de paroles qui délivrent, réapprendre à rire et à vivre des moments joyeux pour célébrer les événements de la vie (les anniversaires de nos brûlés, les départs, la Noël, la Chandeleur et bien d'autres moments encore nous en donnent l'occasion) ne doivent pas être considérés comme des actions de second ordre pour les patients en général mais à plus forte raison pour les plus fragiles et les plus isolés en particulier.

Pour conclure, nous avons réfléchi à quelques pistes pour améliorer la prise en charge de ces patients gravement perturbés sur le plan psychologique.

• La double prise en charge :

Il s'agirait de passer contrat avec un ou plusieurs services psychiatriques pour obtenir plus facilement dans les cas les plus lourds ou dans des périodes délicates de délire ou de risque suicidaire, une hospitalisation en Centre Hospitalier Spécialisé, notamment le soir après 17 heures, la nuit et les week-ends, les soins spécialisés pour la brûlure y compris les soins d'hygiène étant assurés en hospitalisation de jour dans notre Unité.

L'argument (compréhensible) de l'incompétence des services de psychiatrie pour gérer les soins techniques nécessaires dans les brûlures graves trouverait là une réponse qui ne justifierait plus le refus d'hospitalisation devant un état psychiatrique préoccupant.

Dans de très rares cas, nous l'avons expérimentée avec succès et nous pensons donc mettre en place ce projet.

• Davantage de moyens !...

En ces temps de pénurie, est-ce raisonnable ? Ce peut être aussi le moment de repenser aux organisations de travail pour plus d'efficacité. Nous pensons qu'une supervision d'équipe est très utile, surtout lorsqu'il y a souffrance des soignants devant des situations telles que celles que nous avons décrites plus haut.

L'enquête a montré qu'un certain nombre d'équipes en bénéficie mais à notre avis elles restent encore trop peu nombreuses. L'aide des addictologues nous semble aussi très utile. Des consultations sont organisées dans quelques Centres.

Enfin, le manque de lieux de vie pour les patients de moins de 60 ans les plus démunis et dépendants reste criant.

Pour terminer, l'enquête multicentrique qui a confirmé « le poids » que représentent les troubles psychiques dans les Centres de brûlés et particulièrement dans les services de rééducation spécialisés, a aussi montré que si d'énormes progrès avaient été faits depuis une quinzaine d'années dans la prise en charge de ces problèmes, il restait encore beaucoup à faire.

La présence d'un psychologue dans 8 centres de rééducation sur les 9 qui ont répondu, ne doit pas masquer que certains n'y travaillent que très peu d'heures, ayant parfois en charge la totalité des patients d'un centre de rééducation.

Peu d'équipes bénéficient de vacation de psychiatre dédié aux brûlés et l'on sait la difficulté à obtenir une consultation rapide à la demande.

Un seul centre d'adultes bénéficie d'un psychomotricien.

Il conviendrait donc dans l'idéal d'avoir beaucoup plus d'heures de psychologues dans les services de grands brûlés, pour les patients bien sûr, mais aussi pour les familles, sans oublier le personnel soignant qui aurait grand besoin de davantage de supervision.

Martine, gravement brûlée il y a de nombreuses années, écrivait dans le manuscrit qu'elle a composé après ses brûlures : « *La prise en charge psychologique dont j'ai bénéficié m'a prouvée pour ma part que j'avais gagné des années d'avance sur certains malades...* ».

Prendre du temps, c'est quelquefois en gagner.

Compte rendu de l'Assemblée Générale de la S.F.E.T.B.

13 Juin 2008 à 11 h 30 – Palais des Congrès d'Arcachon

J-F. Lanoy

Secrétaire général de la SFETB

I. Introduction

Le Dr Hervé Carsin, Président de la SFETB, ouvre la séance. Le Président félicite tout d'abord les organisateurs et leurs collaborateurs pour l'accueil et l'organisation du congrès d'Arcachon.

Le compte rendu de l'Assemblée Générale de Tours est approuvé à l'unanimité.

II. Rapport moral du président (vote)

Chers amis,

Le système de renouvellement annuel du président fait que son rapport moral tient aussi du testament puisque c'est pour lui la dernière occasion de s'exprimer avant de rejoindre la tribu des ex, des éléphants qui ont fait l'histoire de la SFETB. Avant que je ne rejoigne cette éminente compagnie, permettez-moi donc de vous livrer quelques réflexions sur la vie de notre société.

Sa première caractéristique et sa principale richesse est sa pluridisciplinarité. Bien peu de sociétés savantes ont cette particularité, celle de regrouper des chirurgiens, des anesthésistes réanimateurs, des rééducateurs, des dermatologues, des infirmiers, des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes, des psychologues... Cette société associe étroitement les malades et leur association à ses travaux. Bref, cette richesse est unique ! C'est aussi une très grande fragilité... Bien des scissions ont failli survenir par le passé. Elles étaient liées au fait que les uns ou les autres ne se sentaient pas reconnus, alors que leur implication était totale alors que d'autres... Pour y remédier : l'organisation de la société et du conseil d'administration en collègue et la publication en août 2007 de textes de loi qui précisent l'organisation des centres aigus et la place de chacun. Reste à chaque centre à se mettre aux normes ; ils ont 3 ans pour le faire... Il est très important que ce travail soit fait dans la sérénité et dans le respect des textes que nous avons souhaités, l'administration se nourrit de nos désaccords et notre crédibilité est en jeu.

Le terme brûlologue semble désormais consacré, il a l'avantage de générer le fou rire de nos interlocuteurs. Ce que nous mettons derrière ce néologisme mérite cependant d'être précisé face aux réformes qui se profilent. Le brûlologue ne peut plus être un spécialiste de tout ce qui concerne la brûlure mais, à l'instar de ce que le cancérologue est pour le cancer, il doit être un spécialiste de haut niveau dans sa discipline qui apporte à l'équipe sa compétence et les progrès de sa spécialité, dans un but commun d'amélioration des soins au patient.

Comme vous le savez et comme vous le répètera Jean-François, le processus d'accréditation après avoir touché les hôpitaux

va désormais intéresser les individus, sous la forme de l'évaluation des pratiques professionnelles. Pour ce faire, chacun d'entre nous va devoir rentrer dans un processus de validation qui dépendra d'une commission particulière de son hôpital ou d'une des sociétés savantes accréditées. Les sociétés de chirurgie et d'anesthésie réanimation sont déjà reconnues. Si l'on veut conserver une petite indépendance, il est important que la SFETB le soit également. C'est un énorme travail que Jean-François a pris à bras le corps. Mais attention, là encore notre crédibilité est en jeu, il faudra que les projets présentés en vue de cette accréditation soit effectivement validés, de niveau scientifique reconnu, que les experts désignés ne soient pas discutables et que copinage et magouillage en soient exclus... Cette nouvelle mission de formation continue nous engage dans un processus qui va transformer la SFETB, c'est une ambition de grande société savante pour une association qui a en fait assez peu de membres. La qualité devrait suppléer la quantité et l'on a besoin de l'aide de tous pour mener à bien ce projet. Pour mener à bien ce travail, la SFETB dispose des congrès, de la revue et du site Web. Tous font appel à nos sponsors habituels de l'industrie.

Notre organisation était ainsi faite que l'on assistait à une forme de concurrence entre les différents supports qui se disputaient une manne non extensible. Il fallait donc qu'une seule et même société soit responsable de l'ensemble et c'est donc un nouveau choix auquel nous venons de procéder. Tout cela ne se fait pas tout seul et je voudrais féliciter et remercier Jean-François qui s'est attelé à ce travail de rénovation énorme, souvent fastidieux, mais nécessaire. Merci à Martine qui l'assiste pour son attachement à notre société.

Nous sommes réunis à Arcachon avec l'organisation du centre des brûlés de Bordeaux. Jean-Claude Castède, Gérard Perro et leur équipe ont réalisé l'exploit de réussir et l'ouverture de leur nouveau service au mois d'avril et l'organisation de ce congrès. Je pense que leurs soirées et week-ends de ces derniers mois ont été bien occupés. Le plaisir que nous avons eu à être ici et l'intérêt scientifique que nous y avons trouvé devraient être partie de leur récompense.

Mes chers amis, il me reste à vous remercier tous pour l'amitié et le soutien que vous m'avez témoignés pendant mes fonctions au CA, puis en tant que secrétaire et comme président. Comme vous, je reste attaché à notre SFETB à qui je souhaite longue et heureuse vie. Bon vent à mon successeur que vous allez désigner dans quelques minutes.

Le rapport moral du Président est approuvé à l'unanimité.

Le Président passe ensuite la parole à Jean-François Lanoy, Secrétaire Général, pour le rapport d'activité.



III. Rapport d'activité du Secrétaire Général

Chers amis,

Cette année a vu l'aboutissement de travaux importants qui pour certains d'entre eux étaient en cours depuis plusieurs années. En effet, depuis avril dernier, les décrets concernant la prise en charge des brûlés en soins aigus et en soins de suite ont été publiés, alors que dans le même temps, les travaux sur la quasi-totalité des schémas interrégionaux d'organisation sanitaire étaient terminés.

La publication de ces textes, en reconnaissant la prise en charge des brûlés comme particulière, va permettre d'inscrire les services de brûlés dans la pérennité à la fois pour leur organisation mais aussi pour leur budget, notamment au travers de la T2A.

Les SIOS quant à eux devraient permettre progressivement, au moins peut-on le souhaiter, la mise en place de réseaux de soins concernant ces malades. Ces réseaux constitués d'un service spécialisé ; des services d'urgences des hôpitaux et des médecins de ville favoriseront une meilleure prise en charge des brûlés.

En modifiant ses statuts (qui vont être incessamment publiés au journal officiel) et son règlement intérieur, mais aussi en s'engageant résolument dans la FMC, la SFETB s'est préparée à cette évolution.

Il reste cependant encore beaucoup de travail à faire, d'autant que l'environnement dans lequel nous évoluons est notamment instable et préoccupant, particulièrement en ce qui concerne l'évolution de la démographie des personnels de soins de nos services et l'organisation de la FMC sur le plan national.

Avant de passer comme les années précédentes à l'exposé des travaux qui ont été réalisés cette année, je remercie les membres du conseil d'administration pour leur assiduité et leur travail au cours des cinq conseils d'administration qui ont eu lieu cette année ; une mention particulière pour Martine Campana qui a dû, en plus, cette année, s'adapter à l'organisation du Congrès d'Arcachon.

Les groupes de travail ont poursuivi l'étude des objectifs qui avaient été identifiés l'année dernière, et je laisse maintenant la parole à Marc Bertin Maghit qui va vous exposer la situation démographique de nos centres de brûlés, puis je vous exposerai la mise en place de la FMC et ses conséquences sur l'organisation des congrès, de la revue et du site Web. Jean-Michel Rochet vous exposera ensuite les travaux du groupe PMSI alors que Jacques Latarjet vous parlera d'épidémiologie.

Démographie médicale et paramédicale des services de brûlés aigus et de soins de suite. Enquête S.F.E.T.B. 2008 (M. Bertin Maghit).

Les Centres de Brûlés n'échappent pas aux difficultés de renouvellement et de recrutement du personnel médical qui concernent l'ensemble du système de soins français, dans le service public hospitalier comme dans les établissements privés. Dans ce contexte, le Conseil d'Administration de la Société Française d'Etude et de Traitement des Brûlures (SFETB) a diligenté une enquête réalisée au cours du premier semestre de l'année 2008.

Des questionnaires ont été envoyés aux différents centres aigus et centres de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) aux mois de janvier et d'avril via Internet, le recueil d'information étant complété éventuellement par des entretiens téléphoniques. Les résultats ont été présentés au cours du Congrès de la SFETB qui s'est tenu à Arcachon en juin 2008, et fera l'objet d'un article dans la revue « Brûlures » à l'automne 2008.

14 centres aigus et 7 centres de rééducation MPR ont répondu, représentant un taux de réponse de 80%, pour les centres aigus comme pour les centres MPR.

L'âge moyen des médecins de l'ensemble des centres est de 50,6 ans, avec 38% de femmes pour 62% d'hommes.

L'expérience moyenne des médecins de l'ensemble des centres dans le domaine spécifique de la spécialité « Brûlures » est de 13,2 ans.

L'âge moyen des anesthésistes réanimateurs exerçant en centres aigus est de 49,2 ans, celui des chirurgiens exerçant en centres aigus de 49,3 ans, et celui des médecins rééducateurs exerçant en centres MPR de 56,6 ans.

L'expérience moyenne de la spécialité pour les anesthésistes réanimateurs est de 13 ans, celle des chirurgiens de 10,7 ans, et celle des rééducateurs de 17,7 ans.

Le corps médical exerçant dans l'ensemble des centres de brûlés est globalement âgé. Le taux de renouvellement est faible, et le fonctionnement à flux tendu. Les médecins rééducateurs et les chirurgiens sont les plus touchés par l'âge. Les anesthésistes réanimateurs exercent en effectifs « limites », avec la permanence des soins à assurer sous forme d'une activité de gardes ou d'astreintes, maintenant réglementaires depuis la parution des décrets de fonctionnement des centres spécialisés. L'enquête identifie deux populations d'anesthésistes réanimateurs, mais la fidélisation de la plus jeune est aléatoire car composée de praticiens exerçant sur des postes non pérennes (chefs de clinique ou praticiens contractuels).

Si l'importante expérience professionnelle des médecins cadres des centres de brûlés peut apparaître comme un gage de qualité des soins, les données démographiques sont inquiétantes en terme de renouvellement et vont entraîner à coup sûr des difficultés de fonctionnement à moyen terme.

Impact de la mise en place de la Formation Médicale Continue sur l'organisation du congrès, de la revue et du site Web (J-F. Lanoy).

Le gouvernement a décidé en avril dernier de suspendre l'application des décrets concernant la mise en place de la FMC, jugeant le dispositif trop complexe et préférant ajouter un chapitre sur l'EPP et la FMC dans la prochaine loi hospitalière prévue pour la rentrée.

Cette décision répond en fait à des problématiques budgétaires. Le financement de la FMC, actuellement très inégale entre les différents modes d'exercice, n'a jamais été véritablement prévu, d'une part et d'autre part parce que le gouvernement n'a pas totalement renoncé à contrôler les dépenses de santé au travers de l'EPP et de la FMC.

À l'heure actuelle, l'EPP est sous la responsabilité de la HAS alors que la FMC est sous celle du Conseil de l'Ordre. L'objectif à terme est de réunir l'EPP et la FMC sous la



responsabilité de la HAS. (En 2004, le ministre avait précisé que si l'EPP valait FMC, la FMC ne vaudrait jamais EPP).

Dans cette éventualité, la FMC serait essentiellement pragmatique, destinée à corriger les insuffisances constatées dans le cadre de l'EPP. Cette approche de la FMC va à l'encontre de toute formation continue en général et à celle de notre éthique professionnelle en particulier.

Néanmoins, il apparaît important que notre société poursuive la mise en place de la FMC, ne serait-ce que pour des raisons médico-légales.

Actuellement, la commission nationale de la FMC poursuit l'examen des dossiers de demande d'agrément.

Ce dossier que la SFETB va devoir constituer comprend une partie purement administrative et une partie pédagogique. L'ensemble (programmes pédagogiques et évaluation) doit reposer sur un budget démontrant son indépendance de l'industrie pharmaceutique.

Compte tenu de cette situation, le Conseil d'Administration a décidé de limiter dans un premier temps, la FMC aux membres de notre société.

- Le congrès annuel sera maintenu mais inclura des sessions de FMC bien identifiées ;

- Une journée de formation annuelle sera organisée par chaque centre de grands brûlés sur des thèmes restant à définir.

Cette journée pourrait être organisée en liaison avec les ARH dans le cadre des SIOS. Dans cette éventualité, la SFETB se chargerait de l'aspect scientifique et l'ARH de la logistique. Cette journée serait un moyen de valoriser les réseaux de soins mis en place.

Si le congrès et ces journées sont principalement destinées aux membres de la SFETB, ils ne sont pas pour autant fermés aux acteurs extérieurs urgentistes, réanimateurs, chirurgiens et rééducateurs qui sont confrontés épisodiquement à cette pathologie.

Dans un second temps et en fonction du déroulement de la FMC en interne, il pourrait être développé des programmes de formation plus spécifiquement destinés aux urgentistes, réanimateurs, chirurgiens, rééducateurs, médecins généralistes et paramédicaux en dehors du cadre du congrès et des journées de formation dans les centres.

La revue « *Brûlures* » et le site Web organisés dans le sens de la FMC serviraient de lien et de support en interne mais aussi en externe.

La mise en place de la première phase de la FMC peut se réaliser avec un minimum d'investissement. Du point de vue organisationnel, une société extérieure assurera la logistique et la cohésion Congrès, revue et site Web, alors que les programmes et les modalités pédagogiques seront définis en interne par la commission scientifique et pédagogique et validés par le Conseil d'Administration.

Après l'audition des cinq sociétés qui avaient répondu à l'appel d'offres, le Conseil d'Administration a retenu la Société **TECHNI MÉDIA SERVICES**.

La mise en place de la seconde phase à l'organisation plus complexe nécessitera probablement un rapprochement, soit avec une autre société, soit avec une structure de type UNAFORMEC.

Mise au point sur l'application du PMSI et de la T2A (J-M Rochet).

À l'occasion du 28^e Congrès de la Société Française d'Etude et de Traitement des Brûlures à Arcachon, le projet d'étude de coût relatif à la prise en charge du traitement de la brûlure en Soins de Suite et de Réadaptation a été présenté au Conseil d'Administration de la SFETB puis lors d'une réunion spécifique regroupant les responsables des services de soins de suite afin de les sensibiliser et de les mobiliser.

Il leur a été demandé de porter une attention toute particulière à la note de cadrage de ce projet et d'établir une première communication auprès de leur direction afin de confirmer leur intention de participation à ce projet et de faire part de leurs éventuelles remarques sur la méthodologie.

Extrait de la note de cadrage :

« La perspective de la Tarification à l'Activité SSR conduit la SFETB, Société Française d'Etude et de Traitement des Brûlures, à initier une démarche de connaissance des éléments structurant la dépense du traitement de la brûlure dans le champ des soins de suite.

Cette note de cadrage a pour objet de formaliser le cadre de cette étude.

II- OBJECTIFS

II.1 - Objectif général

Ainsi, l'objectif général est d'appréhender les principaux coûts de production de chaque acteur impliqué dans cette prise en charge et par conséquent aboutir à une meilleure lisibilité de l'activité produite et des moyens de production nécessaires à cette prise en charge.

Cela nécessite de lancer une étude de comparaison. La solide compréhension des principales variables de consommation de ressources permettra de clarifier le niveau de prise en charge de chacun, qu'il s'agisse de parfaire les connaissances des établissements, d'en acquérir de nouvelles ou d'aider à la maîtrise des coûts dits cliniques (au sens de la comptabilité analytique hospitalière).

II.2 - Objectifs particuliers

Les objectifs particuliers qui vont permettre d'atteindre l'objectif général peuvent se décliner en 3 axes :

1) Mobilisation générale de l'ensemble des acteurs.

Seule, l'association de tous les acteurs impliqués doit aboutir à une meilleure lisibilité de l'activité produite et des principales ressources allouées.

2) Responsabilisation des acteurs dans le sens de la maîtrise de coûts. Il est indispensable que tous les acteurs acceptent d'échanger leurs coûts, et par conséquent de se positionner par rapport à des références internes au groupe. Les résultats globaux permettront d'élaborer une échelle de coût mais aucunement un classement d'établissement par coût de production. La SFETB garantit l'anonymisation des résultats. La SFETB communiquera à chaque établissement une identification qui lui permettra de connaître son positionnement.

3) Prise de décisions. Prendre des décisions éclairées en matière de recueil de l'information.

Élaborer un thésaurus et identifier des règles communes à l'ensemble des producteurs d'activité. »



Projet d'une convention SFETB/Institut de Veille Sanitaire pour la création d'une base épidémiologique sur les brûlures (J. Latarjet ; F. Ravat).

Jacques Latarjet et François Ravat ont trouvé un partenaire en la personne de Bertrand Tello qui fait partie de l'Institut de Veille Sanitaire. Il devait participer au Congrès d'Arcachon mais n'a pu se rendre disponible.

Il a accès à toutes les bases PMSI et peut, si on le souhaite, en faire l'analyse statistique.

Ce partenariat permettrait à la fois de bénéficier de compétences techniques et scientifiques. Ce serait également un moyen supplémentaire pour entreprendre des études ponctuelles.

En conclusion

Alors que les décrets nous permettraient d'envisager l'avenir de nos centres de façon plus sereine, la démographie des personnels de soin risque de remettre en cause la mise en conformité des services avec ces textes qui doit, je vous le rappelle, être effective en 2010.

La constitution d'une base épidémiologique fiable est réclamée depuis de nombreuses années ; il semble que nous n'ayons jamais été aussi prêts d'aboutir. Il faut cependant garder à l'esprit que la fiabilité de cette base dépend de la rigueur avec laquelle les données seront saisies.

Quels projets pour l'année prochaine ?

Trois sujets paraissent importants à finaliser :

- Déposer le dossier d'agrément de FMC ;
- Mettre en place la journée de FMC en collaboration avec les ARH dans le cadre des SIOS ;
- Évaluer les coûts de la prise en charge des brûlés en SSR en collaboration avec l'UGECAM de l'Ile de France ;

Mais aussi :

- Mettre en place la collecte des données épidémiologiques.
- Envisager la constitution progressive d'une base de thèmes d'EPP. En effet, si la constitution par la SFETB d'un référentiel permettant de faciliter l'accréditation des centres est difficilement envisageable par contre, il est tout à fait réaliste, puisque chaque centre est dans l'obligation d'évaluer ses pratiques dans le cadre de l'accréditation, de rassembler progressivement les thèmes choisis et de les mettre à disposition des centres qui en feraient la demande.

Notre société se porte bien comme en témoigne l'augmentation du nombre d'adhérents qui atteint actuellement 133 membres associés et 180 membres actifs, dont 217 médicaux et 95 paramédicaux.

Le rapport d'activité du secrétaire général est approuvé à l'unanimité (1 abstention).

IV. Rapport financier du trésorier

Le rapport financier du trésorier montre un équilibre des comptes satisfaisant. Mais malgré un assainissement de notre situation financière, il apparaît prudent, compte tenu de l'évolution économique mondiale, de proposer une légère augmentation des cotisations, ce qui n'avait pas été fait depuis plusieurs exercices.

Le rapport financier du trésorier est approuvé à l'unanimité.

◆ Vote sur les tarifs de la cotisation annuelle :

Une proposition d'augmentation des tarifs concernant la cotisation annuelle 2009 à la S.F.E.T.B. est faite :

- 80 € pour les Médecins - Français et Étrangers
- 58 € pour les Paramédicaux et autres Étrangers

Approbation à l'unanimité

U. Élections

Président : *Jean-Claude Castède*

Approbation à l'unanimité - 1 abstention

Vice-président : *Jacky Laguerre*

Approbation à l'unanimité - 1 abstention

◆ Membres du Conseil d'Administration : 94 votants

• Collège « Chirurgiens » :

1 poste à pourvoir - 1 candidature : Anne Le Touze

Élu : *Anne Le Touze* 91 voix

• Collège « Anesthésistes - Réanimateurs » :

1 poste à pourvoir - 1 candidature : Laurent Bargues

Élu : *Laurent Bargues* 83 voix

• Collège « Médecins » :

2 postes à pourvoir - 3 candidatures : Nicolas Frasson, Sabiah Mezioud, Hélène Rienmeyer

Élus : *Nicolas Frasson* 79 voix

Hélène Rienmeyer 52 voix

Sabiah Mezioud 43 voix

• Collège « Paramédicaux » :

1 poste à pourvoir - 1 candidature : Jocelyne Magne

Élu : *Jocelyne Magne* 89 voix

◆ Membres du Conseil des Sages :

Il est proposé la composition suivante pour le Conseil des Sages :

- *Serge Baux*
- *Hervé Carsin*
- *Marie-Françoise Tromel*
- *Yves-Noël Marduel*
- *Michel Pannier*

Approbation à l'unanimité - 5 abstentions

VI. Structure de la société

Nombre de membres : **313 membres** répartis comme suit :

• Médecins - Actifs	138
• Médecin - Associés	79
• Paramédicaux - Actifs	41
• Paramédicaux - Associés	54
• Autres actifs	1

VII. Approbation

◆ Nouveaux Membres Associés : Médecins, Non Médecins, Étrangers

Apro시오 Christian, Boehm-Spadari Simone, Brachet Michel, Breden Audrey, Chagnot Nicole, Chichery Armelle, Coupe Marie, Elain Elie, Florence Pierre, Gemco Gaëtan, Giovannini Umberto, Haulot Bruno, Hautier Aurélie, Hazimeh Alain, Iakova Maria, Jaillant Christophe, Jouffrin Elisabeth, Mercadier Bertrand, Monin Corine, Mubiri-Poindard Marie-Armelle, Orban Cindy, Ortiz Sorromo, Perrot Pierre, Saleh Miquel, Troudet Christiane, Van Rechem Michel.

◆ Nouveaux Membres Actifs : Médecins, Non Médecins

Benabdallah Fouzia, Benhamou Mohamed, Bravetti Christiane, Chauvineau Valérie, Conti Elvira, Deleuze Jean-Paul, Dje Bi Dje Assi Valérie, Fourmaux Chantal-Noëlle, Kismoune Hafida, Naux Edouard, Nussaume Jeanne-Marie, Plancq Marie-Christine, Pradier Jean-Philippe.

◆ Radiations :

Barquero/Bousquet Régine, Bichali Ali, Couet Françoise, Dittmar André, Dufourcq Jean-Baptiste, Kauphy Jean-Franck, Lambert Frédéric, Lausecker Thérèse, Manelli Jean-Claude, Mette François, Mirouf Marie-Christine, Zuliani Pascale.

◆ Démissions :

Boyer Stéphanie, Fourret Philippe, Huet Nadine, Janssens Annick, Le Diberder Gilles, Porterie Jérôme.

Approbation à l'unanimité

VIII. Point sur l'organisation des congrès

◆ Congrès en cours : Arcachon (J-C. Castède, G. Perro)

Il y a 370 inscrits et environ 470 à 500 personnes présentes sur le site. C'est globalement un budget de l'ordre de 200 000 €. On le tiendra correctement, mais sans plus. Les participants sont satisfaits. C'est un Congrès très agréable.

◆ Congrès 2009 : Arcachon (J-M. Rochet)

Dates retenues : 10, 11 et 12 juin 2009

Un seul thème de table ronde (1 journée) a été retenu pour ce Congrès :

« *Affections dermatologiques médicales et chirurgicales hors brûlures, prises en charge dans les centres de brûlés* ».

Une autre « table ronde » d'environ 2 heures ou un atelier est à l'étude actuellement, ayant pour thème :

« *PMSI - T2A et coût d'une pathologie brûlé 2008/2009* ».

◆ Congrès de 2010 - Lyon (M. Bertin-Maghit)

Dates retenues : 9, 10 et 11 juin 2010

Le premier thème proposé est :

« *Hémostase et brûlures* » (*hyper et hypocoagulation*).

Le deuxième thème proposé est :

« *Réhabilitation des séquelles des brûlures de la face* ».

◆ Congrès de 2011 - Montpellier (F. Lebreton)

Le thème proposé pour le Congrès 2011 est le suivant :

« *L'anesthésie du brûlé - Réhabilitation de la main brûlée* ».

Ces thèmes seront confirmés lors d'un prochain Conseil d'Administration.

Thèmes approuvés à l'unanimité

IX. Rapport des représentants français dans les sociétés internationales : ISBI, EBA, MBC

• I.S.B.I. - Jean-Claude Castède

Le rapport sera présenté plus tard.

• E.B.A. - Fabienne Braye

Fabienne Braye étant absente, nous n'avons pas d'information particulière concernant l'E.B.A., si ce n'est que le dernier Congrès a eu lieu à Budapest.

• M.B.C. - Michel Costagliola

S'est rendu en tant que membre du Comité Exécutif du MBC en Équateur en août 2007.

- Puis à Sinaï Roumanie pour la Société Nationale des Brûlés. Serge Baux devait m'accompagner, il n'a pu venir au dernier moment pour raison médicale et m'a demandé de présenter à sa place un papier sur l'expansion cutanée.

- Mission humanitaire en Inde à Ahmedabad du 22 au 27 novembre 2007.

- Du 18 au 20 avril 2008 : cours sur les brûlés du MBC à Bucarest Roumanie.

- Du 15 au 17 mai 2008 : congrès biennuel du MBC à Athènes. Cette année, le Congrès aura lieu à Malte du 23 au 26 octobre prochain, et en 2010, il aura lieu à Istanbul.

X. Questions diverses

Aucune question diverse.

La séance est levée à 13h05.

Le Secrétaire Général
J-F. Lanoy



Réanimation of thumb extension after upper extremity degloving injury treated with Integra®

F. Katrana, E. Kostopoulos, G. Delia, G. Goudet-Lunel et U. Casoli

The Journal of Hand Surgery (European volume 2008) 33^E; 6; 800-802

Les auteurs présentent un cas de brûlure profonde de la main gauche ayant entraîné une amputation de l'index et une perte de substance cutanée de toute la face dorsale de la main et de la face externe du pouce. Pour des raisons générales il ne pût être procédé à une excision greffe précoce et le resurfaçage fut obtenu tardivement par autogreffe mince en filet serré sur substitut dermique d'Integra®.

L'intérêt de cette observation réside dans le traitement des séquelles. En effet, la profondeur de la brûlure avait entraîné

une destruction de l'appareil extenseur du pouce ; la restauration a utilisé l'abducteur pollicis longus prolongé par une greffe tendineuse passée dans une néo-gaine préparée dans un premier temps par un cordon de silicone sous-cutané. La méthode est bien connue mais pratiquée en règle sous une peau normale. La peau reconstruite par greffe mince sur Integra® a permis le déroulement du protocole avec la même sécurité et un résultat satisfaisant.

S. Baux

L'Histoire de la SFETB paraîtra dans les prochains numéros.

Venez découvrir le nouveau site de la SFETB sur www.sfetb.org

The screenshot shows the SFETB website interface. At the top, there's a navigation bar with the website URL and a 'Nous contacter' link. The main header includes the SFETB logo and the full name of the organization. A sidebar on the left contains a menu with items like 'Accueil', 'Centres de Brûlés', 'Référentiels', 'Formation', 'Documentation', 'Congrès', 'La société', 'Liens', and 'Crédits'. Below the menu, there's a login section with fields for 'LOGIN' and 'MDP', and a 'Devenir membre' button. The main content area features a large banner for the '29^e CONGRÈS NATIONAL SFETB' held in Arcachon from June 10-12, 2009. Below the banner, there's a section for 'Derniers ajouts' (Latest additions) listing recommendations on antibiotic use and a WHO publication on burn prevention. The footer contains copyright information for 2004, contact details for the webmaster and development team, and logos for HONcode and MAJ (last updated) on 27.02.09.

