

La prise en charge psychologique de la douleur et de la souffrance de l'opéré

Jacques Jaume*

Le terme "psychologie" est devenu usuel en France sous l'influence de Maine de Biran au XIX^e siècle. Avant cela, l'étude du psychisme humain est associée à la philosophie, à la religion, à la médecine. Au Siècle des lumières, elle s'individualise non sans mal et polémiques. La psychologie n'est pas qu'une science théorique, c'est un ensemble de techniques appliquées, comme l'expriment Jean Delay et Pierre Pichot : "La psychologie humaine a pour objet d'étudier l'homme dans la double perspective de ses comportements et de ses conduites d'une part, de ses états de conscience d'autre part, elle cherche à formuler les lois de ces phénomènes, à en expliquer la genèse afin de pouvoir éventuellement les modifier."

Le vécu dans les trois temps d'une intervention chirurgicale

L'opéré est la personne qui a subi une opération chirurgicale. Opération, étymologiquement du latin *operatio* : action d'un pouvoir, d'une faculté, d'un agent qui produit son effet. Une opération est une série de mesures en vue d'atteindre un résultat. Pour la chirurgie, c'est une intervention pratiquée par le chirurgien sur un malade ou un blessé. L'intervention, c'est l'action d'intervenir dans une situation. Intervenir, c'est prendre part volontairement à une action afin d'en modifier le cours. On revient à la notion de pouvoir qui est d'avoir la faculté de, le droit, l'autorisation de faire.

L'intervention chirurgicale, par principe, a pour but une modification du soma de l'individu. Par le diagnostic envisagé, la prise de décision de l'acte, l'intervention elle-même modifie le soma et le vécu du corps. L'acte de chirurgie et d'anesthésie-réanimation influence la psychologie du sujet dans les trois temps de l'intervention : avant, pendant, après.

Période précédant l'intervention chirurgicale

Elle est marquée par le diagnostic étiologique qui conduit à la décision de l'intervention.

Pendant cette période, le patient ressent les symptômes de la maladie qui l'a amené à consulter, à réaliser des explorations et, finalement, à entendre un diagnostic et la décision de l'intervention. Petit à petit, il a pris conscience de sa maladie et s'est transformé à cette idée. L'inquiétude

* Attaché consultant, Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, CHU de Nîmes.

sur son état et sur son avenir va remplir toute sa vie jusqu'à devenir une préoccupation essentielle, puisque l'intervention chirurgicale nécessite un abandon total de sa part. Plus le délai entre la cause de l'état morbide et l'intervention est court, moins le retentissement psychologique sera important. Lors d'un accident avec coma d'emblée, le patient ne se trouve pas dans cette situation. Dans le cas d'une décision chirurgicale vitale, comme face à une péritonite, cette période préopératoire sera très courte à vivre pour le patient.

L'état physique et l'état psychique jouent aussi un rôle. Lors d'un coma ou d'une détérioration physique métabolique, la conscience du patient sera moins marquée, le ressenti et l'influence sur le psychisme paraîtront moins importants. Il faut souligner également l'annonce du diagnostic et la gravité de ce dernier. L'ablation d'un nævus change de valeur suivant l'analyse anatomopathologique de la pièce d'extraction : plus le diagnostic envisagé est grave, plus le retentissement psychologique sera mauvais. L'ablation d'une écharde n'engendre pas le même ressenti d'angoisse qu'une intervention sur un cancer. L'intervention sera vécue par la plupart des gens comme curative et ayant une influence importante. En effet, la chirurgie est très souvent ressentie comme une ablation totale du mal, et l'analyse anatomopathologique comme le renseignement de gravité. Il se passe donc un phénomène de vécu temporel très particulier, avec la création d'une ambivalence que l'on retrouve dans l'écoulement de la vie vers la mort.

Le patient redoute l'opération pour l'image de gravité qu'elle évoque et l'idée d'un arrêt brutal comparable à la mort ; il souhaite qu'elle soit passée, qu'elle révèle son verdict (qu'il espère, dans tous les cas, positif). Il pourra alors "être bien" et s'adapter. Cette ambivalence, "vouloir que ce soit passé et redouter le passage", évoque le cheminement métaphysique de l'homme tout au long de sa vie et l'angoisse existentielle inexorablement entremêlée de l'angoisse de mort.

L'intervention chirurgicale elle-même

Son vécu est soutenu par trois facteurs importants : le vécu de l'intervention se rapprochant d'une "interruption" de vie, l'abandon total aux autres et le pouvoir médical absolu.

Le vécu de l'intervention

Il se rapproche d'une "coupure" de vie, donc de la mort. Une intervention chirurgicale est un "trou noir", une coupure induite de la continuité de la conscience. Ce n'est pas

un sommeil réparateur habité de rêves, c'est un coma où la conscience n'a pas sa place. C'est donc une "coupure de conscience" qui ne peut évoquer que la mort. Bien entendu, la majeure partie des opérés se "réveillent" et retrouvent leur conscience, mais un petit nombre ne se "réveillent" pas, plongeant dans le coma ou dans la mort. Pour le sujet, le risque est donc réel et l'expérience sera vécue comme si la conscience "coupée" risquait de ne pas revenir. C'est une expérience renvoyant à l'angoisse de l'existential et de la mort, faisant venir au premier plan de la réflexion du sujet des remarques métaphysiques sur l'existence ou non d'un après, d'un au-delà.

L'abandon total aux autres

La grande majorité, pour ne pas dire la quasi-totalité, des interventions programmées se passe bien et les sujets se "réveillent". C'est sur cette expérience des autres que le futur opéré pourra construire une stratégie de défense psychologique qui lui permettra de maîtriser, de diriger son angoisse de mort, la minimisant au maximum et rendant l'acte possible. Mais qui dit perte de conscience et retour à la conscience d'une manière artificielle, dit action de l'autre. Il y a là une obligation de la part du sujet à un don de soi total, c'est-à-dire qu'il s'en remet entièrement, au niveau conscient et sensitif, à l'anesthésiste. Il lui remet entièrement et totalement le Graal de sa conscience sans rien en omettre : c'est pour cela que l'anesthésie est toujours imbibée de magie, de crainte et d'absolu. Ce qui pourra expliquer les plaintes ultérieures, quand rien de somatique ne pourra être retenu.

Le patient remet son corps au chirurgien qui, par son savoir, va pouvoir "l'ouvrir" et "intervenir" pour sa survie et sa guérison. Le savoir du chirurgien fait qu'il sait ce qu'il va trouver en "ouvrant". Il a la science, la prescience de ce que le patient contient. Le sujet ne se connaît pas lui-même, ne connaît pas son anatomie intérieure. Le chirurgien, par sa connaissance, la connaît et en connaît même le fonctionnement. Il va "agir" sur ce fonctionnement et le rendre normal. Le chirurgien va voir l'intérieur du patient, il va connaître la forme et la couleur de ses organes, sensation que personne ne peut avoir directement. On ne peut pas voir son "intérieur". Le chirurgien aura ce vécu. C'est l'intimité la plus absolue que le patient livre, d'où l'importance éthique et déontologique d'une opération. C'est d'ailleurs un peu ce jeu de rôle que veulent jouer les psychanalystes. Par la connaissance de la méthode, eux peuvent voir et apprendre le "caché" du patient, son inconscient, et le déchiffrer. Cette connaissance et cette action que va réaliser le chirurgien dans l'intimité la plus extrême du patient lui donnent un pouvoir absolu sur le sujet.

Le pouvoir médical absolu

Le couple anesthésiste-chirurgien se rapproche de la dualité active psyché-soma. Psyché pour la conscience dont s'occupe l'anesthésiste, soma pour le corps dont s'occupe

le chirurgien. Ils ont un pouvoir absolu durant l'intervention, un pouvoir de vie ou de mort, de bonne santé ou de handicap futur. Le pouvoir aussi de modifier le cours de la maladie, de la transformer en "bonne santé", le pouvoir de l'avenir du malade, de sa vie future, de son bon déroulement, de ses possibilités dans tous les domaines de sa vie. Cette action des médecins est énorme, d'autant plus forte qu'elle reste entachée de mystère : le mystère de la technique et de la connaissance, mais aussi celui du lieu et du rituel de l'intervention. En effet, le bloc opératoire est le saint des saints. Personne n'y entre, sauf des professionnels (les initiés), qui revêtent des vêtements spécifiques, uniformes, qui se cachent (masque, calot). Le souci d'asepsie provoque un comportement particulier : il ne faut pas toucher, il faut faire attention, une ambiance règne, complètement étrangère au quotidien, dans ce lieu où des événements invisibles (peur de la contamination) peuvent se dérouler. Cette atmosphère étrange et magique est renforcée quand les sujets y sont personnellement plongés lors de leur intervention. Ils sont le centre des préoccupations, dans ce "temple" où se crée un inconscient du sacrifice. Toute cette ambiance est à prendre en compte ; elle ne sera jamais exprimée complètement, mais le ressenti et l'empreinte qu'elle imprime dans le vécu et la mémoire des patients sont très forts.

Période suivant l'intervention chirurgicale

L'action bienfaisante du chirurgien est réalisée, l'accompagnement de l'anesthésiste a permis que cette opération se déroule bien. Le patient se retrouve dans sa chambre ou dans une salle de réanimation. La réanimation est plus impressionnante, considérée comme un prolongement du bloc opératoire. Les visiteurs n'y entrent qu'à des heures précises, dans une tenue spécifique. La technique qui entoure le patient est étrangère à la plupart des gens, elle effraie toujours.

En postchirurgical, si le patient retrouve sa conscience normale, il est toujours amoindri dans son corps, dans son vécu. L'intervention tant redoutée a eu lieu, les techniciens et les savants ont opéré. Le sujet va donc se retrouver juge de l'opération. Malgré les visites et la continuité des soins prodigués par les médecins et l'équipe, c'est le patient qui va juger le ressenti de l'acte : est-il mieux, moins bien, inquiet ? Il ressent son corps différemment, il vient de passer l'épreuve avec ses craintes et ses doutes, déjà décrits. Il s'abandonne maintenant au résultat, ne pouvant pas revenir en arrière. Il s'abandonne à sa décision, ne pouvant que la subir ; le choix est fait, il n'y a plus d'hésitation à avoir. Il est dans un nouvel état, qu'il a choisi : a-t-il bien fait ? Le choix était-il bon ? Il en est le seul vrai responsable, et sa vie future va en dépendre. Cela peut engendrer une culpabilité ainsi qu'un relâchement de l'attention, créant une symptomatologie pseudo-dépressive par le tableau d'abandon et de laisser-aller après une période de décision intense. Dans la majorité des cas, l'évolution est favorable, l'acte chirurgical a permis la création d'un espace et d'un temps que le sujet va peu à peu apprendre

à découvrir et à remplir. Il change cet état de mal-être en espérance bienfaitrice, elle l'attire vers une satisfaction somatique et psychologique qui lui permettra de bien vivre. Dans les autres cas, l'intervention rend le sujet moins bien-portant, le résultat des "examens" impose son verdict, tranchant dans la matière du vécu et imposant ses contraintes futures. Là, le sujet va être obligé de vivre avec un handicap : handicap physique et psychologique, handicap de la liberté future d'une vie normale. Se crée alors un état de mal teinté de dépression et d'angoisse, car le futur positif espéré s'est transformé en barrière, enfermant le sujet dans un nouvel état où les repères sont différents. Il n'a plus son futur, mais un autre futur s'impose. Cela entame sa joie de vivre plus avant : il consomme son énergie sans créer d'action, il se déprime. Un accompagnement est indispensable, nous y reviendrons.

Place de la famille, de l'entourage et de l'expérience vécue dans la prise en charge de l'opéré

La grande majorité des opérés a déjà eu des expériences en matière de chirurgie : interventions déjà subies, interventions touchant des membres de leur famille ou de leur entourage, plus ou moins graves, ayant entraîné plus ou moins de complications ou s'étant bien passées. Tous ces faits ont forgé une idée, une impression de la chirurgie qui intervient dans le jugement et le vécu de l'acte. Il faut en tenir compte, faire verbaliser, raconter ces expériences. Il faut connaître le terrain que l'on pourra essayer de modifier, empêchant une réalisation inconsciente des craintes. La famille et l'entourage influencent le ressenti de l'opéré pour les raisons déjà citées : mauvaises expériences précédentes, inquiétude, tension devant l'acte et relâchement. En prenant en charge le patient, il faut obligatoirement prendre en charge l'entourage.

Les soignants, eux aussi, peuvent influencer, par leur inquiétude ou en banalisant un acte quotidien pour eux mais primordial dans la vie du sujet. Leur inquiétude peut modifier le ressenti, leur banalisation dépersonnalise. Une attention personnalisée et constante est souhaitable pour chacun, mais reste en pratique difficile à concrétiser, car elle épuise les équipes soignantes.

La douleur

Elle est un maître symptôme. Les ambiances et les différents vécus que va subir le sujet vont modifier l'homéostasie de son psychisme et de sa personnalité. L'acte chirurgical va perturber l'équilibre de la personne, équilibre qui, pour quelques-uns, est très fragile. Le sujet va ressentir

un mal-être dû à ce déséquilibre : angoisse, peur de la mort, impression d'abandon, de donner trop de travail, de ne plus servir à rien, inquiétude...

La verbalisation est difficile pour certains sujets, qui ne peuvent pas exprimer par le langage tout ce qu'ils ressentent. De plus, leur mal-être engendre parfois un besoin permanent de contact. En effet, les gens ne peuvent pas perpétuellement décrire leur mal-être moral et en parler pour en diminuer les tensions. Ils se retiennent, exagérant les tensions internes. Dans ce contexte de perturbations psychologiques, affectives, de vécu, plongeant le sujet dans un déséquilibre permanent, la moindre sensation douloureuse est amplifiée, envahissant la globalité de l'être. Cet envahissement occupe toutes les défenses du sujet, qui panique. Cette panique ne lui permet plus d'établir une stratégie pour lutter contre tous les troubles qu'il ressent. La gestion de la douleur est donc primordiale et indispensable, car, bien réalisée, elle produit un confort de qualité. Elle libère les forces autour du psychisme du sujet, qui peut se reconcentrer sur sa restructuration et l'établissement de ses défenses. Il se crée dans son nouveau moi, physique et psychique, sans être préoccupé par un vécu désagréable : la douleur. Son adaptation, sa rééducation se font plus facilement et durablement. La prise en charge de la douleur est donc indispensable à une "sortie" satisfaisante de tout acte de chirurgie.

Prise en charge psychologique autour d'un acte chirurgical

Pourquoi une prise en charge psychologique ?

Le vécu, le ressenti du sujet qui va être opéré ou qu'il l'est déjà peut générer des troubles, des angoisses, des doutes, des questionnements. L'acte même oblige le sujet à prendre la décision de cet acte, à s'abandonner à sa procédure pour le subir. Il doit vivre après ce changement, métabolisant son nouvel état. Tout cela modifie donc son ambiance psychologique : c'est une transformation négative qui est à prendre en compte.

Si la modification est positive, l'accompagnement et la prise en charge seront moins nécessaires. Nous trouvons des exemples d'un changement positif en obstétrique, où la naissance d'un enfant et l'acte médico-chirurgical qui l'accompagne peuvent épanouir les individus, ce qui fait que l'"avant acte" est positif, et que l'acte et l'"après acte" sont bien ressentis. Plaçons-nous dans la situation où l'intervention génère un mal-être. Sa prise en compte et son accompagnement par une prise en charge spécifique et adéquate permettent de gérer, de diminuer le ressenti négatif et, par la-même, de "renverser la vapeur" pour au moins permettre qu'un état de neutralité s'installe, même si l'on n'atteint pas un état positif. Cet état non négatif influera beaucoup moins sur l'acte lui-même et sur le post-chirurgical que les états de stress qui les influencent

négativement. C'est pour pallier ce "surpoids" négatif, s'ajoutant à toute l'ambiance de la chirurgie, qu'il est nécessaire, et même primordial, de réaliser une prise en charge psychologique, avant et après la chirurgie. Celle-ci aidera à la métabolisation de l'agression, diminuera l'influence néfaste d'un mauvais vécu et permettra d'accélérer le temps de réadaptation. Tous les acteurs de la prise en charge et le sujet lui-même ne peuvent qu'en retirer un bénéfice. Cela englobe l'acte en général dans une atmosphère positive et permet même une perception générale positive de la chirurgie et de l'anesthésie susceptibles de perdurer et de se propager.

À quel moment ?

Le temps de l'acte technique anesthésie-chirurgie

Si le malade est complètement endormi pour l'intervention, l'état de coma artificiel produit par l'anesthésie fait que l'accompagnement psychologique n'est pas indispensable. Pourtant, certains affirment que, durant ces phases d'anesthésie, le sujet peut se rendre compte de certains événements ou paroles. Il faut donc être vigilant quant au ton employé et le contrôler, ou éliminer toute forme de captation psychique "subliminale". Il serait préférable que l'équipe reste neutre pour éviter ces phénomènes, récemment mis en lumière par plusieurs cas de mémorisation péroperatoire.

Si le malade bénéficie d'une anesthésie locorégionale, sa conscience est normale, même si, le plus souvent, il dort et ne se rappellera plus du moment de l'intervention, de ce qu'il s'y est passé. Il faut donc considérer ces patients comme conscients. Les techniciens (médecins, infirmières, personnel) doivent se montrer rassurants par une attitude sûre, ferme, sereine, évitant les signes d'inquiétude et de panique. Il faut expliquer le déroulement de l'action car la personne ressent les modifications dues à l'acte (exemple : mouvements du chirurgien, mouvements des champs sur son corps), expliquer les bruits entendus (exemple : en orthopédie, bruits de scie, des métaux coupés, etc.). Le personnel entourant la chirurgie doit être bienveillant, réconfortant, doit pouvoir expliquer, être à l'écoute des désirs des patients (par exemple, quand ils ont froid...).

Prise en charge avant l'acte technique

La prise en charge ne peut se faire que sur des données faciles à réaliser, pendant les démarches préopératoires quotidiennes, évitant ainsi une surcharge de travail pour le personnel. Elle doit être simplifiée, fondée sur un relationnel simple, n'engendrant pas de contraintes supplémentaires. Elle peut être faite par le personnel soignant (médecins, infirmières, aides-soignantes) ou par un praticien ayant cette mission plus spécifique et s'intégrant complètement à la dynamique de l'équipe. Cette prise en charge est fondée sur l'empathie et la reconnaissance d'un vécu inquiétant et désagréable de la souffrance de l'autre,

qui en sont la clé de voûte. Cela permet la création d'un sentiment de compréhension par le malade qui le libère et lui donne un espace d'expression. Expression qui passe par des manifestations corporelles ou qui est verbalisée. Le rôle du soignant est alors primordial, car il doit "récupérer" cette communication et tout faire pour qu'elle puisse être positive pour le patient. Là se trouve peut-être l'intérêt de la nomination d'un référent pour la prise en charge psychologique du patient, que le soignant pourra contacter, et à qui il pourra expliquer la situation. Ce "réfèrent prise en charge psychologique" ne donne que son avis, pour que le lien patient-soignant perdure et se renforce d'une manière positive pour le sujet. Il peut prendre le relais et continuer avec le patient. Toutes ces situations sont complexes et fragiles, mettant sous tension un relationnel délicat. Il faut que tout le monde soit dans une dynamique synergique. La prise en charge principale se fait donc par un relationnel de qualité, répondant aux craintes et à l'état particulier du patient. Elle doit être assurée, dans la majeure partie des cas, par l'ensemble de l'équipe. Le référent aura un rôle de technicien de la relation, mais aussi de conseiller, de modérateur du groupe de soignants, sans prendre le pouvoir sur la dynamique des soignants. Par le plus qu'il apporte, il régularise, mais il ne doit pas posséder.

À côté de cette prise en charge, que l'on pourrait qualifier de générale, d'autres sont plus techniques et concernent des groupes ou des individus dont le référent peut s'occuper. Ces prises en charge particulières se situent à deux niveaux : une prise en charge diagnostique, et une prise en charge que l'on pourrait qualifier de thérapeutique ou d'accompagnement.

La démarche diagnostique peut s'imposer pour "cadre" un état psychopathologique ou subpathologique, ou une souffrance morale anormale, ces états pouvant se décomposer lors du "stress" de l'intervention. Le spécialiste se réfère à différentes méthodes utilisées en psychologie et en psychiatrie pour élaborer un diagnostic et une prise en charge spécifique au patient, facilitant le vécu de l'acte. La démarche d'accompagnement sert, quant à elle, à faciliter une métabolisation psychologique de l'événement chirurgical pour que la composante psychologique n'entrave pas son bon déroulement. C'est une prise en charge qui doit être consciente de son action avant le geste, et qui doit faciliter l'après-geste. Elle peut se réaliser sur un groupe d'individus ou sur des individus isolés. Lors d'une prise en charge dans un groupe, la dynamique de groupe est fondamentale et doit être utilisée pour l'aide de chacun de ses composants. Un autre facteur essentiel est le partage du vécu, montrant que le vécu de l'individu peut ne pas être unique, qu'il est donc normal. Les expériences de chacun sont aussi primordiales, montrant d'une manière pratique la continuité et le futur de l'individu après l'acte. L'individu, le patient qui ressent une émotion arrivant à un certain seuil, est obligé de la traduire dans un mode relationnel pour "faire passer" l'information de son trouble (cela

peut être positif, par exemple : le fait d'être amoureux et de le confier à un ami). En langage populaire, on retrouve l'expression "en avoir gros sur le cœur". Cela déborde donc, il se crée un besoin de communiquer (par le verbe ou par le physique) pour "détendre", enlever les tensions, "vider le trop-plein". L'accompagnant doit recueillir, ne pas juger ou bien avoir une attitude neutre, bienveillante. Il doit se référer à une théorisation (par exemple, recueil de l'émotion et intégration dans une "théorisation méthodologique", comme en psychanalyse). Il doit y avoir, après ce recueil, "recadrage", analyse, remise en situation ou intégration dans un concept de la confiance pour qu'elle alimente une démarche qui se veut toujours dynamique et "proposante", invitant la dynamique psychique à se poursuivre pour une intégration complète de l'émotion par la physiologie psychologique. Elle doit constituer une pierre supplémentaire dans l'édifice de la personne, et non une entrave à son développement.

Les interventions chirurgicales sont des circonstances où des émotions peuvent surgir ou resurgir. C'est un devoir pour les soignants de "récupérer" ce vécu et de tout faire pour qu'il soit moins pénible à vivre pour le sujet et, pourquoi pas, comme nous l'avons dit, pour qu'il lui soit bénéfique. La relaxation, la sophrologie sont des techniques mettant en jeu des modifications de conscience, c'est-à-dire qu'il y a une modification, par une technique et par la relaxation, de la conscience ordinaire, qui se trouve alors entre sommeil et veille (la veille et le sommeil étant deux états de conscience). Cet état possède une clinique psychosomatique particulière, où le sujet retrouve un bien-être de base qui lui est propre, où toutes les tensions physiques ou psychiques sont abolies, créant dans son ensemble somatopsychique une "intimité positive". Cet état est générateur d'anxiolyse, de récupération ; le sujet est donc bien. Il se crée plus facilement une démarche de réadaptation, de rééducation propre à une dynamique positive de l'ensemble de l'être. Tout cela est créateur d'ambiance positive et facilite une vision plus posée des situations. L'analyse est plus juste, plus en rapport avec le vrai contexte, plus sereine, débouchant sur une "adaptation" croissante et constante. Enfin, les sensations sont mieux perçues dans leur vraie valeur, moins envahissantes.

La démarche générale fait que le sujet se sent de mieux en mieux. Un entretien régulier lui permet d'évoluer, de métaboliser une crise ou de passer un obstacle, de progresser... Ce sont des techniques de préparation à l'intervention essentielles, bien expérimentées dans le domaine

de l'obstétrique, qui devraient beaucoup plus souvent être proposées en chirurgie, individuellement ou en groupe. Ces techniques sont aussi importantes en rééducation postchirurgicale, quel que soit son type (orthopédique, cardiologique, respiratoire...) et qu'elle soit proche ou éloignée de l'intervention.

Prise en charge après l'acte d'anesthésie

Elle peut se situer à plusieurs niveaux : une prise en charge banale, du fait de l'intervention, ou une prise en charge continue, suivant une prise en charge avant l'intervention. L'intervention a été un événement déclenchant et il y a décompensation d'un état psychopathologique antérieur, ou l'intervention elle-même a créé un état réactionnel psychopathologique. Il peut exister de multiples degrés allant de la réaction de panique (sous forme de cauchemars, par exemple) à la décompensation d'un état psychotique inconnu. Les soignants doivent être sensibles à de telles situations et, suivant l'importance des troubles, une prise en charge spécialisée doit être instaurée. La période de prise en charge est très variable : elle peut commencer au réveil, juste après l'intervention, ou plusieurs semaines à plusieurs mois après celle-ci. Tout dépend de l'état du sujet et de ses besoins.

Sa durée, elle aussi, peut varier, de quelques jours à plusieurs mois après des traumatismes importants. La demande et l'état du sujet sont les seuls critères à prendre en compte concernant la durée de cette prise en charge, une amélioration significative étant le but ; un accompagnement ultérieur peut se réaliser.

Conclusion

Une prise en charge psychologique périopératoire est souvent nécessaire. Étant donné l'évolution des techniques d'anesthésie et de chirurgie, il se crée un hiatus de plus en plus important entre les actes, les techniciens et le patient. Les obligations que supportent les équipes, dans les domaines médico-légal et médico-administratif, font que le questionnement sur le vécu des patients subissant une opération chirurgicale se raréfie.

Il faut donc penser, imaginer une prise en charge psychologique et d'accompagnement qui répondrait aux besoins des sujets plongés dans cet univers, qui leur est inconnu. ■

Les articles publiés dans "Le Courrier de l'algologie" le sont sous la seule responsabilité de leurs auteurs.
Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.
© Datebe - septembre 2002.

Imprimé en France - EDIPS - 21800 Quetigny - Dépôt légal : à parution