



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



COVID-19

COVID-19 et adaptation des dispositifs de suivi psychologique en réanimation médicale



Agnès Roumier*, Khadija Chahraoui, Antoine Bioy

Laboratoire de psychopathologie et neuropsychologie, université Paris 8, 2, rue de la Liberté, 93526 Saint-Denis cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 16 novembre 2020
Reçu sous la forme révisée le 11 janvier 2021
Accepté le 11 janvier 2021

Mots clés :

Réanimation
Clinique extrême
Covid-19
Stress
Dispositif de soins
Téléconsultation

RÉSUMÉ

La pandémie de la COVID-19 est venue, par son ampleur, confronter notre société à une crise sanitaire sans précédent. La gravité de cette épidémie a focalisé toute son attention sur un monde encore très peu connu : la réanimation. Ces services ont été très fortement sollicités en phase aiguë de cette situation d'urgence. Cet article présente à partir de quelques données de la littérature et d'une illustration clinique, la spécificité des vécus psychiques en réanimation et comment le contexte de COVID est venu impacter ce vécu et invite à modifier les dispositifs de soins médico-psychologiques. La méthode utilise une étude de cas : un patient non covid, hospitalisé pendant deux mois aux soins intensifs pendant la période de confinement. Nous verrons ici l'illustration d'un soutien psychologique, dans ce contexte spécifique, par une unité de liaison du service de réanimation au service d'hospitalisation. La discussion théorico-clinique envisage la place de cette épidémie COVID ainsi que le contexte de confinement dans l'adaptation du dispositif de soins notamment avec le port du masque et la distanciation sociale.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

La France a traversé ces derniers mois un état de crise sanitaire sans précédent. La pathologie de la COVID-19, dans sa forme la plus grave, a touché près de 5 % de la population qui ont nécessité une prise en charge dans des unités de soins intensifs. Cette pandémie a aussi porté l'attention sur un monde méconnu : l'univers de la réanimation, premiers services recevant des patients atteints par ce coronavirus. Ces services où se côtoient la vie et la mort représentent des lieux singuliers où soignants et patients sont confrontés à « une clinique de l'extrême » (Chahraoui, Laurent, Bioy, Capellier, & Quenot, 2015a). Face à la vulnérabilité des patients atteints par une pathologie dont on savait de plus en plus de choses, de quelle manière le soutien psychologique a-t-il pu être envisagé ?

Le contexte de pandémie et les peurs de mourir et de contaminations associées au virus, sont venus accroître le stress de ces services. Les mesures de prévention autour de la distanciation sociale et du confinement ont modifié l'organisation des soins tant dans l'accueil et l'accompagnement des patients que des familles. En d'autres termes, il a fallu adapter les dispositifs

existants à la situation, repenser l'existant ; de quelle manière et avec quel devenir ?

Afin d'aborder ces questions, nous resituerons quelques données de la littérature concernant les vécus des patients dans ces services spécifiques ; puis nous verrons comment ce contexte de COVID vient amplifier un contexte d'incertitude et de stress chez les patients vulnérables ; enfin nous décrirons la manière dont les dispositifs de soins se sont adaptés à ce contexte particulier. Ce tour d'horizon de la problématique réanimatoire en contexte épidémique sera illustré par un cas clinique à partir duquel une discussion nous permettra d'appréhender, dans l'après-coup, de nouvelles perspectives de soins pour cette clinique très spécifique.

2. La réanimation, une clinique des vécus extrêmes

Ces dernières années plusieurs travaux se sont intéressés au champ de la réanimation en mettant l'accent sur les vécus spécifiques des patients, des familles mais aussi des soignants (Chahraoui, 2014 ; Chahraoui, 2015 ; Grosclaude, 2009 ; Laurent, 2015 ; Coq, 2015 ; Laurent & Bonnet, 2020 ; Kentish-Barnes, 2016 ; Longueville, 2020 ; Minjard, 2015).

La réanimation, lieu de soins et de haute technicité, accueille des patients dans des états urgents et graves avec un risque de mortalité important (20 %) qui perdure dans l'année qui suit le

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : roumieragnes@aol.fr (A. Roumier).

séjour (Mebazaa et al., 2015). La douleur, les limites ténues entre la vie et la mort, l'agressivité des soins et des traitements, la clinique spécifique du coma ont un impact sur le vécu des patients mais aussi de leur famille et engendrent une grande détresse.

2.1. Vécus subjectifs extrêmes en réanimation

Dans le champ de la psychologie, plusieurs auteurs ont envisagé le contexte subjectif de la réanimation comme une clinique de l'extrême (Grosclaude, 2009 ; Minjard, 2014 ; Chahraoui et al., 2015a ; Leong, 2020 ; Coq, 2015) en lien avec plusieurs dimensions :

- un vécu aux confins de la vie et de la mort avec un risque réel ou potentiel de mort pour le patient. En effet, le contexte d'urgence et de gravité des pathologies est associé à un taux de mortalité important (20 à 25 %), soit un patient sur 5 meurt en réanimation (Kentish-Barnes, 2016) ; cette réalité entraîne un vécu d'incertitude et des limites floues entre coma, vie et mort qui peuvent générer une intense détresse pour la famille qui accompagne le patient. Pour ce dernier, souvent endormi, c'est la présence ou non d'un sentiment de menace vitale qu'il faudra considérer pour analyser les conséquences de cette expérience ;
- le vécu d'agression du corps : les procédures de soins et de suppléance sauvent la vie des patients mais elles représentent aussi des techniques très lourdes, invasives et douloureuses. Elles peuvent être ressenties comme violentes et effractantes créant un état d'incertitude au niveau du sentiment d'intégrité corporelle. Cette atteinte des limites corporelles peut être angoissante et vécue dans un sentiment de persécution dans la relation avec le soignant ;
- l'expérience du coma : le vécu psychique associé au coma peut amener le patient à expérimenter des éprouvés, des sensations, des vécus oniroïdes où réalité et imaginaire se confondent, donnant lieu à des épisodes confusionnels ou délirants, en particulier au moment du réveil (Chanques et al., 2020 ; Chahraoui, 2014). Ces modalités perceptives amènent une appréhension de soi singulière, un état dissociatif qui engendre une distinction floue des limites entre dedans et dehors. En témoignent l'existence de cauchemars en réanimation très spécifiques (Chahraoui, 2015b) ou rêves (Grosclaude, 2009) et réalité semblent se confondre pour le patient et peuvent engendrer un vécu traumatique et persécutif (Chahraoui, 2014) ;
- un vécu d'altération du rapport à la réalité : la présence d'états confusionnels, d'altération de la conscience ou de vécus hallucinatoires sont fréquents en réanimation, dans 20 à 80 % des cas pour les patients ventilés (Ely et al., 2004) et 20 % pour les patients non ventilés (Van Rompaey et al., 2008) et entraînent un vécu de perte des repères et du sens de la réalité. Ces états psychotiformes (Grosclaude, 2009) ou de destruction de l'état psychique du patient nécessitent d'être interrogés sur leurs effets à long terme ;
- un vécu identitaire flou : L'absence de parole et de communication liée à l'état du sujet, l'absence de désirs, la perte des affaires personnelles peuvent s'apparenter à un effacement de la subjectivité rendant aussi provisoirement incertaine l'identité du sujet (Spoljar, 2004)

Cette clinique de l'extrême interroge profondément le devenir de la subjectivité dans un tel contexte. Cela implique de dépasser un raisonnement biomédical strict où l'étiologie et la sémiologie médico-psychiatriques excluent toute notion de subjectivité au profit d'une causalité organique avec une clinique de l'absence de conscience réduite à un corps végétatif, une clinique du désordre du patient éveillé, aux manifestations chaotiques, confuso-

oniriques, avec agitation, angoisse, ou stupeur, sans accès relationnel. Or, il est nécessaire de tenir compte de la place de la subjectivité au cours du parcours de soin du patient, même dans ses manifestations les plus archaïques. Dans le coma, l'état de repli serait par exemple bien plus perméable qu'on ne le pense à l'extérieur et à une réactivité relationnelle embryonnaire, que modifie l'approche de la réalité extérieure menaçante. Le corps réanimé perçoit, entend, répond, dans une forme de retour à une sensorialité infantile, en dépit de l'inconscience, de la confusion, et de l'amnésie. Le corps se révèle lieu de résidence et de transformation de la psyché, porteur de compétences, processus, productions à valeur psychique parfois très à distance de la réalité du substrat somatique (Minjard, 2015). Il fournit le tissu d'éprouvés, le support de messages brouillés et constitue un invisible « circuit corporel de la mémoire » sans souvenir, conservateur de traces mnésiques et d'éprouvés traumatiques (Grosclaude, 2009). Le corps est chargé de sensations symbiotiques, affects, images, flashes, précis et indifférenciés. Ces éléments, supports potentiels de représentation et de pensées ultérieures, peuvent miner le sujet en secret, voire à son insu, pendant des années, le faire réagir inopinément de façon incompréhensible à lui-même et à autrui, et entretenir un état dépressif ou psychotraumatique durable. L'enchevêtrement complexe de situations extrêmes tant physiques (agression corporelle, désorganisation somatique, coma...) que psychiques (confusion, hallucination, perte des repères identitaires...) crée un climat propice à la déréalisation ou à la dépersonnalisation, qui associés à des émotions intenses où se mêlent angoisse, effroi, impuissance et incertitude du devenir, font de ces vécus de réanimation un terrain favorable au risque de décompensations somatiques et/ou psychologiques.

2.2. Troubles psychiques en réanimation

Dans le champ médical et psychiatrique, l'accent a été mis sur la prévalence des troubles liés au séjour en réanimation. On retrouverait ainsi une prévalence de symptômes d'anxiété (dans 12 et 47 % des cas), de dépression (dans 28 % des cas) associés à de hauts niveaux de fatigue, de troubles de la concentration et du sommeil (Pochard et al., 2010). La prévalence des états de stress post-traumatiques serait de 14 à 41 %, notamment chez des patients ayant vécu des contextes de stress aigu, sidération, régression, confusion et agitation pendant leurs hospitalisations (Chahraoui, 2014 ; Chahraoui, Laurent, Bioy, & Quenot, 2015b). L'absence de souvenirs ou les faux souvenirs seraient prédictifs d'un ESPT (Carpentier, Beduneau, & Girault, 2015). Au total, 15 % de patients en réanimation médicale et 40 % en réanimation chirurgicale évoque un vécu traumatique en lien avec des souvenirs dissociatifs à travers les cauchemars de réanimation. Toutefois la notion de TSPT est sans doute insuffisante pour rendre compte des cliniques complexes observés dans ce contexte (Chahraoui, 2014). L'intrication des facteurs somatiques et psychologiques complexifie les diagnostics et leur expression. L'environnement, les traitements et la pathologie somatique peuvent être responsables de troubles, regroupés sous le terme de « deliriums ». Cet état associe un trouble de la conscience, une inattention, une désorganisation de la pensée et des modifications cognitives. La prévalence des troubles délirants est estimée selon une méta-analyse de 42 études (Salluh et al., 2015) à 32 % ; selon certains auteurs ces troubles seraient plus fréquents lorsque les patients sont en coma pendant plus de sept jours (Pochard et al., 2010), ce qu'il faut aussi mettre en lien avec l'utilisation de drogues sédatives et analgésiques (morphine).

Depuis 2010-2012, un syndrome spécifique dénommé « syndrome post-soins intensifs » ou « Post Intensive Care Syndrome » (PICS) rassemble une typologie bien particulière autour d'une

triade symptomatologique : physique, avec une faiblesse musculaire (ou neuropathie de réanimation) observée chez 40 % des patients ; psychologique avec une symptomatologie liée à l'anxiété, la dépression et le syndrome psycho-traumatique chez 20 à 35 % des patients ; cognitif, avec des pertes de mémoire, perte de fluidité verbale, troubles de l'attention et des fonctions exécutives, observées chez 20–40 % des patients (Caillard & Gayat, 2019).

Pour résumer, le vécu du séjour de réanimation peut être compris comme une clinique de l'extrême pour le sujet pouvant générer de nombreuses difficultés pendant et après le séjour de réanimation. Nous pouvons considérer l'expérience de réanimation comme un moment de vulnérabilités et d'incertitude où la confrontation à la mort renvoie à la fragilité et à la précarité touchant ainsi aux limites même de la vie (Bioy & Barruel, 2015).

2.3. Intervention en santé mentale dans les services de réanimation

Comment penser les soins auprès du patient et de sa famille dans un tel contexte de vulnérabilité ?

Un rapport émanant du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé en Belgique (2020) rapporte qu'il existe encore peu d'études sur les interventions de santé mentale chez les patients après un séjour en réanimation. Deux études identifiées portent sur la pleine conscience et sur les capacités d'adaptation qui n'ont montré aucun impact positif sur l'anxiété ou la dépression.

Une méta-analyse de 2018 comprenant 5 études s'est intéressée aux répercussions de la mise en place d'un service de suivi en sortie de soins intensifs, dirigé par des infirmières ou par une équipe pluridisciplinaire. L'efficacité, jusqu'à 12 mois, sur la mortalité, la qualité de vie et le syndrome post-traumatique étaient très faibles ; et pas certain que ce dispositif ne réduise la dépression et l'anxiété. Ce dispositif n'étant destiné qu'à évaluer l'évolution du patient, à détecter d'éventuels signes d'appel et à (ré)orienter le patient vers des prises en charge spécifiques. Par contre, partager des souvenirs et leur vécu du moment avec des personnes qui pouvaient les comprendre, partager leur expérience, semblait apporter un soulagement en leur permettant de rompre avec un sentiment d'isolement dû à l'impression que personne de leur entourage ne pouvait percevoir. Dans les études menées en Europe sur le stress post-traumatique en sortie de soins intensifs, le journal de bord et un manuel de rééducation par le soignant étaient associés à une réduction significative des symptômes du trouble de stress post-traumatique. La visite de l'unité de soins intensifs procède du même processus car cela permet de donner du sens aux rêves, aux hallucinations et aux souvenirs effrayants. Néanmoins certaines personnes préfèrent éviter de revisiter ces lieux ou de revoir le personnel.

Une étude montre également que le recours à un *case manager* infirmier assurant le relais vers le médecin généraliste avait un impact positif sur la récupération de la fonction physique et de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne.

3. COVID : quels impacts sur le vécu de la réanimation ?

3.1. Le COVID, une expérience à la fois collective et individuelle

L'actuelle pandémie du coronavirus constitue une réalité particulière et inhabituelle qui a affecté le monde entier et en a impacté le collectif. Elle est venue majorer de manière importante le vécu d'incertitude et de stress en service de réanimation.

Le confinement, obligatoire pendant près de deux mois, et la distanciation sociale ont modifié et continuent de modifier nos rapports à l'autre. Le contact physique est devenu dangereux,

induit par la peur de contamination. Toutes ces mesures préventives ont ainsi contribué à majorer le stress et l'anxiété au niveau de la collectivité. Durant la période de confinement, les hôpitaux ont fermé leurs portes à toutes les familles. Quels en sont les impacts sur les personnes hospitalisées ?

Les services de réanimation avaient ouvert leurs portes aux aidants et aux familles depuis quelques années. La recherche « Famiréa » (2008) a démontré que l'intégration des familles permettait de réduire les symptômes d'anxiété, de dépression et de stress post-traumatique du patient. Ces ruptures du lien familial, notamment pour les patients en état de coma, ont affecté les facteurs de protection de ce dispositif, obligeant les soignants à adapter leurs comportements.

D'un point de vue plus individuel, le contexte sanitaire a induit des réactions de stress, d'anxiété, d'angoisse majeure comme ont pu le montrer des études internationales récentes (Brooks et al., 2020). La période que nous vivons a entraîné un stress massif en lien avec la réaction réflexe, neurobiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression et à la menace. Selon les résultats de Mazza, De Lorenzo, et Poletti (2020), 55 % des malades hospitalisés développeraient des troubles psychiatriques après leur sortie de l'hôpital. Sur plus de 402 malades diagnostiqués et traités, 28 % des patients rétablis souffriraient de stress post-traumatique, 31 % de dépression, 42 % d'anxiété, 20 % de troubles obsessionnels-compulsifs et 40 % d'insomnies.

Le caractère mortel du SARS-COV 2 introduit une dimension traumatique. Cet instant traumatique vient s'incruster dans l'appareil psychique dans une perception sensorielle, encore plus évidente dans un contexte comme la réanimation.

Comment penser alors le soutien psychologique des patients dans un tel contexte ?

3.2. Suivi psychologique des patients pendant la période COVID, implication de la psychiatrie de liaison

Les aménagements dans l'organisation des soins a grandement impacté la santé des patients.

La répartition des lieux a été vécue pour certains comme une stigmatisation où les « contaminés » identifiés comme tels se situaient dans des bâtiments séparés. Les mesures d'hygiène ont accru l'indifférenciation des soignants tous habillés de la même manière ajoutant de la confusion. Les unités identifiées « COVID » ont été composées de soignants volontaires venant de différents services. Non habitués à travailler ensemble, les soins se sont fait de manière plus automatisée avec un temps limité passé au chevet des patients, ce qui a augmenté la sensation d'isolement. L'interdiction des visites a accentué la détresse des personnes les plus vulnérables, observable dans la pratique clinique, qui nous a permis de mettre en évidence une recrudescence de syndrome de glissement notamment chez les personnes âgées. Edouard Notredame, citée par Lavaud (2020) rapporte que les conditions de restrictions drastiques induits par le contexte de confinement ont apporté de la complexité aux rites funéraires. Ainsi au niveau des rites mortuaires, les familles n'ont pas pu accompagner leurs proches dans le passage dans l'au-delà, ce qui peut représenter un facteur de vulnérabilité pour le développement de deuils traumatiques ou pathologiques.

La brutalité de la pandémie n'a pas permis de penser les dispositifs. Il s'agissait d'être dans l'action immédiate, en s'adaptant à l'existant, mais l'afflux massif de cas « covid » a vite fait déborder le cadre établi. Pour les services bénéficiant de psychologues intégrés au service, le travail s'est organisé de la même manière mais avec une charge nettement plus marquée. Pour les autres services, le soutien psychologique est assuré par le service de psychiatrie de liaison.

Il s'agit d'une unité pluridisciplinaire et transversale intervenant à la « demande » des services de soins pour éclairer de leur expertise la dimension psychologique des unités de soins somatiques. L'organisation de la psychiatrie de liaison, en France, est relativement hétérogène. Tous les intermédiaires varient entre un modèle « éclaté » qui repose sur des vacations de spécialistes « attachés » à des services dans le fonctionnement desquels ils sont intégrés, et des modèles « centralisés », ou un service, une unité de psychiatrie regroupe l'ensemble des moyens d'intervention psychiatriques et psychologiques d'un hôpital général (Consoli, 1995). Le fonctionnement de la liaison est basé à partir de demandes des services et ce pour des interventions à visée diagnostique, thérapeutique et pragmatique qui sont traitées dans les 24–48 h.

Lors de la mise en confinement, L'institution publique a mis en place un processus organisationnel qui intégrait les psychologues des services pour les patients et leurs familles, la psychiatrie de liaison pour les services qui n'en bénéficiaient pas déjà au préalable. Dans un premier temps, les demandes ont été réceptionnées au niveau d'une centrale d'appel soutenu par l'outil informatique pour être ensuite redistribuées aux professionnels (psychiatres, psychologues) concernés sur les différents sites (4 pôles). Les premières semaines se sont structurées essentiellement autour de la mise en place de la téléconsultation afin de limiter les déplacements dans l'hôpital et d'éviter les risques de contamination. Mais il est rapidement devenu évident que la présence physique « des psys » était indispensable notamment auprès des patients les plus fragiles, ceux qui ne pouvaient utiliser le téléphone. Une organisation présence/téléconsultation s'est très vite mise en place.

Spécifiquement concernant les services de réanimation, lorsque le patient est intubé et ventilé, sans possibilité de communiquer par la parole, il est nécessaire de se déplacer au chevet du patient et d'adapter les modalités communicatives, ce qui pose la question de comment s'accommoder à ces nouvelles contraintes sanitaires et organisationnelles ?

4. Illustration clinique

Comme nous nous venons de le décrire, ces lieux de cliniques de l'extrême que sont les réanimations exigent des accompagnements psychologiques parfois très spécialisés, du fait même de la gravité des troubles qui mènent les patients dans ces services. La période COVID a obligé que ces pratiques d'accompagnement soient aménagées. Au-delà des aspects sanitaires, le climat de confrontation supplémentaire à la mort et à l'incertitude que le coronavirus a insufflé a aussi connoté de façon inédite les accompagnements, y compris chez les patients non COVID. C'est cela que nous allons maintenant illustrer avec la situation de Monsieur Romuald, que nous avons rencontré dans le cadre d'un travail de liaison interservices.

4.1. Présentation

M. Romuald, 62 ans, est hospitalisé en urgence pour détresse respiratoire et douleurs abdominales à une semaine de la déclaration de l'état d'urgence. Compte tenu de sa forte corpulence et de sa symptomatologie, on suspecte une contamination au coronavirus qui se révèle finalement négative. Le patient présente en fait une pancréatite aiguë. Stabilisé, il part dans un service de médecine de nutrition intensive. Mais peu de temps après son arrivée Romuald fait un arrêt cardiaque, qui bien que récupéré, le fait transférer en service de réanimation. Après quelques jours d'observation, son état s'aggrave imposant qu'il soit intubé et ventilé pendant 3 jours. Puis il fait un nouvel

arrêt cardiaque, où il est de nouveau sédaté et intubé. Il est maintenu en réanimation pour un état de choc hémorragique, ayant entraîné une désorganisation multiviscérale majeure. M. Romuald fera un séjour de trois mois en service de réanimation dans lequel il sera intubé et ventilé pendant près d'un mois. Son évolution est marquée par une incertitude somatique. De choc cardiogénique, choc septique, choc hémorragique ; la défaillance multiviscérale conduira Romuald au bloc opératoire à plusieurs reprises.

4.2. La demande et son traitement : l'incertitude du suivi psychologique

La structure dans laquelle, M Romuald est accueilli, comporte 24 psychologues et présente une organisation mixte alliant des psychologues en service (dont une en service de réanimation-urgences) et un service de psychiatrie de liaison. C'est dans le cadre de la liaison qu'une demande émane du service de nutrition intensive car l'évaluation des soignants met en évidence une symptomatologie dépressive associée à une attitude très passive qui inquiète les équipes.

La psychologue de liaison contacte le service afin d'en savoir plus sur le contexte de la demande. Mais les renseignements récoltés n'apportent rien de plus que ce qui est noté sur la demande informatique. Créer une alliance thérapeutique par téléphone alors que le patient présente une certaine dépressivité et apathie apparaît au premier abord une entreprise périlleuse. Et en effet, l'appel ne dure que quelques secondes, M. Romuald étant dans l'incapacité de parler. Les trois appels suivants resteront sans réponse puis un rappel au service permettra de savoir qu'à la suite d'un arrêt cardiaque, M. Romuald a été transféré en service de réanimation. Un relais avec la psychologue du service est donc organisé.

Pendant la durée de son coma et du fait de l'absence des familles à l'hôpital, un soutien aux proches est mis en place dans le service de réanimation ce qui permet à l'unique fille de M. Romuald de prendre des nouvelles régulièrement de son père auprès des médecins du service.

4.3. La première rencontre

La première rencontre réelle a lieu un mois après l'admission de M. Romuald aux urgences de l'hôpital local qui l'a accueilli. Le contexte du COVID apporte des contraintes particulières, qui rend le premier entretien difficile et la relation difficile à instaurer : port du masque, distanciation physique, sur blouse couvrant une tenue de bloc. On peut quasiment dire qu'en dehors du regard, de la voix, et du jeu de posture (occupation de l'espace – hors rapproché, gestuelle – hors touché), tout le reste de l'expression échappe aux modalités de communication habituelles.

La psychologue se présente et rappelle son premier contact téléphonique. Le regard du patient est fuyant. M. Romuald est conscient, intubé, ventilé, réveillé depuis quelques jours. Il regarde la psychologue puis tourne son regard droit devant lui. Il semble entendre la praticienne mais n'émet aucune réponse, ni contact visuel. La psychologue choisit d'approcher le patient par des questions simples et fermées. De temps en temps, le patient hoche la tête sans que la signification en soit bien claire ; l'attention est non dirigée et vague. Le premier entretien est court ; le patient ferme les yeux sans qu'il soit possible d'en savoir plus sur l'intention de cette mimique (signifier sa fermeture, souhait de dormir, se concentrer... ?).

Face à la difficulté de cette première rencontre, le travail de liaison se poursuit alors avec l'équipe médicale et paramédicale, les nombreux échanges permettent de mieux comprendre l'état clinique du patient.

4.4. Le soutien psychologique : assurer une présence

Alors, il reste le rythme des visites qui est un puissant marqueur de l'investissement de la psychologue dans son intention « d'être là ». L'entreprise n'est pas simple, le patient dort souvent, surtout les trois premières semaines et les contacts visuels et sonores restent assez précaires. La psychologue, peut-être en miroir de ce vécu en réanimation, ne peut que prendre acte de la pauvreté de sa pensée en situation, d'une absence de ressentis et d'une extinction de sa vie émotionnelle au contact de ce vide de situation. Les repères professionnels sont mis à mal, comme taris : comment faire lorsque le patient ne refuse pas la relation, mais en est simplement absent ? Cette absence fait aussi écho à celle de la famille, dont la présence est exclue là aussi par le COVID. Néanmoins, un membre de la famille prend des nouvelles tous les jours et lorsque le patient sera extubé, des contacts par visioconférence seront possibles puis des visites au moment du déconfinement.

Le mois qui va suivre est marqué par le fait que la pathologie dépressive et l'apathie de M. Romuald prendront une importance majeure car ils viennent compromettre les soins somatiques orientés vers la réhabilitation. Une demande auprès du psychiatre de liaison est aussi engagé pour instaurer un traitement antidépresseur. En effet, le psychiatre en charge de son suivi relève l'importante tristesse, une hypersomnie et peu d'éléments positifs en dehors d'une anxiété non débordante. Un double lien est ainsi organisé par le couple psychiatre/psychologue apportant un double tissage psychique pour soutenir le patient dans le début de sa rééducation. La présence psychologique se poursuit à un rythme hebdomadaire ; nous parlons bien évidemment de présence et non tout à fait de suivi car les entretiens restent aussi « secs » de part et d'autre : le patient comme la psychologue font l'expérience du vide, chacun à sa façon, pris comme ils le sont par l'appareillage imposé par la situation (de réanimation pour le patient, covid pour la psychologue).

4.5. Déconfinement et sortie du service de réanimation

Près de 10 semaines après son entrée en réanimation, le déconfinement permet au patient de changer de service pour retrouver celui de soins non aigus. Pour lui, les soins infirmiers s'organisent maintenant autour de sa réhabilitation en attendant une place en service de soins de suite. M. Romuald continue d'être nourri artificiellement. Sa neuromyopathie de réanimation reste encore très présente, même s'il se remet doucement en mouvement. Le patient met plus de 3 semaines à tenir assis sans l'appui des bras, sans que les soignants ne comprennent cette apathie persistante.

Le changement de lieux apporte une autre dynamique qui perturbe le patient. Les premiers jours sont déstabilisants, avec la survenue d'épisodes confusionnels¹. Par ailleurs, le patient rapporte à la psychologue la survenue de cauchemars terrifiants sans pouvoir les décrire. Quelque temps après, le patient dira ne plus se souvenir ni de ses rêves, ni de son passage en réanimation, dans un climat d'anesthésie émotionnelle notable. Il dit ne rien éprouver. L'ensemble semble évoquer un vécu traumatique sous-jacent, porté par une situation à la fois complexe et mouvante avec en pointillés les épisodes confusionnels et un temps les cauchemars. L'anesthésie émotionnelle et l'état dépressif restent, par contre, très présents avec une hypersomnie étonnante pour tous,

¹ Sans que nous puissions encore le référencer, les échanges avec d'autres collègues psychologues rapportent une fréquence et une intensité de ces épisodes confusionnels plus importants jusqu'à l'inhabituel en service de réanimation et aussi en post réanimation, comme c'est le cas ici.

que la psychologue interprète comme un évitement d'une réalité encore trop difficile à affronter.

Puis le travail thérapeutique se renforce doucement : évocation de ces différents signes cliniques, de son vécu, et aussi de sa situation familiale et amicale. Les perspectives d'avenir sont assez modestes dans le discours du patient. Lui qui a du mal à se remettre en mouvement regarde préférentiellement les chaînes sportives durant ce temps d'hospitalisation.

Du côté de la psychologue, le vide s'est peu à peu peuplé au gré des apports du patient. Pour autant, l'incertitude et une certaine incompréhension domine ; le tableau clinique est suffisamment trouble, mouvant, impactant pour que l'inconnu du devenir pour ce patient domine. Ce d'autant que nous avons relaté combien les normes Covid avaient ébranlé ce qui aurait dû être un suivi de liaison classique en réanimation.

5. Discussion

Nous avons voulu montrer à travers ces quelques données de la littérature et l'illustration d'un cas clinique, la complexité des vécus et de l'intervention psychologique en réanimation, majorée en période de confinement et de pandémie.

Celle-ci a eu en effet un impact considérable sur les stratégies des systèmes de soins et sur le vécu des patients et de leurs familles. Au-delà des pathologies covid, ce sont aussi les autres patients qui ont été fortement impactés par la situation de pandémie lors de leur hospitalisation. Nous avons ainsi pu montrer à travers l'illustration de M. Romuald comment l'incertitude du premier diagnostic a pu générer une angoisse liée, d'une part, à l'urgence somatique et, d'autre part, au contexte anxiogène du moment. En effet la détresse respiratoire de ce patient associée au facteur de risque qu'est le surpoids a orienté, en première instance les médecins, vers une suspicion de Covid, ce qui a pu occulté la possibilité d'une autre pathologie dans un premier temps. On peut se demander si cette confusion première a pu majorer les réactions anxieuses chez ce patient.

La pandémie a eu également un impact sur les modalités de suivi des patients. Dans ce contexte de COVID 19, les mesures de prévention centrées autour de la distanciation physique et du port du masque ont eu des répercussions sur l'initiation d'une alliance thérapeutique. Si les modalités de rencontre à l'autre se font principalement par le biais de la parole, la communication non verbale ou infra-verbale joue également un rôle dans l'établissement du lien et des interactions. Cette communication analogique passant par le biais de la sensorialité s'initie essentiellement par les canaux visuels, auditifs et tactiles. Avec les mesures de protection imposées, ces 3 sens se trouvent fortement limités. Nous avons pu montrer avec le cas de M. Romuald que la fragilité du contact et de la communication à travers le regard qui n'a pas pu compenser les autres interactions sensorielles (tactiles, auditives) a pu montrer la valeur alors que l'on connaît bien leur valeur soutenante dans la communication thérapeutique (De Roten, Darwiche, & Stren, 1999). Ainsi en réanimation, un simple toucher, une main sur le bras ou l'épaule peut contribuer à apaiser l'angoisse du sujet.

Il est sans doute ainsi compliqué de comprendre pour les patients la poursuite du tableau « post réa » et son haut niveau de complexité et de déstructuration sans le relier à ce que le covid a installé : une dose violente supplémentaire d'incertitude qui a fait vaciller jusqu'à la façon même de faire de la médecine ou de la psychologie. Quel lieu, et comment aborder cela au plus tôt dans nos dispositifs ? Si le devenir des patients Covid passé en réanimation est à étudier, le cas présenté est pour nous assez prototypique de la façon dont des suivis « classiques » de réanimation d'une certaine façon se chronicise hors temps de réanimation du fait même que la période covid n'est pas terminée :

le virus rôde toujours, et cet impact n'a pas été identifié assez tôt. Cette « chronicisation » oblige donc à réévaluer la façon dont les dispositifs de soins sont pensés ; la crise covid n'étant pas terminée ... ou pour commencer à préparer les prochaines situations similaires possibles à l'avenir.

Dans ce contexte, les situations complexes des patients en réanimation (tant pour les patients Covid que non-Covid) obligent à réfléchir à d'autres modalités d'intervention.

Le déploiement des nouvelles technologies ont tout de même permis le maintien des liens avec la famille grâce aux tablettes mises à la disposition des patients qui ont permis des entretiens en visio-conférence. Nous pouvons nous demander si la mise en service de ces nouvelles modalités de communication ne peuvent pas être aussi envisagés pour des suivis à court, moyen terme pour des suivis psychologiques de patients qui sont éloignés géographiquement de l'hôpital ?

La pandémie a montré combien l'environnement humain (la famille et l'équipe soignante) sont sources de soutien et d'accompagnement pour le patient. L'absence des familles a été très mal vécue et cela pose la question du maintien essentiel des liens dans ce contexte. Toujours dans la dynamique d'un « Aller vers », des initiatives isolées sont allées dans ce sens, par un contact direct des familles.

Au niveau des institutions, se pose aussi la question de la considération de la dimension psychique dans ces milieux de haute technicité où le corps se trouve sur le devant de la scène.

Il existe actuellement très peu de psychologues en service de réanimation. Sur l'ensemble des Hôpitaux civils de Lyon, une psychologue a un 100 % dans une unité de réanimation polyvalente et seulement sur un des quatre établissements. Bien que les services de réanimation soient demandeurs d'accompagnement tant pour les patients, les familles et les soignants, les crédits alloués restent centrés sur d'autres priorités que le soutien psychologique. Les autres établissements fonctionnent par le biais des services de psychiatrie de liaison. Mais, il n'y a toujours pas de psychologues dans ces unités, ou seulement un psychologue pour l'ensemble de la structure. Les dispositifs traditionnels, ne pouvant assurer le soutien de tous les patients hospitalisés du fait du manque de moyens humains, s'organisent par le biais de la demande émis des services. Malgré la confrontation à la mort, les équipes médicales et paramédicales ne sont pas vraiment sensibilisées aux conséquences traumatiques possibles. Les modèles existants ont peut-être besoin d'être dépassés pour envisager d'autres moyens de faire. Un changement de position serait peut-être à envisager avec un « aller vers » de manière plus systématique. Si cela s'est organisé depuis 1995 par la création des cellules d'urgence médicopsychologique lors d'attentats sur le sol français, des plans d'action successifs se sont déployés dans le domaine militaire au niveau des troupes militaires projetées sur des théâtres de guerre. La constatation du nombre de blessés psychique, de comorbidités psychiatriques et une recrudescence du taux de suicides mobilise l'Armée depuis la fin des années 2000.

Nous n'avons pas encore de recul suffisant pour rendre compte des conséquences à moyen et long terme de l'impact du Covid sur les possibles troubles psychiques en après-coup tant au niveau des patients, que de la population. Comment les institutions publiques hospitalières peuvent-ils s'emparer de cette crise sanitaire pour repenser les soins psychiques pour les patients, les familles ainsi que les soignants en charge de notre santé ?

6. Conclusion

La crise du COVID a apporté le chaos et est venue désorganiser l'ensemble des institutions hospitalières par l'afflux massif de malades qui, déjà, étaient fragilisés par les événements de fin

d'année. La confrontation au réel de la mort par un agent infectieux s'est ajoutée au stress du quotidien des services. Après la phase de choc du confinement, est-il possible de « panser » un après-coup ? L'organisation dispensée pendant cette période, dans l'urgence de la situation, a disparu au moment du déconfinement. Le développement des nouvelles technologies dans les services a permis, par l'instauration de tablettes et la téléconsultation, de garder le contact avec les proches et a pu rapprocher les familles éloignées. Ces améliorations sont peut-être à intégrer dans le fonctionnement actuel. Si la nature de la pandémie s'est centrée plus spécifiquement sur les patients Covid et sur les soignants, le contexte traumatique de la pandémie s'est aussi élargi à d'autres pathologies du fait de répercussions indirectes. Par analogie, peut-on penser les répercussions psychiques de cette dynamique encore présente ?

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Bioy, A., & Barruel, F. (2015). Place de l'incertitude en réanimation. In K. Chahraoui, A. Laurent, A. Bioy, G. Capellier, & J. P. Quenot (Eds.), *Vulnérabilité psychique et cliniques extrêmes en réanimation*. Paris, France: Dunod.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review. *The Lancet*, 395(10227), 912–920.
- Caillard, A., & Gayat, E. (2019). *La vie après la réanimation. Congrès de la SFAR*.
- Carpentier, D., Beduneau, G., & Girault, C. (2015). Séjour prolongé en réanimation, SRLP et Lavoisier Chahraoui, K., Laurent, A., Bioy, A., Vinay, A. & Quenot JP (2013). Vécu psychologique des patients trois mois après la sortie de réanimation. *Réanimation*, 23, S169–S172.
- Chahraoui, K. (2014). *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme, vulnérabilités et sens du trauma psychique*. Paris: Dunod.
- Chahraoui, K., Laurent, A., Bioy, A., Capellier, G., & Quenot, J. P. (2015). *Vulnérabilité psychique et cliniques extrêmes en réanimation*. Paris, France: Dunod.
- Chahraoui, K., Laurent, A., Bioy, A., & Quenot, J. P. (2015). Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: a descriptive and qualitative study. *Journal Of Critical Care*, 30(3), 599–605.
- Chahraoui, K. (2015). Quelle place pour les émotions chez le soignant. In K. Chahraoui, A. Laurent, A. Bioy, G. Capellier, & J. P. Quenot (Eds.), *Vulnérabilité psychique et cliniques extrêmes en réanimation*. Paris, France: Dunod.
- Chanques, G., Monet, C., Hajje, Z., De Jong, A., Garnier, O., Aarab, Y., & Jaber, S. (2020). Délirium en réanimation : épidémiologie et prise en charge. *Anesthésie & Réanimation*, 6, 82–89.
- Consoli, S. M. (1995). Psychiatrie de liaison. In J. L. Senon, D. Sechter, & D. Richard (Eds.), *Thérapeutique Psychiatrique*. Paris, France: Hermann.
- Coq, J.-M. (2015). Singularités de la réanimation pédiatrique. In K. Chahraoui, A. Laurent, A. Bioy, G. Capellier, & J. P. Quenot (Eds.), *Vulnérabilité psychique et cliniques extrêmes en réanimation* (pp. 117–124). Paris, France: Dunod.
- De Roten, Y., Darwiche, J., & Stren, D. J. (1999). Nonverbal communication and alliance in therapy: The body formation coding system. *Journal of Clinical Psychology*, 55(4), 425–438.
- Ely, E., Shintani, A., Truman, B., Sperof, T., Gordon, S. M., Harell, F. E., Jr. et al. (2004). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA*, 291, 1753–1762.
- Famiréa : <https://www.mapar.org/article/1/Communication%20MAPAR/eq8g8itc/Communiquer%20avec%20les%20familles%20des%20patients%20de%20réanimation.pd.2008>
- Grosclaude, M. (2009). *Réanimation et coma, soin psychique et vécu du patient*. Masson.
- Kentish-Barnes, N. (2016). Mort en réanimation : une réalité complexe. In E. Hirsh (Ed.), *Fins de vie, éthique et société* (pp. 217–223).
- Laurent, A. (2015). Impact psychologique de l'erreur sur les professionnels de réanimation. In K. Chahraoui, A. Laurent, A. Bioy, G. Capellier, & J. P. Quenot (Eds.), *Vulnérabilité psychique et cliniques extrêmes en réanimation*. Paris, France: Dunod.
- Laurent, A., & Bonnet, M. (2020). la co-subjectivité soignant-famille-psychologue : soutenir la vie psychique du patient en réanimation. À propos de l'article de B. Golse et S. Missonnier « Plaidoyer pour une troisième topique ». In *In Analysis* (pp. 144–147). Elsevier-Masson.
- Lavaud, S. (2020). *Deuil en période d'épidémie : quel soutien apporter ?* Medscape.
- Leong, S. (2020). Les premiers pas de psy en réa, Communication colloque. In *In Analysis*. Elsevier-Masson.
- Longueville, V. (2020). L'évolution de l'accueil des familles en réanimation adulte : regard d'une psychologue. In *In Analysis* (pp. 185–190). Elsevier.
- Mazza, M. G., De Lorenzo, R. C., & Poletti, S. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 594–600. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.03> (In press online 30 July 2020).
- Mebazaa, A., Casadio, M. C., Azoulay, E., Guidet, B., Jaber, S., Levy, B., et al. (2015). Post-ICU discharge and outcome: rationale and methods of The French and euRoPan

- Outcome reGistry in Intensive Care Units (FROG-ICU) observational study. *BMC Anesthesiologie*, 15, 143.
- Minjard, R. (2014). *L'éveil du coma, approche psychanalytique*. Paris: Dunod.
- Minjard, R. (2015). Le travail de l'éveil : un psychologue en réanimation ? In K. Chahraoui, A. Laurent, A. Bioy, G. Capellier, & J. P. Quenot (Eds.), *Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation*. Paris, France: Dunod.
- Salluh, J. I. F., Wang, H., Schneider, E. B., Nagaraja, N., Yenokya, G., Damluji, A., Serafim, R. B., & Stevens, R. D. (2015). Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 350, h2538. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h2538>
- Spoljar, P. (2004). Aux confins de la subjectivité : les résurgences de l'originnaire en réanimation. *Champ psychosomatique*, 2(34), 93–107.
- Van Rompaey, B., Schuurmans, M. J., Shortridge-Bagett, L. M., Truijten, S., Elseviers, M., & Bossaert, L. (2008). A comparison of the CAM-ICU and the NEECHAM confusion scale in intensive care delirium assessment: an observational study in non-intubated patients". *Archives of surgery*, 146(3), 295–300.