

Chirurgie

L'avènement des techniques microchirurgicales dans les années 1960 avec l'essor de l'asepsie et de l'anesthésie ont complètement bouleversé les possibilités de la chirurgie orthopédique et réparatrice. En 1972, le professeur Vilain créait S.O.S. Mains référence européenne en chirurgie d'urgence tandis que simultanément s'est développée dans ce service hospitalier, la chirurgie esthétique. Le professeur Vilain avait l'habitude de dire « l'esthétique c'est déjà la fonction ».

Dans le service, de chirurgie traumatologique et réparatrice de l'hôpital de chirurgie traumatologique et réparatrice de l'hôpital Boucicaud, trois types de chirurgie sont pratiqués :

- la chirurgie traumatologique réparatrice : en urgence,
- la chirurgie orthopédique : programmée,
- la chirurgie esthétique : en ambulatoire.

Très actif, le service, doté de 79 lits dont un hôpital de jour et un hôpital de semaine, reçoit et traite un éventail pathologique étendu allant des grands traumatisés (accidents variés, attentats, défenestration, agressions, morsures d'animaux) à la chirurgie fine de la main, à la chirurgie orthopédique complexe, à la chirurgie reconstructive du sein après cancer, et finalement à la chirurgie esthétique pure.

Les prouesses de la chirurgie orthopédique et réparatrice ne doivent pas en effet faire oublier la dimension esthétique. Cette dernière chirurgie est indissociable et complémentaire des autres, le point commun étant la restitution de l'intégrité corporelle, toutes les chirurgies s'attachant aux aspects réparateurs d'une blessure narcissique.

Dans cet univers « d'instrumentation technique sophistiquée » (vis, plaques, broches, fixateurs redons) d'état d'urgence, de stress constant devant les interventions lourdes au pronostic fonctionnel incertain, de traumatisme physique et psychique où s'articulent douleurs, anxiété, angoisse, dépression, quelle peut être la contribution du psychologue clinicien avec l'équipe chirurgicale et soignante ?

Nous proposons d'apporter un éclairage personnel autour de trois pôles principaux :

- la douleur,
- l'angoisse,
- la dépression.

Le psychologue intervient lors de deux moments cruciaux : consultations et hospitalisations.

Consultations externes Indications opératoires

À l'occasion des consultations externes, il peut y avoir « discordance entre les plaintes du patient et les constatations objectives du chirurgien, ce qui peut conduire celui-ci à demander l'avis du psychologue pour déterminer de façon plus précise la part psychologique du trouble et la nécessité ou non d'une exploration chirurgicale » (22, Nusinovici, 1990) ; dans certains cas, celui-ci intervient pour demander de retarder l'intervention chirurgicale afin que soit instauré un traitement anti-dépresseur.

Certains patients abordent l'indication opératoire avec beaucoup de crainte, d'angoisse suscitée par l'anesthésie, de réticence, de refus ; une prise en charge psychologique peut modifier l'évolution et faciliter l'acceptation ultérieure de la chirurgie. On constate souvent que les explications nécessaires concernant l'acte chirurgical n'ont pas été enregistrées ou sont considérablement déformées. La présence du psychologue permet de repérer les mécanismes supposés à l'oeuvre et « il s'efforce de rendre les explications accessibles et comprend qu'elles peuvent rester mal connues » (22, Nusinovici, 1990).

En chirurgie, certaines pathologies nécessitent cette préparation pour éviter l'escalade des complications opératoires.

En chirurgie esthétique, la connaissance propre de la psychologie permet d'apprécier le bien-fondé des demandes des patients, l'authenticité de leur désir, de mieux évaluer leur personnalité et leur capacité d'adaptation à une nouvelle image du corps. Elle permet également de repérer les mécanismes psychiques mis en cause par la modification de l'apparence ainsi que les enjeux inconscients qu'elle soulève et éventuellement prévenir la désillusion dans le cas où la demande chirurgicale représente une image idéale qui ne sera jamais satisfaite.

En chirurgie orthopédique, les mille tours que l'organe paraît inventer pour n'exister que malades sont fréquents : griffe hystérique, contraction intrinsèque des doigts, élimination psychique d'un membre lésé superficiellement, paresthésies aberrantes couvrant des territoires nerveux inexistantes. L'anatomie ne correspond pas à des lésions organiques mais renvoie à un imaginaire du corps.

Dans certains cas, le psychologue peut contribuer à éviter des interventions inutiles qui aggravent la névrose.

Mme D., femme élégante, épanouie, sans aucun signe dépressif, vient consulter pour une main boudinée, tendue, douloureuse avec des doigts rétractés, sans traumatisme apparent, mais très invalidante pour son travail et ses loisirs. De nombreux chirurgiens ont voulu l'opérer pour une exploration chirurgicale. Le chirurgien du service parle de terrain propice et s'interroge. Dans la consultation, nous repérons la réitération du mot « avant » énoncé quinze fois. Effectivement le « avant » est lié à la tentative de suicide par pendaison de son mari. Elle est arrivée juste à temps pour couper la corde, avec les ciseaux à bois de celui-ci. Sa main est apparemment restée dans la position qu'elle avait prise pour couper la corde. Le « avant » vient ponctuer un temps de son histoire, avant le traumatisme de la tentative de suicide du mari. Pendant plusieurs mois, elle a caché son traumatisme à ses enfants et à ses proches.

Le travail psychothérapeutique a permis à la patiente d'exprimer sa souffrance et le symptôme s'est assez rapidement amendé.

Les plaies auto-entretenu

En chirurgie, il n'est pas rare de rencontrer en consultation ou en hospitalisation des patients présentant

des plaies auto-entretenuës, offertes à la vue, véritables « pathominies cutanées » (9, Cazas, 1995) le patient inlassablement vient consulter le chirurgien avec des lésions afin d'être examiné, touché, soigné.

Les patients qui présentent ces conduites ont des troubles graves de la personnalité. Ces plaies peuvent apparaître sur fond de carence affective, de vécu d'abandon, de séparation, ou de sévices sexuels.

Cette conduite de pathominie permet de maintenir avec le chirurgien une relation érotisée inconsciente et peut s'apparenter à un mode de jouissance masochiste. Les chirurgiens l'interprètent souvent comme une tromperie à l'égard du corps médical. Face à ces pathominies, l'équipe soignante se sent impuissante et menacée dans sa cohésion.

Cependant on ne peut dévoiler trop brutalement ces conduites au sujet, car cela pourrait l'annihiler et induire un risque suicidaire.

Des manifestations de plaies auto-entretenuës peuvent aussi apparaître après la nécessaire période de nursing afin de différer la sortie de l'hôpital que le patient redoute ; les infirmiers devront donc fonctionner en binôme afin d'aider le patient à se détacher de son référent électif.

Hospitalisation La douleur

La chirurgie traumatologique, orthopédique et réparatrice est à l'origine de « douleurs aiguës, chroniques, lancinantes, fulgurantes » (7, CARMOY, 1997) qui accompagnent les plaies ouvertes, les greffes de lambeaux de peau, le transfert d'un membre, la reconstruction d'un sein. La douleur est une réalité quotidienne à laquelle sont confrontés les chirurgiens, les médecins et l'équipe soignante. L'expérience montre que la douleur n'est pas toujours corrélée avec les lésions. L'expression de la douleur contient d'autres éléments sans liaison directe avec le foyer pathologique. « Il y a fixation et une localisation sur une masse douloureuse pour tenter de rejeter sur elle-même l'état d'insécurité liée à l'angoisse latente » (8, Carmoy, 1997).

L'excès de douleur physique peut laisser des traces de véritables mutilations psychiques ou de destruction psychique lorsque que les défenses mentales sont débordées. Telle patiente en témoigne : dans le service Madame N., dont le pied a été écrasé par un bus, nous dit : « mes douleurs étaient si intenses malgré les calmants que j'ai dus, sans m'en rendre compte, dissocier mon pied de moi-même, pour ne plus souffrir physiquement... »

Dans le service Mme N. offrait l'image d'une patiente idéale, sans problème, supportant facilement les pansements, étant prise comme modèle comparée à d'autres qui hurlent, crient, surtout au moment des premiers pansements.

Le repérage par le psychologue du détachement progressif de la patiente d'une partie de son corps et le travail thérapeutique qui s'en est suivi a facilité la reprise du fonctionnement mental, l'acceptation progressive de son corps mutilé, l'amorce d'un travail de deuil, et a permis d'opérer la réunification de l'image corporelle ce qui a entraîné certes la relance de la douleur fulgurante mais l'évitement du risque éventuel d'échec d'une greffe.

À l'opposé, la douleur peut avoir une fonction de protection de vie, de part sa fonction d'alerte, et avoir un rôle de créateur de vie psychique.

Monsieur B., cultivateur, trente-cinq ans, a été happé par une moissonneuse-batteuse au niveau des membres inférieurs. Au moment des pansements très douloureux, cet homme refusera tout antalgique malgré l'insistance et l'incompréhension de l'équipe soignante. À son chevet, il nous précisera : « l'esclavage de ma douleur est nécessaire pour me sentir vivant ».

L'éprouvé de la douleur est l'indication pour les patients qu'ils restent en vie.

En ce qui concerne les douleurs fantômes, on remarque que le maintien de la douleur permet au sujet amputé d'exprimer le déni de la perte du membre et ceci peut durer une semaine, plusieurs mois, voire une année. Le fantôme traduirait donc le refus du deuil ce qui vient réactiver dans le réel de la perte d'un membre une angoisse de castration inconsciente. Le patient doit être aidé à effectuer un travail de deuil.

La douleur fantôme peut également servir de défense contre une décompensation sévère. La clinique nous révèle qu'il ne faut pas ôter à tout prix la douleur au risque de rompre le rempart défensif comme dans les cas du syndrome d'algonemodystrophie où l'analyse psychologique révèle chez le patient un sentiment de culpabilité inassumable par le sujet et son déplacement sur l'organe douloureux.

L'angoisse

La chirurgie est « un univers menaçant fait de crainte, de peur, d'anxiété massive, d'angoisse allant jusqu'à des états paniques associés à des symptômes somatiques ou des ruminations avec la perception d'un danger ou d'une nouvelle menace, avec une crainte de perdre son contrôle et un sentiment de déréalisation... » (8, Carmoy, 1997)

En chirurgie l'angoisse de mort est évoquée indirectement, elle est souvent liée à l'anesthésie à cause de la perte de conscience qu'elle implique. Elle est associée à un sentiment de danger vital et l'impression de se sentir mourir. Les anesthésies répétitives réactivent l'angoisse de mort au moment de l'accident.

Une patiente témoigne que sa survie au moment de l'accident était due à un état d'hypervigilance. Elle présentait une résistance aux analgésiques, aux antalgiques et aux somnifères ; elle parle de « superposition d'images » entre la situation de l'accident et celle d'angoisse d'endormissement ou d'anesthésie.

Très souvent, les patients expriment des désordres psychiques ou ressentent des angoisses de morcellement, d'anéantissement après un traumatisme. Les patients se sentent disloqués, éclatés, avec un sentiment de vide et d'étrangeté. Ce qu'ils demandent à la psychologue c'est de « recoller les morceaux du puzzle de leur corps désarticulé », comme le soulignera un patient.

En chirurgie, nous observons des réactions psychotiques passagères et aiguës dues à l'état de stress. Beker parle « d'état de décompensation émotionnelle, de peur panique, de profond désespoir, de mutisme électif d'une durée démesurément longue... » (4, Becker, 1979)

La dépression

« Les tableaux dépressifs sévères résultent le plus souvent d'une amputation ou « d'une perte, d'une diminution de santé chronique causées par un changement réel dans l'aspect ou la fonction du corps (déformation, amputation, altération) » (8, Carmoy, 1997). Cette perte réelle ou chronique pèse sur la vie affective et professionnelle lorsqu'un patient réalise que son handicap est définitif et irréversible. Il est envahi de pensées morbides, pense au suicide, n'a plus d'investissement.

En chirurgie orthopédique, la dépression réactionnelle demeure une réalité indéniable où « les expériences internes sont celles qui perturbent les dimensions intellectuelles de la vie ; instinct de conservation, sexualité mais aussi celles qui bouleversent les relations sociales et le sentiment d'estime de soi... » (7, Carmoy, 1997)

Traumatisme psychique et chirurgie

« La chirurgie orthopédique et réparatrice provoque très souvent un traumatisme psychique, c'est-à-dire un état de détresse provoqué par un excès d'excitation et de tension dont le patient ne peut pas se rendre maître. L'événement ou l'expérience devient traumatique si l'individu n'a pas les ressources nécessaires pour le supporter. « C'est en fonction du vécu de chacun que telle situation, à un

moment donné, peut devenir traumatique comme le précisent Lebovici et Soulé (1970), estimant que l'on juge de la valeur traumatique d'un événement ou d'une expérience traumatisante en voyant sa répercussion dans le domaine de l'organisation du moi et des investissements narcissiques et objectaux » (21, Lebovici, Soule, 1970).

Les patients oscillent entre le refus et l'acceptation, entre la rébellion et la soumission à la réalité de l'accident, traversent une phase d'auto-reproche, de culpabilité, de doute dans la réussite des soins, le monde leur paraît vide et sans attrait.

Des troubles du comportement, alimentaires, du sommeil, de la sphère du langage oral et écrit, de la mémoire immédiate et de la personnalité peuvent survenir.

Les désorganisations somatiques contribuent à mobiliser l'équipe soignante et sont souvent fréquentes car les patients ont quelquefois des problèmes de libération des affects et une organisation fantasmatique déficiente due à l'état de torpeur et de prostration dans lequel ils sont plongés à la suite de l'accident.

On trouve notamment les affections suivantes : tachycardie, sueurs froides, cécité momentanée, colites spasmodiques, asthme ou dysnée, syndromes rénaux d'écrasement, dermatoses, accidents de conversion hystérique.

Auprès des grands traumatisés (accidents divers, attentats, morsures d'animaux, agressions) comme l'indique Th. Bergmann il est indispensable d'apporter « une aide psychologique de première urgence dans les cas de détresse issus de situations traumatiques » (6, Bergmann, 1965) sans toutefois hâter trop brutalement la reviviscence émotionnelle massive, le psychologue s'efforce de faciliter l'émergence des affects et des représentations mentales en tenant compte des défenses mentales du patient, de la temporalité individuelle, du travail psychique et de l'importance des mouvements transférentiels et contre transférentiels. Les entretiens psychothérapeutiques visent à réduire l'acuité des symptômes des premiers moments, d'exprimer et de symboliser la souffrance de l'expérience traumatisante ou de l'accident et ont pour but de prévenir l'installation d'une névrose traumatique.

« Les pathologies traumatiques dont souffrent un bon nombre de victimes ne peuvent être appréhendées que si elles sont resituées dans la perspective d'une relation dynamique en trois dimensions : la rencontre d'une victime avec l'événement traumatisant, les processus intrapsychiques et intersubjectifs qui lui sont associés » (16, Gortais, 1996).

Le travail thérapeutique vise donc à faire retrouver progressivement aux patients la capacité de mentalisation et de verbalisation, de leur permettre d'éprouver des affects, de les aider à se remémorer des traces sensorielles ou des représentations enfouies et de donner un sens à ce qui est indicible.

Le travail psychothérapeutique n'est pas seulement le traitement d'une symptomatologie mais un véritable travail de reliaison de l'ensemble du fonctionnement psychique et d'une histoire singulière permettant au patient de renouer avec un sentiment de cohésion et de continuité de son être.

Le travail institutionnel

La dynamisation des équipes soignantes, trop souvent confrontées à des phases de découragement ou de situations d'impuissance douloureuses et angoissantes, fait partie du travail du psychologue clinicien. Dans un espace de partage institutionnel, il s'agit de faire pressentir aux équipes qu'il est possible de les aider dans la compréhension de l'atypicité de leur patient et dans l'ajustement des conduites thérapeutiques en leur proposant une participation active au traitement.

La fonction du psychologue clinicien au sein du service hospitalier constitue essentiellement un travail de liaison dans une perspective de complémentarité avec les équipes pluridisciplinaires et les réseaux des médecins de ville, s'appuyant sur un travail de reconstruction, d'automatisation et de distanciation par rapport aux patients, leur famille et aux équipes soignantes.

Au sein du service de chirurgie de cet hôpital, la sensibilité particulière des chirurgiens aux phénomènes psychiques permet une prise en charge globale de la souffrance du patient, tant sur le plan physique que psychique. Le chef de service de cette unité, le professeur Lemerle, indique que « la présence du psychologue, lors des visites en salle ou des consultations, apporte une culture favorable au décodage des comportements dans une chirurgie dont le résultat fonctionnel final est en partie comportemento-dépendant » (18, Pr, Lemerle, 1998).

Ophélie BAUDRY
Psychologue clinicienne

Bibliographie

1. BAILLY L., *Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant*, Paris, E.S.F., collection La vie de l'enfant, 1996.
2. BARROIS C., Action du traumatisme, traumatisme en action sur le traumatisme, in *Nouvelle revue de psychanalyse*, 31, 139-157, 1985.
3. BARROIS C., *La névrose traumatique*, Paris, Dunod, 1988.
4. BECKER R.D.C., L'opération dans le vécu de l'enfant et la réalité de l'intervention, *Bale, Hexagone Roche*, n°7 supplément pp. 2-4.
5. BECKER R.D.C., L'opération dans le vécu de l'enfant deuxième partie Répercussion de l'intervention, *Bale, Hexagone Roche*, 1980, n°4 supplément pp.1-8.
6. BERGMANN Th., L'accident de circulation dans le vécu de l'enfant, *Hexagone Roche* 7, Bale, 1965, pp.1-5.
7. CARMOY de R., Le psychologue clinicien dans un service de chirurgie pour enfants et adolescents, pp.60-78, *FAC Psychologie*, Nathan Université, Paris, 1997.
8. CARMOY de R., *Angoisse en chirurgie orthopédique infantile*, thèse de Doctorat (N.R.), Université V René Descartes, 1998, pp.142-199.
9. CAZAS O., Pathominie chez une adolescente, in *Revue de Médecine Psychosomatique* N°2, 1995, p.61-72.
10. DAYAN M., *Angoisse et chirurgie orthopédique infantile*, Thèse de Doctorat, PUF, Paris, p.1. — Économie traumatique in *Trauma et devenir psychique*, Paris, PUF, 1993, pp.9-38.
11. FERRERI M., TAWIL S., Événements de vie et dépression, in *Actualités psychiatriques* N°24, 67, 78, 1983, pp.67-68.
12. FREUD S., Au-delà du principe de plaisir in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1988.
13. FREUD S., Considérations actuelles sur les névroses de guerre in *Résultats, idées, problèmes*, Tome 1, Paris, P.U.F., 1984.
14. FREUD S., Les rapports entre la pédiatrie et la psychologie de l'enfant, *Hexagone Roche*, N°7, 1975, pp.1-5.
15. GAUVAIN-PIQUARD, *La douleur chez l'enfant*, Medsi/Mc Graw Hill, Health Core Group, 1989.
16. GORTAIS J., Victimes et traumatisme psychique, in *Le journal des psychologues*, février 96, N°134, pp.19-20.
17. JASPERS K., *Allgemeine psychopathologie*, 1913, Sorger Verlag, Edit Berlin (5ème Édition), p.319-327, 1948.
18. KRETSCHMER E., *La structure du corps et le caractère*, Paris, Payot, 1930.
19. LAPLANCHE J., *L'angoisse*, Paris, P.U.F., 1980.
20. LEMERLE JP., *La lettre de Boucicaut*, Paris, P.U.F., 1980.
21. LEOVICI S., SOULE M., *La connaissance de l'enfant pour la psychanalyse*, Paris, P.U.F., 1970.
22. NUSINOVICI V., HANNOUN L., *Troubles psychiques et chirurgie digestive*, E.M.C. 37677, 1990.
23. POSTONE N., Phantom limb pain A. Review, *INTL J Psychiatry in medicine* 1987, 17, 1, p.57-70.
24. RODGERS B., *Models of stress, vulnerability and affective disorders*, *Affect Disord.* 21, 1-13, 1991.
25. WINNICOTT D. W., Lieux du corps, in *nouvelle revue de psychanalyse*, 1971, 3, p.37-47.