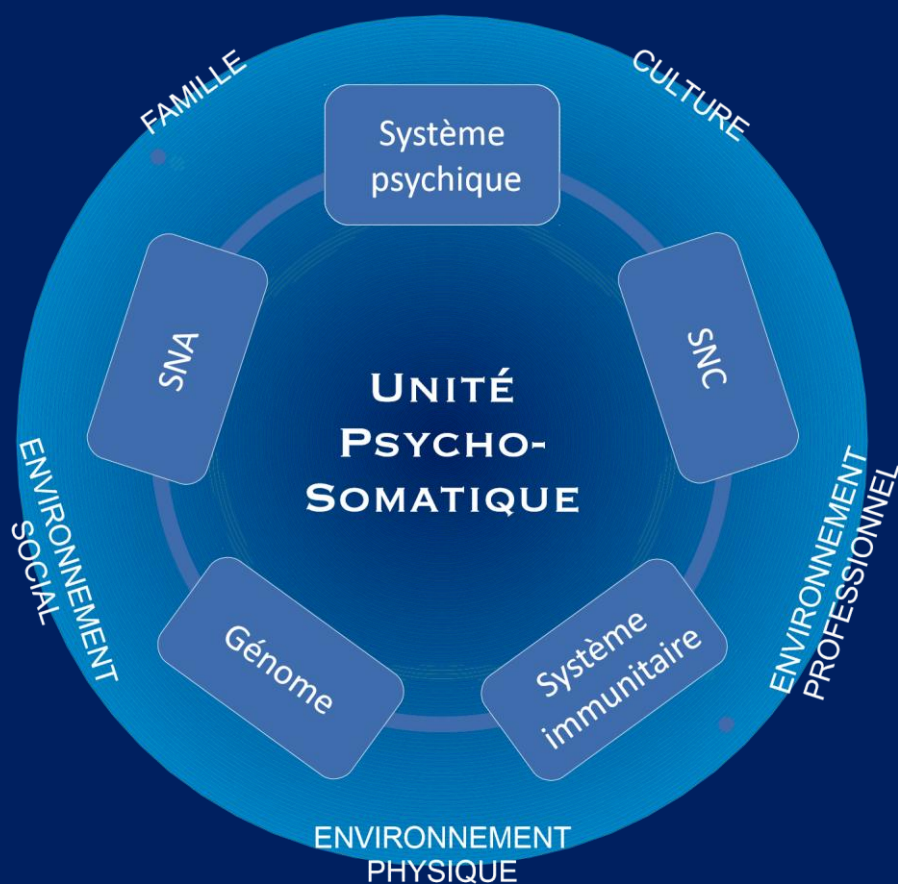


PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE
MODELE METAPSYCHOSOMATIQUE MÉDECINE NEUROSCIENCES
REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE

CONFINEMENT - DECONFINEMENT
REGARDS DE LA PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE
CONFERENCE DU 13 JUIN 2020



NUMERO 7 – 2020

COMITE DE RÉDACTION ET DE LECTURE 2019

André Aboulkheir, Benoît Depreux, Stéphane Flamant, Elisabeth Jouan, Lionel Naccache, Jean Benjamin Stora, Frédérique Tafforeau, Bruno Trumbic

COMITE SCIENTIFIQUE

- **Pr. Laurent Beaugerie, service de gastro-entérologie, GHU St Antoine**
- **Dr. Philippe Giral, PH, service d'endocrinologie, La Pitié-Salpêtrière**
- **Anne Héron, Docteur en Neurosciences, Enseignant-chercheur HDR en Physiologie Humaine, Université Paris Descartes**
- **Dr. Karim N'Diaye, Institut du cerveau et de la moelle épinière / Brain & Spine Institute, Paris, GHU La Pitié-Salpêtrière**
- **Pr. Jean Benjamin Stora, psychanalyste psychosomaticien, ancien co-Directeur DU de Psychosomatique intégrative, La Pitié-Salpêtrière, Responsable enseignements de l'Institut de Psychosomatique Intégrative**
- **Michael Stora, Psychologue clinicien, Psychanalyste, Psychosomaticien, expert enfants et adolescents addiction jeux-vidéo, Président fondateur de l'Observatoire des Mondes Numériques, ancien co-Directeur DU de Psychosomatique intégrative, La Pitié-Salpêtrière**
- **Dr. RUTH ABOULKHEIR , gynécologue**
- **Pr. Wolfgang Rapp, psychanalyste, professeur émérite de Psychosomatique, Université de Heidelberg**
- **Frédérique Tafforeau, Docteur en biologie cellulaire et moléculaire, praticienne en psychosomatique intégrative et homéopathie uniciste.**

LA REVUE DE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE A ETE CRÉÉE EN JANVIER 2014.

Responsable de la rédaction du numéro 7

Jean Benjamin Stora

Présentation du numéro

Un virus sorti de Chine dans les derniers mois de l'année 2019, s'est répandu à l'échelle de la planète, et les Organisations Gouvernementales Nationales ainsi que les Organisations Internationales dont l'Organisation Mondiale de la Santé, ont proposé une politique de confinement à l'humanité. C'est la première fois dans l'histoire qu'à l'échelle de 189 pays, les populations sont confinées dans leurs appartements ! Devant la peur et l'effroi comme le dit Freud dans « L'inquiétante étrangeté » l'Humanité s'est repliée sur elle-même. Quel étrange comportement par rapport aux générations passées qui ont fait face à la grippe espagnole, aux épidémies de peste et de choléra, et à bien d'autres épidémies encore. En tant que discipline, il appartenait à la Psychosomatique Intégrative, de contribuer aux réflexions sur le confinement et le déconfinement. Les Politiques, quant à eux, se devraient de réfléchir à leur surprenante stratégie !

Le Dr. Lionel Naccache a donc proposé le thème du confinement et du déconfinement à la Société de Psychosomatique Intégrative qui a organisé une conférence le samedi 13 juin dernier. De nombreuses interventions ont permis de cerner un peu mieux ces deux thèmes importants et ont fait l'objet d'articles que vous trouverez dans ce numéro de notre revue.

Des réflexions sur le fonctionnement du système psychique pendant le confinement (J.B.Stora), une étude très originale et pertinente du Dr.Lionel Naccache sur le syndrome post-réanimation, qui cherche par l'apport PSI à ouvrir de nouveaux champs à la simple prise en charge somatique de ces patients gravement atteints. Une présentation originale du Dr.Patrick Bantman sur les conséquences du Covid- 19 sur notre vie psychique, une illustration par trois cas cliniques présentés par le Dr.André Aboulkheir, qui s'interroge sur les effets de l'environnement confiné sur les modifications du fonctionnement psychique des patients. Des réflexions nouvelles sur l'impact sur le management de la stratégie de confinement par Élisabeth Jouan, et enfin un médecin artiste peintre sculpteur le Dr. Marc Perez qui nous fait part de ses émotions face aux phénomènes surprenants que nous avons vécus pendant deux mois et demi.

Paris Juin 2020.

Je tiens à remercier très chaleureusement mes deux collègues Élisabeth Jouan, la nouvelle Présidente de notre association, et le Docteur Lionel Naccache, qui ont tous deux relu avec beaucoup d'attention les épreuves de ce numéro et ont suggéré de nombreuses corrections

Sommaire

Responsable de la rédaction du numéro 7	3
Jean Benjamin Stora	3
Présentation du numéro	3
Sommaire	4
COMMENT VIVRE PSYCHIQUEMENT LE CONFINEMENT	5
Pr. Jean Benjamin Stora	5
LE SYNDROME POST - REANIMATION	12
Dr Lionel NACCACHE	12
LE SYNDROME POST - REANIMATION	13
1- LES DIFFERENTS TROUBLES OBSERVABLES	14
A/ D'ORDRE SOMATIQUE :.....	15
B/ D'ORDRE NEUROCOGNITIF :	15
B -2 TROUBLES DES FONCTIONS COGNITIVES :	16
C/ D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE :.....	17
C-1 TROUBLES PSYCHOLOGIQUES DIVERS :	18
2- ELEMENTS PSYCHOSOMATIQUES	20
LES MULTIPLES INTERROGATIONS PSYCHOSOMATIQUES :	24
CAS CLINIQUE DE Mr R.	25
QUELLES CONSEQUENCES DU COVID 19 SUR NOTRE VIE PSYCHIQUE ?	28
METAMORPHOSE ET TRANSFORMATIONS LIEES AU CORONA VIRUS	28
Patrick Bantman	28
Psychiatre honoraire des Hôpitaux	28
EFFETS BENEFIQUES INATTENDUS DU CONFINEMENT : ILLUSTRATION PAR TROIS CAS CLINIQUE..	33
André ABOULKHEIR	33
CONFINEMENT /DECONFINEMENT, QUEL IMPACT POUR LE MANAGEMENT ?	38
Jouan Elisabeth	38
« EN ATTENDANT »	45
Dr Marc PEREZ , Médecin et Artiste	45

COMMENT VIVRE PSYCHIQUEMENT LE CONFINEMENT

Pr. Jean Benjamin Stora

Au cours des mois de février et de mars de l'année 2020, une calamité, appelée « Sars Cov2 », s'est abattue sur l'Humanité qui a réagi par la stratégie du confinement. Plus de 4 milliards d'habitants étaient concernés. Les informations du monde médical après examen des premières contaminations et des premiers décès, nous indiquent que 98 % des personnes contaminées guérissaient et que la quasi-totalité des décès concernait des personnes âgées de 65 ans et plus. Tout cela est totalement surprenant et ne correspond pas aux réactions des anciennes générations concernant la grippe espagnole qui a causé des millions de morts ou les épidémies de peste et de choléra. Qu'est-il arrivé à l'Humanité ? Pourquoi la peur a-t-elle prédominé au niveau des gouvernements nationaux et des organisations internationales, car il semble que ce soit la peur qui ait prédominé dans les processus de décision ? Les réponses seront apportées dans les mois qui viennent par des philosophes, des spécialistes de sciences politiques, de médecine, etc. nous nous trouvons en présence de ce que Sigmund Freud a appelé : « L'inquiétante étrangeté » Das Unheimliche. Nous sommes en présence de la peur et de l'effroi !

En ce qui me concerne et en tant que psychosomaticien intégratif, je propose de réfléchir au fonctionnement psychique des êtres humains vivants un confinement. Je proposerai des explications et des hypothèses.

Peut-on réduire l'homme à sa santé somatique !

Nous comprenons fort bien le confinement et les mesures prises pour sauvegarder la santé de nos compatriotes. Mais il y a un oubli considérable qui se révèle dans les déclarations des autorités de notre pays : on ne conserve que les « activités dites essentielles » pour la survie des êtres humains et on instaure le confinement pour éviter la propagation du coronavirus. La vie de nos compatriotes en est réduite à leur santé somatique !

Qu'est-ce que l'essentiel ?

Ces mesures sont tout à fait compréhensibles, mais les autorités ont complètement oublié la dimension psychologique de nos compatriotes. Comment les êtres humains vont-ils vivre pendant plusieurs semaines ou plus un confinement à leurs domiciles, privés de toutes les ressources que je considère comme **essentiels** mais dont les pouvoirs publics ne tiennent pas

compte. Je considère comme essentielles en dehors des besoins fondamentaux pour assurer la survie du corps, **les activités culturelles, spirituelles, sportives, et autres. La culture est aussi essentielle que l'alimentation.**

Que faire pendant le confinement ?

Personne n'a réfléchi au niveau gouvernemental au cloisonnement des êtres humains dans des espaces physiques mais également psychiques limités. Que vont-ils faire ? Comment passer une journée entière ? Que fait-on des conflits interindividuels et familiaux ? Que fait-on des symptômes qui progressivement vont envahir l'espace psychique de nos compatriotes en détresse : dépression, angoisse, etc.. Nous savons que la consommation d'antidépresseurs et d'anxiolytiques est très élevée dans notre pays. Comment vivre une « guerre » contre un ennemi invisible ? Il est temps de se poser la question du bien-être, de la santé psychologique et de la survie de nos compatriotes.

Privilégier le corps !!!

Pourquoi avoir oublié cette dimension en ne privilégiant que le corps ? En psychosomatique, j'ai avancé voici près de trente ans, le paradigme suivant : **l'être humain est une unité psychosomatique.** J'ai été témoin pendant de trop nombreuses années à l'hôpital de l'ignorance de la relation de l'esprit et du corps ce qui me désole profondément.

À nouveau face à une menace invisible, les autorités continuent de privilégier le corps en oubliant les capacités de résistance mentale qui sont aussi importantes que les capacités de résistance du système immunitaire. On oublie que système psychique et système immunitaire sont profondément interreliés

Comment rester en vie ?

Que faire alors pour vivre et survivre à cette épreuve du confinement ? On en revient à la problématique de mes patients malades à l'hôpital à qui je posais des questions pour évaluer leur capacité de défense et de survie: « quelles sont vos ressources dans l'épreuve que vous traversez ? » Nous devons comprendre que face à la maladie l'énergie somatique et l'énergie psychique sont mobilisées pour défendre le corps et l'esprit. En m'interrogeant avec mes patients et mes patientes sur leurs ressources, nous évaluons les possibilités de détourner cette énergie de l'organe ou de la fonction malade pour l'utiliser à d'autres fins. En psychosomatique nous sommes toujours du côté de la vie, et nous encourageons nos patients à rester en vie.

L'épreuve de vivre seuls avec nous-mêmes

Dans l'épreuve que nous traversons collectivement, nous sommes une population en bonne santé à l'exception de quelques milliers de cas de nos compatriotes qui souffrent de l'atteinte

du coronavirus, et qui, pour la plupart, je préfère dire, pour la grande majorité, seront guéris. Nous ne sommes pas comme nos ancêtres du lointain passé atteints par l'épidémie de choléra ou l'épidémie de peste avec des taux de mortalités importants. Mais nous avons cette épreuve de vivre seuls (es) avec nous-mêmes et avec nos familles pendant une période dont nous ne connaissons pas la durée. Nous sommes alors guettés par la dépression, l'angoisse et de possibles somatisations. Comment pouvons-nous faire face ? Quelles sont nos ressources ?

Quel fonctionnement psychique ? Et quel fonctionnement psychosomatique ?

De nombreux êtres humains vivent des situations de confinement : les malades, les prisonniers, les prêtres et les sœurs dans les monastères, etc.

Pour comprendre le fonctionnement psychosomatique d'un confinement nous devons d'abord savoir que **le confinement exige dans la sphère somatique une modification du biorythme quotidien.**

Les fonctions et les organes somatiques doivent s'habituer à un rythme différent car l'investissement de l'énergie somatique va se modifier pour rendre l'être humain capable de s'adapter : le sommeil, les repas, la vie dans la journée et la mise en œuvre des perceptions sensorielles et de la motricité. **Tout va être modifié pendant la période de confinement.**

Le système nerveux central va tenter de mettre en œuvre l'adaptation aux biorhythmes, mais le comportement psychique peut entraver son fonctionnement. Il y aura des conflits entre la volonté de l'être humain de conserver un niveau d'activité élevé, et le ralentissement des fonctions organiques géré par le SNC. Cela deviendra difficile pour l'équilibre psychosomatique individuel (métabolisme, etc). Nous serons alors en présence de décharges de tension inconsiderée : fréquentes sorties pour dépenser l'énergie, violence dans les familles, **Incapacité psychique d'investir la dimension passive des pulsions.** Il s'agit d'un point très important et fondamental pour comprendre **qu'on ne peut vivre le confinement que si la composante passive pulsionnelle est fortement investie.** Comme nous l'apprend la psychanalyse, les pulsions sexuelles et les pulsions agressives ont deux composantes : une composante active et une composante passive.

Régression Psychique et confinement

Quel est le fonctionnement psychique idéal pour faire face au confinement ?

Parallèlement à l'adaptation du corps, le psychisme se met au travail pour s'adapter. Nous nous trouvons, en effet, devant une modification de la réalité externe, et en présence d'états de conscience modifiés pour s'adapter à une nouvelle réalité.

Le psychisme doit modifier son rythme d'investissement de la réalité externe pour faire face à **une nouvelle réalité.** Nous aurons alors des modifications au niveau des représentations

mentales, des affects et des comportements. Dans la dimension économique, l'énergie libidinale désinvestira progressivement la réalité externe **grâce au retrait narcissique des investissements**. La régression psychique peut prendre à ce moment-là plusieurs formes selon la richesse des capacités associatives. L'imaginaire va occuper une place importante dans le confinement

La Régression

La régression est un retour - plus ou moins organisé et transitoire - à des modes d'expression antérieurs de la pensée, des conduites ou des relations objectales, **face à un danger interne ou externe susceptible de provoquer un excès d'angoisse ou de frustration**.

De nombreux auteurs se sont attachés à l'étude de la régression : Mélanie KLEIN (1932), Paula HEIMANN (1952), Michael BALINT (1968), Harold SEARLES (1965), Donald Woods WINNICOTT (1947/1975), Maurice BOUVET (1956/1972), Pierre MARTY (1967), Françoise DOLTO (1973/1988). Ils donnent finalement à la régression une importance plus grande que celle accordée par Sigmund FREUD dans le développement humain. Les exemples de régression fourmillent surtout (mais pas exclusivement) dans la littérature concernant la clinique infantile,

Régression et points de fixation

Dans le cadre du modèle psychanalytique freudien, nous avons plusieurs étapes de développement, de l'étape orale à l'étape génitale qui peuvent constituer autant de points de fixation – régression.

Ces points de fixation-régression constituent la pathologie psychique qui doit être prise en considération par le psychanalyste ou le psychothérapeute.

À la suite du diagnostic, la stratégie thérapeutique consistera à faire évoluer le processus de maturation jusqu'à l'étape génitale dans le meilleur des cas. **En ce qui concerne le confinement, ces points de fixation-régression peuvent se manifester avec plus de force dans le vécu quotidien : crises de boulimie, addictions, passages aux comportements, etc. Lorsque je parle de régression psychique, je ne fais pas uniquement référence à ces étapes de développement et à la pathologie.**

L'imaginaire

J'entends aussi la régression psychique comme un processus d'aller-retour entre le présent et le passé en associant des représentations mentales, des affects et des comportements, tout comme dans le travail psychanalytique.

Cette capacité psychique permet de vivre des situations difficiles en faisant appel à l'imaginaire ce qui permet de s'adapter à la situation et de la dépasser.

On doit comprendre alors que l'imaginaire psychique permet de survivre dans les situations les plus terribles et les plus traumatiques qu'un être humain peut vivre et traverser.

Le recours à l'imaginaire peut sauver les êtres humains confrontés aux menaces et à l'angoisse de situations traumatiques.

L'imaginaire et l'imagination socio-culturelle à défaut d'imaginaire

Je fais d'abord référence à notre capacité psychique de **rêver la réalité présente** ce qui permet d'utiliser un mécanisme très utile, à savoir permettre au cerveau de se couper totalement de la réalité extérieure ce qu'il fait dans les états de rêves (prédominance des phénomènes inconscients).

L'espace psychique imaginaire est très vaste, et permet aux êtres humains de vivre dans des espaces confinés en oubliant tout à fait qu'ils sont dans un tel espace. L'imaginaire abolit l'espace dans lequel l'être humain se trouve. Nous nous trouvons dans des espaces infinis.

De l'imaginaire individuel à l'imagination, il y a un continuum puisque l'imagination en provenance des lectures de romans, des films cinématographiques, des créations télévisuelles, des jeux vidéos, etc. permet de compenser le non-fonctionnement ou l'inexistence du système psychique.

Le repli sur soi et les dépenses économiques

Dans le confinement, nous vivons repliés sur nous-mêmes, faisant appel à l'imaginaire et à l'imagination, avec des dépenses énergétiques somatiques considérablement diminuées.

La diminution de l'énergie somatique, et l'investissement psychique de l'imaginaire permet d'atteindre un nouvel équilibre psychosomatique favorable au confinement.

Qu'en est-il alors des personnes qui ont des difficultés à reconvertir leur énergie somatique et leur énergie psychique ?

Reconvertir l'énergie somatique et psychique

Pour les personnes ayant des difficultés de reconversion de l'énergie somatique et psychique, il y a plusieurs possibilités que nous avons découvertes avec les patientes et les patients somatiques :

1. dépense énergétique dans le sport
2. développement de croyances spirituelles et de pratiques religieuses pour celles et ceux qui sont croyants
3. développement de relations amicales et sociales sur Internet, etc.
4. développement d'activités créatrices (peinture, sculpture, écriture de romans, chant, etc., toutes ces actions permettent d'établir un nouvel équilibre psychosomatique.

Si cela n'est pas possible, et que les êtres humains sont dominés par des névroses de comportement, à ce moment-là, les risques de contamination vont considérablement augmenter et mettre en danger les familles. Les décharges de l'énergie dans les comportements vont se multiplier pour assurer un certain équilibre en multipliant les menaces sur l'environnement familial.

Le confinement peut favoriser les violences, les angoisses et les somatisations.

Être du côté de la vie

En psychosomatique intégrative, nous avons développé l'idée que nous sommes toujours du côté de la Vie.

Aussi bien dans les thérapies psychosomatiques que dans nos actions ponctuelles auprès des patientes et des patients, nous devons consacrer tous nos efforts au respect de la vie et à son entretien. Voilà ce que nous recommandons aussi bien aux dirigeants de notre pays qu'aux médecins, infirmières et personnel soignant :

Au moment du déconfinement, de nombreux problèmes vont se poser :

reconversion de l'énergie somatique et de l'énergie psychique

perception de la nouvelle réalité externe

conservation du recours à l'imaginaire pour faire face aux situations présentes

amélioration du fonctionnement psychique dans la relation à soi-même et dans la relation aux autres

En conclusion, encourager la vie et le plaisir de vivre

Bibliographie

Freud S., 1917, Complément métapsychologique à la théorie du rêve, Gallimard, 1940, p. 125.

Freud S. 1900, L'interprétation des rêves, PUF, 1967, p. 466

Marty, P, Un processus majeur de somatisation ; la désorganisation progressive. Revue Française de Psychanalyse, n° 5-6, 1966

Janin C., Ribas D., 1992, Argument, La régression, Revue française de psychanalyse, 4/1992, PUF, p. 965.

Barande R. Le problème de la régression, Rapport au Colloque de Deauville, in Revue Française de Psychanalyse, n° 4, 1966, t. 30, p. 401

Ferenczi Sandor Oeuvres complètes. Psychanalyse I-IV. 1 : 1908-1912. 2 : 1913-1919. 3 : 1919-1926. 4 : 1927-1933. Traduction de J. Dupont, Ph. Garnier, M. Viliker, S. Hommel, P. Sabourin, F. Samson, B. This. Préface du Dr M. Balint. Edité par Payot, Sciences de l'homme (1999)

Stora, J.B. Stora, J.B. (2013) "La Nouvelle Approche Psychosomatique, 9 cas cliniques", MJW- Féditions, Paris.

Stora, J.B. (2015) "The new Body-Mind Approach, Clinical Cases" Karnac, London.

Stora, j.B. (2019) "15 cas de thérapies psychosomatiques, soigner les maladies, non simplement leurs maladies" Hermann Editions.

Stora, J. B. (2011) "Quand le corps prend la relève, stress, traumatismes et maladies somatiques", ed. Odile Jacob, Paris.1ère édition 1999

Stora, J.B. (2011) "La Neuropsychanalyse, controverses et dialogues", Paris: MJW Féditions

LE SYNDROME POST - REANIMATION

Dr Lionel NACCACHE

(IPSI Juin 2020)

INTRODUCTION

Je voudrais d'abord remercier la **Société de Psychosomatique Intégrative** , pour avoir organisé sa **Conférence de Juin 2020** sur le thème que j'ai proposé . Ce thème m'a permis la présentation de cette étude . Je tiens également à remercier le Pr Stora qui a fondé cette Société savante et la discipline qu'elle représente , la **Psychosomatique Intégrative** .

Pour cette discipline , il s'agit de permettre à l'**Idée psychosomatique** de développer une pensée et des propositions propres dans le monde du soin . De **se proposer , pour une part , à la prise en charge de** « son prochain malade » . Il s'agit pour nous , avec d'autres , de refuser catégoriquement le clivage entre nos vécus subjectifs psychoaffectifs et nos corps arbitrairement réduits à leurs dimensions physiques .

Il était **nécessaire** , en effet , que **les échos de notre discipline puissent avoir un lieu d'expression et de prise de parole** aux questions soulevées par la **pandémie planétaire au Sars-Cov-2** . **Cette pandémie a fait du mal** de façon évidente pour chacun . Certains, néanmoins , témoignent d'un « **certain bien** ».

Sans doute s'agit-il dans ces instants de moments plus ou moins communs de **rencontres avec nos « vides»** (un **Co-Vid à partager** ...) . Une proposition « **de l'être** » de **s'évider de nos évidences , de s'en libérer , de reconsidérer leurs fondements apparents**

Ce travail sur le SPR revêt pour moi une double résonance . Le fait actuel d'une multiplication des patients concernés . Et , également , de façon plus personnelle , le fruit de mon investissement constant et simultané à l'**autre de la « Bio-médecine »** . En ce point , je rends hommage à **Daniel Sibony** , qui m'a **subjectivement longuement « accompagné** » .

LE SYNDROME POST - REANIMATION

Depuis le 1^o Janvier 2009 , les « **consultations post - réanimation** » (au décours d'une hospitalisation en Service de Réanimation ou en Unité de Soins Intensifs) sont systématiquement proposées . Il s'agit de rechercher un **Syndrome post-réanimation** (**SPR** ou **PICS** : post intensive care syndrome) .

« **La vie après la réanimation** » (1) peut comporter un certain nombre de **pathologies secondaires à cette hospitalisation** (hors les séquelles éventuelles de la pathologie causale) .

Certains troubles sont , en effet , observables et diversement associés chez les patients sortants de leur séjour hospitalier . Ils résultent **des conséquences secondaires physiques et neuro-psychiques des évènements vécus durant l'hospitalisation** . On observe des pathologies de différents ordres : **séquelles physiques , « sentiment d' altération de la qualité de la vie » , troubles mnésiques et cognitifs , souvenirs récurrents et négatifs de la période d'hospitalisation , troubles d'ordre psychologique** .

Les questions que pose ce syndrome sont multiples : **le diagnostic de ses troubles , leur compréhension et leur prise en charge** . Se pose également la question des **possibilités préventives** .

Selon certaines études (la **prévalence** est encore difficilement quantifiée) . Le SPR (quels que soient les expressions symptomatiques) pourrait atteindre **50 à 70% des patients à la sortie** (1) . Il faut également poser que ce syndrome **peut également concerner des proches du patient hospitalisé (PICS-F)** (1) .

Les situations pathologiques qui induisent ce type d'hospitalisation nécessitent un **centre de gravité impératif** des équipes soignantes sur certains aspects : l'urgence des questions physiopathologiques , le monitoring, les dispositifs médicaux et les soins biologiques et physiques . Ceux-ci sont **de haute technicité** . Les prises en charge sont **lourdes , invasives et permanentes** . L'**analgésie et la sédation** ont également une place essentielle . Il s'agit de

situations où le pronostic vital est engagé du fait de défaillances viscérales actuelles ou à haut risque de survenue .

Dans ce contexte de survie , les interrogations inhérentes à la dimension subjective du patient durant l'hospitalisation , pourraient passer sur un plan secondaire . Toutefois , on assiste fort heureusement , à une **évolution des pratiques per-hospitalières et des protocoles de soins** . De façon générale , les recommandations évoluent vers un mouvement d'humanisation où la personne du patient se trouve de plus en plus placée au centre (14). Les questions des besoins subjectifs fondamentaux et du confort du patient hospitalisé en réanimation trouvent leur place ; révélant leur impact sur le pronostic évolutif du SPR .

Pour un patient , l' hospitalisation en Service de Réanimation ; ainsi que la pathologie initiale nécessitant ce type de prise en charge , sont évidemment une très lourde épreuve . Celle-ci génère une réaction défensive de stress aigu intense . Les conséquences sont à la fois d'ordre biologique , neuro-fonctionnel et général . On conçoit également la présence d'une angoisse de mort . Le vécu psychologique inclut nécessairement les dimensions psycho-affective et symbolique . L'ensemble des évènements est potentiellement vecteur de traumatisme psychique .

Nous pensons que ces patients devraient pouvoir bénéficier dès leur sortie , d'une **approche psychothérapeutique psychosomatique** , centrée sur les « **relations corps esprit** » . Afin d'apporter une assistance psychologique dynamique à une traversée progressive du SPR . Une attention devrait également être portée à l'entourage des patients . Car de **véritables SPR** , voire le **déclenchement d'un deuil pathologique** peuvent s'observer parmi les membres de la famille (PICS-F).

1- LES DIFFERENTS TROUBLES OBSERVABLES .

Les effets du PICS semblent pouvoir persister durant 5 voire 15 ans après l'hospitalisation en réanimation (1).

Quels que soient le ou les troubles rencontrés , ils retentissent sur **le sentiment de la qualité de la vie** . **Sa baisse fait partie des troubles du SPR** . Elle doit être recherchée et quantifiée (l'échelle **SF-36** est la plus couramment utilisée) .

A/ D'ORDRE SOMATIQUE :

On peut observer de nombreux troubles et altérations physiques , différemment associés :

- Anorexie , agueusie .
- Chute de cheveux .
- Prurit .
- Dysphonie .
- Raideurs articulaires .
- Troubles mictionnels .
- Troubles du transit .
- Troubles sexuels .
- Paresthésies .**
- **Dyspnée .**
- **Dénutrition .**
- **Amyotrophie et faiblesse musculaire .**

B/ D'ORDRE NEUROCOGNITIF :

B -1 SOUVENIRS DE L'HOSPITALISATION :

Ces souvenirs sont très fréquents , **y compris chez les patients ayant été sédatisés** . Ils sont de différents types :

Absence totale de souvenir de l'hospitalisation . Celle-ci est fréquemment mal vécue.

Souvenirs réels désagréables . On retrouve des bruits d'appareils ou d'alarmes , des lumières excessives , des propos tenus , des soins douloureux , des moments de panique Ces souvenirs par leur récurrence et leur nature ont un impact psychologique négatif .

Souvenirs récurrents de cauchemars .

Souvenirs erronés comportant parfois des éléments pseudo-psychotiques . On trouve des hallucinations , des ressentis paranoïdes , des expériences de décorporation (2) . Ces souvenirs sont **les plus traumatisants** .

B -2 TROUBLES DES FONCTIONS COGNITIVES :

Différents troubles sont observables . Leur fréquence à la sortie est importante : selon les études , leur prévalence se situe entre 30 et 80 % . **Ces troubles ne semblent liés ni à l'âge , ni à la durée d' hospitalisation , ni aux produits sédatifs utilisés ou à leur quantité** .
Le délirium associé à une sédation, à l'hypoxie et au sepsis , semblent plus à risque de conduire à des troubles cognitifs à long terme contrairement aux origines métaboliques (1).

« La difficulté pour évaluer ces troubles cognitifs repose sur la variété des outils d'évaluation proposés (échelles ou scores utilisés) ainsi que sur le choix du comparateur chez des patients dont l'état cognitif pré-hospitalier n'est pas toujours défini » (1).

Leur physiopathologie n'est pas clairement établie. Plusieurs hypothèses sont avancées :

- « Une hypothèse , est qu'il y ait un processus qui empêche la mémorisation d'évènements extérieurs, et qui favoriserait la mémorisation d'évènements intérieurs tels les cauchemars. Les contraintes physiques et l'isolement social dus à l'hospitalisation en réanimation, ainsi que le caractère menaçant de la maladie puisque leur vie est mise en danger, pourraient augmenter les hallucinations hypnagogiques » (3) (4) .

- Des mécanismes inflammatoires ou des phénomènes d'apoptose neuronale sont également avancés (1)(3) (5).

On distingue par ordre de fréquence :

Troubles mnésiques . Les plus fréquents , de l'ordre de 40 à 50 % . Ils ne semblent pas liés à l'âge ni à la durée d'hospitalisation ni à l'effet de la sédation . En revanche **la survenue d'un épisode d' agitation et de confusion (délirium) pendant l'hospitalisation ainsi que sa durée sont des facteur de risque important** . On retrouve des **amnésies antérogrades** , ainsi que des **troubles de la mémoire immédiate et différée** .

Troubles des fonctions exécutives . Nous pouvons observer diversement des **troubles de la construction visio-spatiale** . Ainsi que des **troubles du langage , de la vitesse d'adaptation motrice des membres supérieurs ; que celle-ci soit d'ordre moteur ou d'expression gestuelle** .

Difficultés attentionnelles , ralentissement idéatoire .

C/ D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE :

Différents troubles plus ou moins graves peuvent être observés .

« Des altérations psychologiques préexistantes ou se développant pendant l'hospitalisation constituaient un facteur de risque de troubles psychologiques chez les survivants après les soins intensifs » (1) .

Des souvenirs difficiles en cours d'hospitalisation constituent un autre facteur de risque (1).

Il est essentiel de :

Les repérer

Appréhender leur intensité

Evaluer leur retentissement sur :

le sentiment de qualité de la vie
sur la vie relationnelle familiale et sociale .

Ainsi que leur participation à une éventuelle invalidité .

Il est essentiel de souligner que le retentissement sur la vie relationnelle peut aller jusqu'à un isolement total qui relève d'une forme de confinement psychologique. On comprend l'importance d'une prise en charge adaptée qui permette une réadaptation progressive à la vie interpersonnelle .

Les prendre en charge et suivre leur évolution .

Il faut également avoir à l'esprit que « **les proches des patients hospitalisés en réanimation et éventuellement survivants peuvent aussi être affectés (PICS -F)** . Des symptômes d'anxiété, de dépression ou le stress chez ces aidants ont ainsi été décrits(1)(6)(7). Un accompagnement de ces proches devrait être envisagé » (1) .

C-1 TROUBLES PSYCHOLOGIQUES DIVERS :

Changement de caractère

Irritabilité voire accès colériques

Ralentissement psychique

C-2 ANXIETE ET ETATS DEPRESSIFS :

Mesurés de façon majoritaire par l'échelle HADS , ils sont très fréquents . Selon les études on les retrouve dans 20 à 70% des cas à la sortie des patients (1).

« Cette variabilité importante semble refléter l'hétérogénéité de la population, des méthodes de mesure, du seuil utilisé pour les scores et du délai d'analyse par rapport à la sortie de réanimation » (1) .

C-3 SYNDROME DE STRESS POST TRAUMATIQUE (SSPT) (8)(9)(19)(20):

Ce syndrome peut se rencontrer chez certains patients , au décours d'événements immédiatement porteurs d'effroi au travers de menaces sur l'intégrité physique , de menaces vitales ou de façon générale d'événements à l'origine d'une rupture dans la le sentiment de continuité d'existence . La notion de soudaineté et d'impréparation est constante .

Qu'elle que soit leur nature , ces évènements déclenchent une réaction immédiate de stress aigu intense et développent un traumatisme psychique caractérisé par ses retentissements neuro-sensoriels , mnésiques (mémoire traumatique) et psychiques .

Le sujet , dans le vécu de l'état psychotraumatique aigu , éprouve un sentiment d'anéantissement et d'annihilation de soi et de son désir (voire de dépersonnalisation) . Associés au vécu de passivation , ces états psychiques portent en germe la possibilité de développement d'un sentiment de faillite narcissique et de désintégration identitaire .

Les conséquences évolutives du traumatisme psychique peuvent donc développer l'état pathologique complexe que constitue le Syndrome de stress post traumatique (

SSPT). Celui-ci est caractérisé par un **cortège de symptômes variables** selon les personnes atteintes. S'y trouvent associés des **troubles d'ordre psychologique**, au premier plan ; ainsi que **certains troubles d'ordre somatique**. Il peut être **immédiat ou différé**, évoluant alors de façon **progressive après une période apparemment silencieuse plus ou moins longue** (notion de **latence traumatique**).

Les souvenirs intrusifs et récurrents sont constants et caractéristiques. Ils sont au devant des troubles neuro-sensoriels et psychologiques. Il s'agit de la **résurgence intempestive de souvenirs douloureux**. Ces réminiscences deviennent de plus en plus fréquentes et envahissantes. Elles prennent forme de cauchemars ou de pensées, de perceptions sensorielles, d'émotions et de sentiments qui ont été vécus et associés à l'évènement traumatique. Ces souvenirs induisent des réactions inappropriées de peurs intenses sans menace réelle. Ces souvenirs sont donc facteurs de souffrance psychologique voire de détresse.

Afin de les limiter, les patients s'enferment dans des comportements d'évitement des situations qui pourraient activer leur réapparition. La répression de la pensée, et à fortiori, la verbalisation font également l'objet d'évitement. L'effondrement des défenses psychiques s'allie au sentiment d'incompréhension voire de trahison de l'entourage. Les patients se retrouvent alors dans un état d'isolement, avec coupure des liens avec l'entourage. On comprend alors l'enfermement dans une impasse mortifère.

Parmi les autres troubles psychologiques, on conçoit aisément :

- Etats anxio-dépressifs.
- Insomnies.
- Irritabilité, colères.
- Sentiments d'impuissance, sentiment de culpabilité.

Des troubles somatiques peuvent également se rencontrer :

- Tensions musculo-tendineuses à l'origine de douleurs de l'appareil locomoteur.
- Baisse générale de la réactivité, y compris psychique.
- Hyperactivité neurovégétative : accès de tachycardie, hypertension artérielle, réactions de sursaut, hypervigilance

Au plan neurobiologique , le SSPT apparait être la conséquence de **perturbations des systèmes mnésiques** . Le déficit mnésique qu'instaure la mémoire traumatique prive le sujet des capacités adaptatives que permet la mémoire . Dès lors , les réactions de peur ne sont plus déclenchées dans les seuls contextes prédictifs de menaces réelles .

« **Le SSPT n'est pas seulement un fort souvenir de l'évènement traumatisant et une amnésie de l'environnement (entourant son contexte de survenue) . Certains éléments (contextuels) présents lors de l'évènement traumatisant sont considérés à tort comme prédictifs (d'un retour) de l'évènement** » (8) .

Les bases moléculaires de ces troubles mnésiques semblent relatives à une production excessive de glucocorticoïdes lors de la réaction de stress aigu inhérente à l'épisode traumatique . Celle-ci serait à l'origine de dysfonctionnements des structures cérébrales impliquées dans l'encodage des souvenirs liés à la peur .

Les patterns de l'imagerie IRM fonctionnelle révèlent une réorganisation de certaines activités cérébrales ; notamment au niveau du circuit hippocampo-amygdalien dont on sait l'implication dans les fonctions d'encodage liées à la peur . On observe , en effet une baisse d'activité de l'hippocampe combinée à une suractivité de l'amygdale (9) .

Au plan psychique , il est nécessaire de rappeler le fait que **tout psycho-traumatisme réactive les traces des éventuels traumatismes précédents non élaborés psychologiquement** (10) .

Nous attachons une signification au fait que : « Un journal tenu lors de l'hospitalisation du patient en réanimation pourrait être intéressant. Ce « journal de bord » serait un moyen peu coûteux pour diminuer les SSPT , et les symptômes anxio-dépressifs fréquents après une hospitalisation en réanimation » (3) (15) (16) .

2- ELEMENTS PSYCHOSOMATIQUES

La Psychosomatique Intégrative (PSI) implique de penser pour chaque niveau d'équilibre homéostatique d' un individu , l' inter-relation des différents systèmes soma-

tiques (SNC , SNA , Système Immunitaire et Système génomique) et du système psychique .

L'hospitalisation en réanimation est comme telle une **épreuve majeure à la fois biologique et mentale** . Il est nécessaire de poser que , comme tout patient somatique , ces patients subissent un **débordement de certaines fonctions physiologiques (ici des fonctions vitales) auquel se surajoute celui de l'appareil mental** . Celui-ci se trouve **face à un afflux ingérable par lui de « sollicitations excitatrices »** . Les conséquences du débordement de l'appareil psychique sont **immédiates (sous forme de régression et de « transfert de la charge d'excitations » au soma)** . Ces conséquences sont également secondaires , dans l'après coup (10) .

On comprend que la P.S.I pense et investit **l'individu considéré comme « Unité psychosomatique »** . Elle se doit donc d' intégrer l'évolution des connaissances scientifiques qui **contribuent à la mise en lumière des modalités effectrices du continuum entre corps et esprit** . Son refus des **postures de clivage** , l' appelle à **inclure l'ensemble des savoirs qui concernent la dimension de la vie subjective (psychoaffective) aux éléments d'investigation de la vie mentale** .

Dans son approche clinique , la P.S.I rejette nécessairement les **« échos de ce clivage : soigner le malade comme un être humain singulier et soigner la maladie comme pur dysfonctionnement »** (11) . Il s'agit de donner toute **sa force de contenu** à l'idée qu' **« un malade n'est pas une maladie »** (11) . **Cet impératif qu'un patient n'est pas identifiable à sa maladie est évidemment central pour tout soignant** . Puisqu'il s'agit d'un principe éthique que souligne le Pr Stora par la belle expression de **« soigner le malade et non simplement ses maladies »** (12) . Citons ici **« le soin comme ce que l'homme peut offrir de meilleur »** (14) (17) .

Le mot **« soin »** recouvre **« étymologiquement (l'idée de) présence et contact auprès du lit du malade , ce qui donne sens étymologique au mot « clinique » ...»** (14) . Concernant la période d'hospitalisation en Réanimation , il est très utile de citer en écho l'évolution des prises en charge et de l'implication des soignants paramédicaux (14) .

L'idée nous paraît nécessaire de développer les apports que peut offrir la P.S.I dans le cas d'**extrême vulnérabilité** des « patients-sujets » revenus à une certaine autonomie somatique , cognitive et psychique de la vie après le réanimation . Ces patients sortants ont traversé , en effet des **situations de lutte pour la préservation de la vie** . Cette lutte a concerné les plans physiques et biologiques , mais également mental , donc **psychique , par delà la sédation-analgésie** .

Pour la PSI , « **le soin est un humanisme** » (18). Elle s'inscrit pleinement dans certaines approches actuellement actives : « **Tel est le chemin éternel de l'humanisme : comment l'homme a cherché à se construire , à grandir , entrelacé avec ses comparses ; pour grandir le tout et non seulement lui-même ; (...) pour donner droit de cité à l'éthique , et (par là-même) ni plus ni moins aux hommes . Quand la civilisation n'est pas soin , elle n'est rien** » (18) .

Chez les patients sortants de Réanimation ; les réactions générales à la situation causale et aux spécificités de l'hospitalisation se conjuguent . **Le patient-sujet (autrement dit l'unité psyché- soma qu'il constitue) se trouve en effet durant la période hospitalière dans une situation d'agression majeure et de retentissements qui se caractérise à différents niveaux du vivant :**

Un état de stress aigu intense (13) . On connaît la cascade évènementielle neuro-hormonale qui reconfigure immédiatement le corps physique , son activité cérébrale, neurovégétative , mentale afin de mettre en place des réactions adaptatives générales .

Une régression simultanément somatique où de multiples facteurs se combinent : perte de l'autonomie physiologique générale , alitement , sédation et analgésie , respiration assistée, baisse de l'activité métabolique ; les conséquences de l'immobilisation sur l'appareil locomoteur (amyotrophie , ankyloses ...) .

Modifications des activités mnésiques , et des activités d'intégration perceptives et cognitives pouvant induire des états confusionnels et de désorientation .

La régression est également psychique. Cette dernière est un **mécanisme psychique adaptatif de défense** . Nous renvoyons à l'étude du **Pr Stora** dans cette Revue .

De **possibles phénomènes d'hallucinations voire expériences de décorporation** . Ces troubles **ne signifient pas un basculement psychotique ; on peut les observer , en effet , dans des cas d'isolement extrême (2) .**

- **Des répercussions d'ordre psychologique** aisément concevables :

- * Anxiété majeure voire **détresse** ,
- * Angoisse de mort ,
- * Possibles vécus psychotraumatiques.

Le SPR est l'expression du retentissement et de l'évolution de ces perturbations vécues , de leur mémorisation et de leurs « résonances psychosomatiques ». On se réfèrera au travail de **Stéphane Flamant** et de **Patrick Bantman** dans cette Revue .

Son évolution dépend de multiples facteurs :

- **Les séquelles somatiques** , leurs limitations et le handicap induit . Par la maladie mais également par les effets de l'hospitalisation .
- **Qualité de l'environnement socio-économique , familial , amical** . Il met en lumière l'importance de l'étayage affectif et relationnel .
- **Possibilités d'activités physiques** . Dont on sait les bienfaits psychosomatiques au sens où l'activité physique permet également une décharge des excitations adressées à l'appareil mental .
- **La présence de vécus pare-excitants , soutenant et contenant** .

- **L'ELABORATION MENTALE :**

Freud utilise ce terme pour décrire le travail accompli par l'appareil psychique en vue de maîtriser les excitations qui lui parviennent et dont l'accumulation risque d'être pathogène. Ce travail consiste à intégrer les excitations dans le psychisme et à établir entre elles des connexions associatives. On peut distinguer deux aspects dans ce que Freud appelle en allemand « durcharbeiten » . Premièrement la transformation de la **quantité physique en qualité psychique** . Deuxièmement l'établissement de voie associative qui suppose comme condition préalable cette transformation..

Il s'agit donc d' **un processus de remaniement créatif et évolutif essentiel** des excitations qui parviennent et sollicitent le psychisme . La question économique posée est celle de la transformation en nature de ces excitations . Se présentant initialement comme **quantité d'énergie libre** , le travail de l'appareil psychique cherche leur **transformation de façon à les lier par la création de chaînes associatives nouvelles** . Celles - ci permettent d'établir

de nouvelles **liaisons qualitatives interreliant représentations mentales , affects (émotions et sentiments) et comportements.**

LES MULTIPLES INTERROGATIONS PSYCHOSOMATIQUES :

Il va de soi pour chaque soignant , que l'idée de réparation qui sous-tend la prise « **en charge** » concerne la globalité de chaque patient .

« Soigner , la chose est ingrate , laborieuse , elle prend du temps, ce temps qui est confisqué, ce temps qui n'est plus habité par les humanités . (...) Ici (est posée) au coeur du soin , de la santé , (...) et, plus généralement dans nos relations avec les autres , l'exigence de rendre la vulnérabilité capacitaire et de rendre la capacité de porter l'existence de tous comme un enjeu propre , dans toutes les circonstances de la vie. (...) Une vision humaniste de la vulnérabilité (est) inséparable de la puissance régénératrice des individus . (Il en va de) l'attention créatrice de chacun à chacun » (18) .

Les questions posées par la clinique psychosomatique sont multiples :

- Qu'est-ce que la vie après la réanimation ?
- Comment y prendre **une place « vivable »** avec ce « **corps nouveau** » **en intégrant les limitations physiques nouvelles ?**
- **Quel sens donner à la vie actuelle ? Comment réinvestir la vie et la dimension du plaisir ? Comment donner écho aux pulsions de vie ?**
- Comment contribuer à ce que se **retrouve le fil de la temporalité** avec les temps du passé du présent , et du futur ?
- Comment **aider à un redéploiement de la vie de l'esprit ?**
- Comment **articuler le passé et le présent ? Quel sens donner aux évènements vécus** durant l'hospitalisation ? Ce qui revient à **inscrire ces évènements** jusqu'au point de pouvoir les **intégrer** et les **indexer au passé** . Cela est d'autant plus nécessaire que l'on observe souvent , un **certain déni** de ce qui s'est vécu , de la part des patients .
- Comment **remettre en perspective le présent avec le patient considéré dans sa globalité ; physique , psychique et narrative ?** Depuis la période d'hospitalisation, **mais aussi celle des suites , à partir de la sortie** . Ces patients , en effet , se ressentent **subjectivement comme délogés de leurs repères identitaires antérieurs** par la traversée de la maladie , mais également par leur expérience médicale vécue . Il s'agit donc pour ces patients de **réinvestir leur mémoire et de construire de « nouveaux repères identitaires »**

; qui soient en phase avec la nouvelle situation somatique (séquelles de la pathologie initiale) et neuro-psychique .

- Les questions identitaires se posent pour le sujet dans le rapport de soi à soi , ainsi que le rapport dre soi à son corps propre . Il s'agit d' établir de nouveaux liens d'intégration entre corps physique et corps mental .

- Les questions identitaires se posent également dans l'interaction avec autrui et la capacité d 'inscription subjective dans la dimension relationnelle et sociale . Cet aspect pose de fait la question de la qualité de présence de l'environnement soignant .

En conclusion , nous souhaitons pouvoir contribué à soutenir l'idée que le SPR appelle à développer l'approche psychosomatique du soin pour contribuer à aider le retour à la vie d'après la Réanimation . **Cela doit également comporter une vigilance à l'égard des proches.**

CAS CLINIQUE DE Mr R.

En illustration, nous présentons ici le cas de **Mr R.** . Il s'agit d'un patient âgé de 79 ans. Il est Instituteur retraité , marié , père de 4 enfants . Il s'agit d'un patient en très bon état général . On retrouve dans ses antécédents une embolie pulmonaire à 69 ans , rattachée à une phlébite secondaire à des troubles veineux . Son habitus inclue un tabagisme modéré sans BPCO ; et une activité physique quotidienne à travers la marche .

Début Mars 2020 , dans le contexte d'**épidémie COVID-19** , Mr R. se plaint brutalement d'une fièvre avec toux . La consultation de son Médecin traitant débouche sur une hospitalisation urgente . Dans les heures qui suivent , Mr R. est hospitalisé en Service de Réanimation pour ventilation assistée sous sédation non vigile ; malgré son âge , compte tenu de son excellent état général . Du fait des mesures générales de protection , **il ne sera pas visité par ses proches** . Son séjour en Réanimation durera 43 jours , après une première tentative de sevrage à J 33, soldée par un échec . La sortie de Réanimation est marquée par :

la nécessité d'une **oxygénothérapie nasale continue**,
une **importante amyotrophie , avec incapacité à la station debout et à la marche**,
un **état de confusion avec désorientation temporo-spatiale** .

Il est transféré en Centre de Réadaptation fonctionnelle . Il y séjournera 2 semaines . A l'arrivée , Mr R. est **totalemtent confus , non questionnant ; désinséré de la réalité physique et environnementale** . Il n'a **aucune perception appropriée de son présent et ac-**

cuse de profonds troubles mnésiques : il ne sait pas ce qu'est un téléphone , il ne reconnaît ni son épouse ni un de ses fils qu'il prend respectivement pour sa mère et son père (ce qui laisse entrevoir **la profondeur de la régression mentale où il se situe**) .

Simultanément aux soins de rééducation fonctionnelle (quasi exclusifs) et malgré la limitation des visites à un jour sur trois ; son épouse , conseillée par un Psychosomaticien , va **contribuer de façon essentielle à sa réparation mentale et psychique** . Lors de multiples appels téléphoniques pluri quotidiens et ses visites , elle va progressivement le « **ré-insérer en lui-même** » . **Par sa présence , par le récit de son histoire pré et per hospitalière ; par la narration de son passé ; elle va induire une réactivation de ses encodages mnésiques ; de son Soi autobiographique et la ré-émergence de sa subjectivité** . Après 2 semaines , Mr R. se situe parfaitement dans son identité et dans son environnement actuel . Il est sevré de l'oxygénothérapie . Il se déplace avec un déambulateur . Il réclame par une très courte grève de la faim (**affirmation de Soi**) une sortie avec poursuite de ses soins en ambulatoire . Mr R . est sorti et poursuit sa convalescence chez lui , entouré de sa famille ; il **réinvestit sa vie** « d'après la Réanimation ».

BIBLIOGRAPHIE

Caillard A, Gayat E, (2019) La vie après la réanimation. SFAR - Le congrès . Conférences d'actualisation.

Giersch A. (Mars 2020) Etude Inserm (Unité 1114) pour évaluer les effets psychologiques positifs et négatifs du confinement.

Lagrange A, (2010) Consultation post réanimation : évaluation sur 16 mois dans un service réanimation polyvalente. Mémoire pour l'obtention du DES d'Anesthésie-Réanimation chirurgicale. Académie de Paris.

Jones C, (1998) Psychological morbidity following critical illness- the rationale for care after intensive care. Clin Int Care 9: 199-205.

Maciel M, Benedet SR, Lunardelli EB, Delzियो H, Domingues RL, Vuolo F, Tomasi CD, Walz R, Ritter C, Dal-Pizzol F. Predicting Long-term Cognitive Dysfunction in Survivors of Critical Illness with Plasma Inflammatory Markers: a Retrospective Cohort Study. Mol Neurobiol. 2019;56(1):763-7.

35. Kentish-Barnes N, Lemiale V, Chaize M, Pochard F, Azoulay E. Assessing burden in families of critical care patients. Crit Care Med. 2009;37(10 Suppl):S448-56.

36. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med.* 2012;40(2):618-24.
- INSERM - Salle de Presse (2012) Une inversion de l'activité du cerveau provoquée par les hormones du stress détermine l'état de stress post traumatique.
- INSERM -Salle de Presse (2020) Nouvelles pistes pour comprendre la résilience au trauma.
- Stora JB, (1999) Quand le corps prend la relève . Editions Odile Jacob, Paris.
- Sibony D,(2007) L'enjeu d'exister. Editions du Seuil,Paris.
- Stora JB, (2019) 15 cas de Thérapies Psychosomatiques . Soigner les malades , non simplement leurs maladies. Hermann Editeur,Paris.
- Stora JB, (2019) Le stress. « Que sais-je ? » . Puf, Paris.
- Site web infirmiers.com ,(Mise à jour 2015) De la levée de sédation aux besoins fondamentaux.
- Jones C, (2009) ICU diaries reduce posttraumatic stress disorder after critical illness:a randomized controlled trial. *Int Care Med* 35: S115
- Knowles R, (2009) Evaluation of the effect of prospective patient diaries on emotional well-being in intensive care unit survivors: A randomized controlled trial. *Crit care medecine* 37: 184-19
- Pacific C, (2008) La complétude du deux au service du soin. Thèse de Doctorat en Philosophie,Paris.
- Fleury C. (2019) Le soin est un humanisme.Collections Tracts(N°6), Gallimard, Paris.
19. Tovmassian L.T. et Bentata H. (2012) Le Traumatisme dans tous ses états . Clinique du traumatisme. Editions in Press,Paris.
- 20.Lebigot F. (2011) Le traumatisme psychique. Editions Fabert,Paris.

QUELLES CONSEQUENCES DU COVID 19 SUR NOTRE VIE PSYCHIQUE ?

METAMORPHOSE ET TRANSFORMATIONS LIEES AU CORONA VIRUS

Patrick Bantman

Psychiatre honoraire des Hôpitaux

« Quand nous acceptons nos métamorphoses intérieures, nous cessons d'être aveugles devant l'immensité qui s'ouvre devant nous » (Jean Monnet).

« Le confinement auquel ce virus nous contraint nous donne une magnifique occasion de connaître la vertu (la force) ouverte au sage" (Anonyme).

« Un événement ne nous libère que si nous saisissons cet événement comme une occasion de penser » Hannah Arendt

Depuis la mise en place du confinement le 17 mars, qui a concerné plus de 3 milliards d'habitants sur la planète, nous avons assisté à la métamorphose de beaucoup d'aspects de notre vie et de notre éco-système.

Les villes se sont vidées de leurs piétons et de leurs véhicules, les lieux de rassemblement ont été fermés, le silence a régné presque partout. La nature est même réapparue dans la ville, la pollution s'est allégée un temps ...

Les familles ont été séparées et ne se sont plus rencontrées pendant 2 mois, sauf celles confinées dans des espaces étroits et d'autres plus avantagées dans des grands appartements, où à la campagne...Beaucoup ont été confronté à des deuils, dont les circonstances ont maintenu les familles à distance.

Nos modes d'échanges et de communications ont été profondément changé. Nous avons communiqué par téléphone et écran interposé pendant cette période. Les personnes âgées confinées ont particulièrement souffert de cette absence de contact avec les proches...

Mais surtout, la crise sanitaire a occupé pendant plus de deux mois le devant de la scène médiatique, reléguant toutes les autres informations. Elle a été au centre de toutes les préoccupations avec ses conséquences médicales, sociales et économiques. Les guerres dans le monde n'ont pas été absentes, mais on n'en parlait presque pas. Les rendez-vous des

informations régulières égrenaient les statistiques des patients hospitalisés, en réanimation et de ceux décédés.

L'activité humaine s'est presque complètement figée et des millions de personnes ont été au chômage.

La crise du Covid 19 est venu nous interpeller dans notre intimité en insérant la peur de la contamination pour nous ou notre famille.

Ainsi nous avons tous été confrontés à notre capacité de sur(vivre) et à l'incertitude sur le futur de notre vie. C'est dire à quel point cette crise, qui n'est pas finie, nous a impacté.

Michel Wievorka lors d'un entretien évoquait les travaux d'Ulrich Beck qui avait forgé l'idée de "métamorphose du monde" il parle d'*une rupture anthropologique majeure, qui nous oblige à tout repenser* ».

Qu'en est-il des effets de cette métamorphose d'un point vue psychopathologique voire psychiatrique concernant l'individu et son groupe familial ? Comment a-t-on réagi ?

Cette expérience du confinement a mis à l'épreuve notre psychisme probablement pour une longue durée.

Notre expérience vient de la clinique de nos patients, des cellules de crise qui ont rapidement été mises en place et auxquelles j'ai participé jusqu'à ce jour, des écoutes téléphoniques et de réflexions publiées sur les réseaux.

Avec cette crise, il nous a fallu transformer notre pratique. Nous sommes habitués au face à face et à l'entretien direct. Dans cette crise sanitaire nous avons découvert d'autres modalités de relations avec les patients, en particulier le téléphone, ce qui n'est pas sans poser aussi des questions.

Le confinement est une expérience exceptionnelle qui a des conséquences actuellement toujours difficiles à évaluer dans leur globalité. Dans cette expérience du confinement on s'trouve face à soi-même et à de nombreuses incertitudes répétées tous les jours, sur la maladie, le risque de contamination, la prévention et sur comment on va s'en sortir... Plusieurs publications évoquaient dès le début du confinement les risques encourus. Un article paru dans le Lancet au début du confinement montrait que cette expérience peut, par exemple, avoir un impact psychologique délétère, avec des troubles de l'humeur, des confusions, voire un syndrome de stress post-traumatique.

En ce qui nous concernent les témoignages que nous avons pu recueillir auprès de certains de nos patients montrent des réactions sont diverses. Pour certains, il y a un effet de protection et

de parenthèse qui est lié au fait qu'on n'a plus à se rendre au travail par exemple, ou bien qu'on reste chez soi, dans un cadre rassurant même parfois dans des conditions difficiles. Il faut penser au quotidien, et les autres difficultés sont remises à plus tard. La crise sanitaire a fait prendre conscience aussi de l'importance du « prendre soin », l'éthique du « care » développé par tous nos soignants, et toutes ces personnes qui prêtent attention aux autres, dont les métiers invisibles sont si mal reconnus et récompensés...

Le temps du confinement a été assez « vertueux » (c'est le terme d'un patient) pour certains car on se retrouve avec les siens, ou face à soi-même...Parfois on a pu se plaindre du manque d'intimité, et pour un autre patient qui avait décidé de se séparer, il a pu mettre pas mal d'interrogations de côté pour le moment, tout en redoutant le moment où elles reviendront... Beaucoup ont mis ainsi les questionnements de côté, car la réalité du risque de Covid était déjà assez inquiétante en soi...D'autres ont découvert l'intimité et le plaisir de leur couple voire des enfants, alors qu'ils nous décrivaient le mal de vivre ensemble. Ils n'ont pas été pressés que le confinement s'arrête. C'est la peur de la sortie de crise qui s'est imposé à beaucoup, le retour au travail, à la vie d'avant...

Pour les patients rencontrés qu'au téléphone par le biais du Samu ou d'autres plateformes auxquels nous avons participé, et que je ne connaissais pas avant, les manifestations psychopathologiques ont été très diverses : conviction absolue d'être malade du Covid transformée en délires hypocondriaques, des malades du Covid angoissés pour leur entourage déjà eux même atteints avec des répercussions médicales, patients angoissés par la peur d'être atteint confinés totalement, et ritualisant sur un mode obsessionnelle toute les conduites de protection et de décontamination,...Patients convaincus de l'origine complotiste du Covid...Il y a eu aussi beaucoup de problématiques de deuil non faites et des manifestations liées à l'absence de nouvelles des proches. Patients qui n'ont pu assister aux obsèques de leurs proches...

La symptomatologie s'est souvent imprégnée de l'actualité totalement consacrée à la menace mortelle. On a déliré sur les chinois, le pouvoir, les masques, le Pr. Raoult avec les pour et les contre. Les symptômes psychiques souvent d'apparition aigus évoquent le traumatisme psychique avec l'intrusion du Covid dans la réalité psychique du patient. C'est une première catégorie de patients. Ce sera sans doute un sujet majeur qui va s'imposer dans les mois qui viennent.

La seconde catégorie concerne des personnes avec des angoisses importantes liées à l'état de leur corps. Cela continue d'ailleurs...

Ces personnes ont peur du moindre symptôme physique, peur d'attraper la maladie, peur de la transmettre et peur de mourir. Beaucoup ont eu, durant cette période des symptômes physiques anodins, de la toux, un peu de douleurs, des maux de gorge qui en temps ordinaire n'auraient pas été alarmants, mais qui à cause de l'inquiétude ambiante ont été vécus comme extrêmement alarmants.

Les demandes de ce type se sont multipliées et encore maintenant. Les tests effectués montraient aucune espèce de gravité, mais ne rassuraient pas pour autant. J'ai entendu ainsi beaucoup de personnes très anxieuses malgré la normalité des examens et les propos rassurants des collègues somaticiens ...

C'est très souvent frustrant pour le patient qui ressent parfois une forme de rejet du corps médical. Il est important pour le psychiatre de prendre en compte ces symptômes que l'on qualifie de fonctionnels. Il s'agit souvent de personnes qui n'avaient jamais eu recours à la psychiatrie auparavant, qui ont vu leurs repères s'effondrer brutalement. C'est un sujet qui devrait vous intéresser sur la différence entre la perception subjective du corps et la réalité objective du corps

La prolongation du confinement a entraîné une recrudescence de manifestations psychiatriques, après une baisse notable des urgences psychiatriques. Les patients surtout psychotiques, ou encore ceux présentant un stress aigu vont davantage depuis mai aux urgences psychiatriques, alors que jusqu'à là la peur de la contamination avait eu un impact sur la fréquence des urgences ... *« L'isolement, le manque d'interactions commencent vraiment à se faire sentir actuellement »* (propos d'un psychiatre de l'hôpital Saint Antoine). Des personnes confinées avec des patients psychotiques à domicile ressentent cette situation à la limite de l'intolérable.

Ce déconfinement fait l'objet de beaucoup d'angoisses, par la crainte de la 2^e vague, des problèmes économiques qui vont suivre ..., et des incertitudes sur les conditions concrètes de l'organisation de la sortie du domicile ... Les causes à côté de la peur du Covid sont la perte de repères la peur de l'avenir, de perdre son travail, de ne pas pouvoir payer son loyer suite à la prolongation du confinement dans certains cas.

Certains ressentent de l'angoisse d'être seuls, ou toujours la peur d'être contaminés.

D'autres exprimeront toute leur colère devant la gestion politique de cette crise sanitaire, l'absence de masque, de tests fiables. Et derrière cette colère se cache une angoisse liée à trop d'incertitude ...

Progressivement au fil des jours et de l'évolution du Covid 19, la crainte de l'avenir l'emporte contre la peur du virus. Au début l'anxiété de la contamination s'ajustait au calme des jours progressivement découvert, des ressources s'exprimaient et on retrouvait une intimité perdue un plaisir d'être en famille, de s'occuper des enfants.

L'absence d'évaluation du danger auquel on était exposé, nous a mis en difficulté pour trouver la mesure de protection la meilleure, d'autant que les pouvoirs publics ont eu un retard pour affirmer le danger représenté ...Puis ils ont trop insisté dessus ...

Les institutions psychiatriques et médico-sociales ont nécessité le confinement de leurs patients, avec des mesures de précaution décuplées, vu la fragilité des personnes prises en charge. Certains personnels ont été jusqu'à se confiner avec les patients comme dans certains Ehpad, ou des lieux de vie pour autistes. Les visites et les sorties indispensables ont manqué. Des structures pour personnes handicapées ou âgées ont beaucoup souffert de l'impact du Covid 19, des conséquences mortelles et des contraintes d'isolement. Elles ont su mettre en place les dispositions nécessaires pour éviter la contamination des plus fragiles. Il y a eu des patients touchés par le virus et parfois des deuils surtout dans les EHPAD. Des personnels souvent en difficulté ont dû se dévouer parfois jusqu'à l'épuisement. Eux-mêmes ont été nombreux à être contaminés dans ce cadre professionnel. Que dire de ceux qui, au fil des jours sont en première ligne, particulièrement exposés : tous les commerçants ouverts, les caissiers, les manutentionnaires, les gardiens d'immeubles, les éboueurs portés aux nues, mais qui ne le seront plus la suite (moins pris en compte que les soignants ... ?

Reprendre la vie ordinaire n'est pas facile pour tout le monde, et il faut s'attendre à ce que la demande soit forte d'écoutes et d'aides de toutes sortes ...Je pense que nous en sommes qu'au début des répercussions psychiques...

Non les choses de la vie d'avant ne reprendront pas, en tout cas pas toute de suite

EFFETS BENEFIQUES INATTENDUS DU CONFINEMENT : ILLUSTRATION PAR TROIS CAS CLINIQUE.

André ABOULKHEIR

Les effets positifs attendus du confinement étaient comme vous le savez une diminution de la circulation du virus et un allègement de la pression sur l'hôpital et surtout sur les services de réanimation.

Des effets collatéraux positifs prévisibles ont eu lieu comme l'effet sur la pollution, un soulagement écologique temporaire, des élans de solidarité envers les personnes les plus fragiles...

Mais des effets positifs inattendus se sont révélés et identifiés en clinique lors de consultation au niveau individuel.

En thérapie psychosomatique, comme nous l'a enseigné le Pr Jean Benjamin Stora nous nous devons d'être toujours le plus rassurant possible avec nos patients, leur apporter des éléments de réconfort, les soutenir.

Cependant J'ai été étonné pendant cette période de confinement où j'ai continué mon activité en mode de télé-médecine, de trouver des patients améliorés alors que je m'attendais à les retrouver dans un état aggravé et cela sans mon concours direct de pare excitation.

Trois cas de patients me reviennent à l'esprit qui illustrent cet effet inattendu du confinement.

Je serai bref et ne raconterai pas en détail l'histoire clinique de ces patients hormis quelques éléments.

Le premier cas, Monsieur C, est un patient que je suis depuis plusieurs mois régulièrement pour des douleurs musculo-squelettiques avec des contractures très invalidantes associées à des troubles du sommeil, une fatigabilité intense, un bruxisme, dans le cadre d'un burnout chez une personne où le travail était toute sa vie, et donc condamné à ne rien faire, seul chez lui.

Ce patient d'origine italienne de 53 ans, véritable sosie de Coluche, cachait derrière beaucoup d'humour et de mots d'esprit une grande tristesse et une profonde solitude. Malgré mes explications, l'importance de la participation de l'appareil psychique à ses

troubles, la notion d'inconscient, rien de tout cela ne lui semblait évident. Ses rêves étaient d'une grande pauvreté, se situant toujours sur son lieu de travail ou en rapport avec celui-ci. Il se sentait comme un paria dans la société.

Pendant le confinement il m'est apparu plus souriant, moins contracté, ses rêves étaient plus riches et il me dit qu'il allait mieux car il avait le sentiment et ce sont ses mots, que « la société toute entière est en quelque sorte en burnout », comme lui ; il se sentait moins exclu qu'il ne le fût.

Ce n'est pas pareil de se sentir seul en crise dans une société qui va bien et qu'en crise dans une société qui va mal, on a l'impression que cela relativise son état.

Une certaine quantité d'énergie lui est revenu, il s'est remis à lire, à voir des émissions intéressantes à la télévision dont une sur l'inconscient, qu'il m'a vivement conseillé de regarder !

Il a renoué des contacts avec son frère qu'il n'avait pas vu depuis longtemps, sur un mode d'égalité, lui-même étant en passe de perdre son travail, et avec ses parents âgés qu'il a pu aider, retrouvant une position familiale dont il n'avait jamais eu conscience surtout avec sa mère, et par la même se rapprocher d'elle, lui poser des questions et avoir des précisions sur la période de sa petite enfance, chose qu'il n'avait jamais osé faire avant.

Le confinement l'a libéré d'une **honte** qui l'enserrait tel un étau.

Ses contractures musculaires, son bruxisme, sa fatigue se sont fait un peu oubliés, persistent des troubles du sommeil importants mais la cure a pris une direction nouvelle et plus fertile.

Le deuxième cas est celui d'une femme de 37 ans, Madame M, mère de trois enfants, en cours de séparation avec son mari violent, vivant seule avec ses enfants et qui m'a contacté pendant le confinement pour des consultations en télé-médecine. Son centre antidouleur était fermé et elle n'avait pas la possibilité de joindre ses médecins habituels.

Elle se présentait avec un tableau d'endométriose profonde multi-opérée, mais encore très algique au niveau pelvien, et une pathologie musculaire étiquetée fibromyalgie sévère, à tel point qu'elle avait du mal à marcher. Elle se trouvait dans une impasse thérapeutique au regard des traitements classiques qui lui avaient été proposés. Dans son cas se posait clairement un problème d'identité féminine, un retour des pulsions agressives sur elle-même avec un noyau masochique très faible.

Dans le cadre de l'investigation psychosomatique nous questionnons le(a) patient(e) sur son enfance, sa petite enfance, nous faisons des allers-retours en permanence pour relier les

pathologies et les symptômes somatiques avec les événements de vie, les rapports avec la mère, le père, l'environnement familial, professionnel.

Mais de façon inattendue chez cette patiente, cette demande l'a incité à revoir ses relations avec ses propres enfants et comme elle était confinée avec eux, elle s'est intéressée beaucoup plus longuement qu'à l'habitude à leur vie, à leur ressenti des choses, aux rapports avec elle.

Comme elle me l'a bien précisé cela n'avait jamais pu vraiment avoir lieu avant, car le soir elle rentrait du travail, fatiguée, vérifiait les devoirs, faisait à manger, sans avoir vraiment du temps à leur consacrer, et pendant les périodes de vacances c'était à peu près pareil, chacun vacant à ses activités.

Pendant le confinement elle a pu nouer une relation nouvelle avec ses enfants, elle s'est sentie plus mère, plus une bonne mère, et en miroir elle s'est sentie mieux surtout au niveau de ses douleurs abdomino-pelviennes. De plus elle se trouvait libérée de l'emprise de son mari, mais elle avait honte d'avoir été attirée par cet homme violent qui reproduisait bien sûr ce que fut son père et d'avoir recherché leurs amours en acceptant leurs sévices.

Le troisième cas, Monsieur A, est celui d'un patient que je suivais déjà avant le confinement. Un « très » jeune homme de 36 ans, musicien professionnel de haut niveau, concertiste reconnu, vivant seul, souffrant de douleurs chroniques digestives à type de brûlures de tout le tractus digestif, multi exploré, une maladie inflammatoire chronique de l'intestin ayant été éliminée, plutôt étiquetée syndrome de l'intestin irritable, avec perte de l'élan vital, perte de l'appétit, perte des sensations de plaisir, l'impression de ne plus ressentir d'émotions, même musicales.

Ce patient en hypersensibilité au niveau de tous les sens, ayant l'oreille absolue était dans le sensori-moteur pur, mentalisant peu, incapable de relier ses émotions à des sentiments.

L'investigation a pu remonter au moment les plus archaïques de sa vie, en retrouvant le caractère fusionnel avec sa mère, mère contrôlant tout, et qu'il n'a vraisemblablement pas introjecté.

Avant le confinement il la voyait très souvent, après s'être séparé de la personne avec qui il avait vécu pendant sept ans, sans en fait l'avoir jamais vraiment aimée. Le confinement a de facto éloigné physiquement sa mère de lui, ses ressources ayant pu lui permettre de supporter cela et il a eu le sentiment de se réapproprier son corps, bien que le sentant très fragile.

Cette période a aussi calmé ses angoisses liées aux concerts qu'il devait donner alors qu'il se sentait mal, puisque ceux-ci ont été annulés.

Cela, lui a permis de se reposer d'excitations extérieures permanentes qui le débordaient. Son rythme de vie s'est stabilisé, se couchant à des heures plus régulières et n'étant plus dérangé par les cris des enfants de l'école en bas de chez lui, il a pu mieux dormir. Et il a pu mieux rêver, livrant un matériel très utile pour nos prochaines séances. Il a convenu que ces bruits d'enfants le gênaient tant car cela lui signifiait qu'il était resté lui-même un petit enfant, qui n'avait pas grandi.

Ses brûlures digestives ont temporairement diminué mais avec le déconfinement et le retour de ses angoisses de vie, elles sont réapparues tout en étant un peu plus supportables.

Pour conclure, il m'est apparu possible de dire que pour certains patients le confinement a eu des effets bénéfiques.

On pourrait citer l'intérêt d'un temps hors du temps, où l'on peut s'interroger sur soi-même, l'intérêt d'un repos sabbatique, comme pour un champ mis en jachère que l'on ne va pas travailler et d'où l'on verra surgir spontanément de belles fleurs bien colorées, une forme de jeûne diététique, une pause émotionnelle, une réflexion sur les fondamentaux de la vie au moment où la mort rôde.

Bien sûr il existe un biais à ces constatations cliniques, qui est le soutien apporté à ces patients par la relation thérapeutique pendant cette période d'isolement.

Néanmoins ces trois cas illustrent la place que prend l'environnement dans l'équilibre psychosomatique, qu'il soit d'ordre familial, social ou professionnel, pris isolément ou associés.

La méthode d'évaluation de la santé psychosomatique¹ élaborée par le Pr Jean Benjamin Stora, d'utilisation habituelle en pratique clinique, pose l'importance des facteurs environnementaux au même titre que l'analyse des processus et mécanismes psychiques, de la prévalence des comportements et de la capacité d'expression des affects.

La modification de l'environnement entraînée par le confinement a pu permettre un allègement de la pression sociale, une réduction temporaire des effets globaux de la

¹ In: Revue de la Société de Psychosomatique Intégrative, Numéro spécial -2018, p 76

Pr J B Stora « / Méthode d'évaluation et de diagnostic de la santé psychosomatique. Évaluation globale du risque psychosomatique ».

souffrance au travail, un renouveau des rapports familiaux, autant d'éléments permettant une reprise psychique, un nouvel équilibre psychosomatique.

CONFINEMENT /DECONFINEMENT, QUEL IMPACT POUR LE MANAGEMENT ?

Jouan Elisabeth

Je vous présente le début d'une étude d'impact pour les managers pour qui cette crise sanitaire représente un nouveau défi en entreprise ,..... ou pas.

L'absence de vision, ce n'est pas vraiment nouveau pour un manager.

Toutefois, ces deux mois de confinement et la perspective de déconfinement sont l'opportunité d'affronter un nouveau défi.

Courroie de transmission et de traduction des objectifs stratégiques en objectifs opérationnels auprès de ses équipes, quel que soit son niveau d'encadrement, le manager est confronté, au quotidien, à un lot de situations nécessitant la mise en œuvre de compétences dans la gestion des relations humaines.

Incertitudes, instabilité font partie du quotidien, voire de la motivation pour certains.

. Manager une équipe est une aventure continue dans la **connaissance de soi** et de l'autre

. Manager des activités nécessite **du sens et de l'adhésion**.

. Le management situationnel dont la **gestion de crise** peut s'avérer une expérience enrichissante et un nouveau défi pour faire face à de **profonds changements et d'immenses potentiels**.

DE LA CONSCIENCE DE SOI A L'INTELLIGENCE INTER PERSONNELLE.

Quelles compétences vont-elle permettre au manager de s'adapter, faire face à la situation et diriger l'équipe.

Contrainte ou opportunité ?

Face à un environnement de plus en plus complexe, aux évolutions de plus en plus rapides, aux pressions de la concurrence et des marchés Comment mettre en œuvre les changements stratégiques et opérationnels, s'adapter aux évolutions technologiques, et non des moindres celles des **relations humaines**.

Le manager doit développer sa capacité à diriger, être stratège favoriser la mise en action, réagir face à une situation de crise et trouver les ressources pour s'adapter. Les enjeux de

cette crise sanitaire mondiale vont nécessiter -pour certains -de développer des compétences dans la connaissance de soi et des autres.

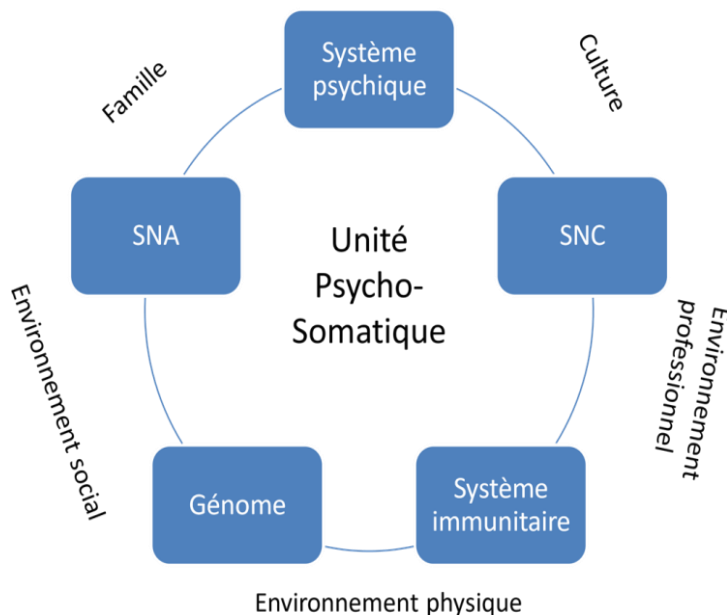
Nous allons essayer de comprendre quelles sont les conditions essentielles pour faire évoluer les organisations afin de développer plus de cohésion entre l'individu et l'organisation.

Savoir être, savoir faire et savoir devenir.

DE LA CONNAISSANCE DE SOI DANS L'EQUILIBRE ENERGETIQUE DES ETRES HUMAINS

L'homme est une unité psychosomatique. "L'unité psychosomatique est un système de systèmes (Ludwig von Bertalanffy) comprenant : le système psychique, le système nerveux central, le système nerveux autonome, le système immunitaire et le génome" (Jean-Benjamin Stora à propos des processus de somatisations, 2006-2008). Il s'agit d'interrelations dynamiques entre ces 5 systèmes dont il faut étudier les différents états, les différents équilibres et déséquilibres. L'être humain est un système ouvert dissipatif d'énergie (I. Prigogine)

L'unité psychosomatique des êtres humains.



Quelles sont les ressources qui vont nous permettre de maintenir l'homéostasie de l'unité psychosomatique ?

La psychosomatique intégrative (J.B.Stora) est une approche globale de l'être humain et de ses maladies se référant sur les plans théoriques et cliniques aux interrelations entre système psychique, SNC, SNA, Système immunitaire et Génome, en replaçant ces 5 systèmes dans un environnement culturel et social (famille et environnement socio-professionnel, et dans un sens plus élargi politique, économique, technologique et physique). La psychosomatique Intégrative étudie les processus inter-reliant tous les systèmes afin de mieux comprendre les êtres humains malades ainsi que les processus de somatisations.

PRISE DE CONSCIENCE AUX EFFETS PURIFICATEURS OU REVELATEURS ?

Comment faire face à des situations de stress intense et développer suffisamment de force et de courage pour continuer à mobiliser ses équipes dont chacun des membres – et soi-même – auront vécu le confinement selon sa construction mentale.

Comment imaginer la reprise, sans investir une partie de son énergie à lutter contre les effets anxiogènes qui se multiplient face à l'incertitude de la situation économique et social, la peur de la contagion, la charge de travail, la reprise des transports en commun, à cela s'ajoute une fatigue intense, voire un épuisement pour certains, et le fait que nous n'avons pas la moindre idée dont la situation va évoluer.

Un « top manager » d'une grande entreprise, fortement digitalisée et ayant vécu il y a 10 ans une crise emblématique de la souffrance au travail me confiait que les enseignements de la précédente crise avaient permis de déployer des moyens importants pour accompagner les équipes face au covid 19, toutefois la reprise suite au **déconfinement reste complexe**.

Une jeune femme dirigeante d'une entreprise de conseil dans le domaine de la finance me confiait :

D'abord il y a eu un arrêt, silence, un état de sidération

« Il y a d'abord eu un **grand silence d'une quinzaine de jours**, puis à l'issue de cette période, j'ai eu l'impression de tenir **le standard de « sos amitiés »**.

Cette dirigeante dont l'entreprise est située dans un pays frontalier a pu s'appuyer sur des directives gouvernementales qui ont permis de diriger les salariés vers les structures d'accueil téléphoniques mises en place.

Au stress, s'ajoute une fatigue importante, **voire un épuisement**

Une **charge de travail** plus importante pour les **parents ayant des enfants à charge** et l'école à la maison. L'aide ou pas d'un conjoint.

Il m'a été rapporté le cas, d'une famille de trois enfants suivant l'école à la maison, la mère en télétravail et le conjoint en activité professionnelle en 3X8 ; ce qui signifie des contraintes supplémentaires les jours où le conjoint travaille de nuit et doit se reposer le jour.

Le télétravail est une option- au départ – 1 ou 2 jours par semaine selon les professions et les possibilités de l'employeur, apportant plus de flexibilité dans l'organisation tant pour l'employeur que le salarié, un gain en autonomie et responsabilités pour le salarié une réduction de l'absentéisme et une diminution du stress lié aux déplacements et transports en commun, il facilite un équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

Durant le confinement, le télétravail d'option est devenu **contrainte**, les frontières entre vie privée et vie professionnelle n'existent plus, comme le mouvement qui est resté très limité ainsi que les relations sociales.

A cela se sont ajoutées, les contraintes d'approvisionnement et de préparation des repas, les sorties limitées et contrôlées, insuffisantes pour libérer le quantum d'excitations quotidiennes.

Sans oublier une absence de visibilité sur l'avenir et ses **conséquences économiques, sociales**, une crainte même **d'utilisation de la crise sanitaire sur l'emploi**.

AU FOND DU MOI, IL Y A LE SOI (JBS)

Certains face à cette panique à l'échelle planétaire **ont succombé au phénomène émotionnel de la peur**, panique qui s'est répandu plus vite que le virus et d'autres, face à cette rupture fondamentale ont testé la **détox médiatique**, ont pris la mesure de la question de la durabilité, de leur vulnérabilité et cette prise de conscience, ce sentiment de finitude et de responsabilité individuelle et collective ; Ils ont fait **une pause pour prendre soin du soi**.

Nous ne sommes pas égaux face aux tensions de la vie quotidienne et aux traumatismes. La perception du stress dépend de nombreux facteurs internes et externes. Nous nous

construisons à partir des différentes étapes de vie qui déterminent nos forces et nos faiblesses résultant de nos expériences, notre environnement, notre culture, les carences de notre enfance qui constituent les **fragilités et carences du moi**.

La perception d'une émotion relative à un phénomène particulier dépend de la subjectivité de la perception du phénomène en question.

Ce qui détermine notre capacité à s'adapter ou pas.

Le rôle du/de la psychosomaticien (ne) est d'évaluer le **risque psychosomatique** – à partir de d'un ou deux rendez-vous, d'un questionnaire et d'une grille d'évaluation.

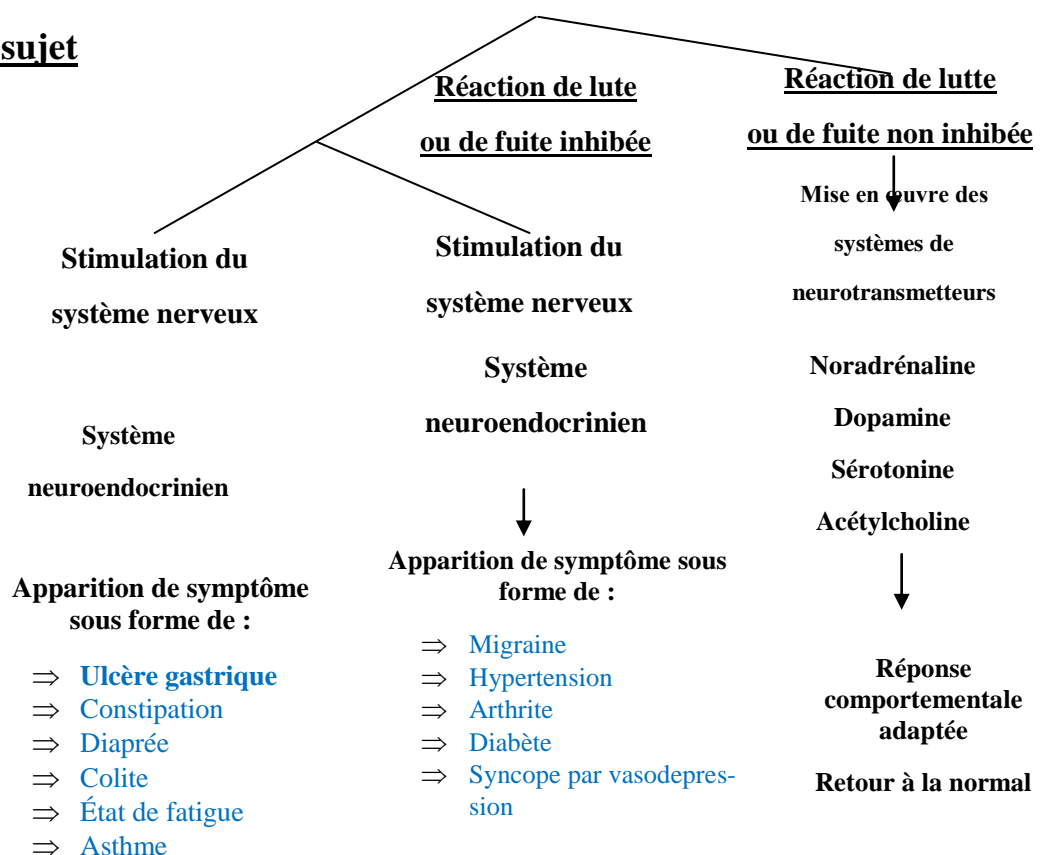
Les interventions précédentes de mes collègues montrent l'absence de prise en charge de ce risque psychique dont les effets peuvent conduire à des symptômes et maladies somatiques.

Les découvertes des mécanismes biochimiques du stress révèlent que les réactions d'adaptation sont à la fois psychiques et somatiques.

Exemple de réponses viscérales aux états émotionnels

Source : stressseurs de différente nature dans l'environnement du sujet

Réponse du sujet



Je n'ai pas, encore, rencontré de personnes qui aient « profité » de ce temps de confinement pour apprendre une langue étrangère ou se mettre à la sculpture ou la peinture

Mais certains qui, à partir d'une toile blanche, ont commencé à déposer des touches de couleurs d'un nouveau projet.

Le seul moyen d'être suivi, c'est de courir devant les autres. Pierre Dac

Partir à la recherche de cet équilibre de l'unité psychosomatique est une démarche individuelle et personnelle qui aura des effets en matière d'intelligence inter-personnelle.

Les entreprises auront besoin de managers capables de mener la reprise et d'identifier les besoins, les ressources et d'accompagner ce changement, dans une démarche de bien-être.

A partir d'une relation authentique, le manager développe ce que j'appelle l'écologie des relations, c'est ce **leadership** que tout recruteur devrait identifier chez ses candidats.

En conclusion

Cette crise sanitaire mondiale permet de commencer à pointer les effets auprès des managers

- Nouveau défi à l'aube de ce 21^{ème} siècle : de la conscience de soi à l'intelligence inter personnelle
- La connaissance de soi dans l'équilibre énergétique des êtres humains est l'étape essentielle pour avancer dans l'évolution des relations humaines
- La période de confinement a permis d'abord de mesurer l'impact du stress lié à la contagion émotionnelle, à la vulnérabilité de nos systèmes de protection sociale, économique et de santé conduisant à l'effondrement de ce sentiment de sécurité et à une prise de conscience de finitude.
- Même « armée », certaines entreprises savent que le déconfinement s'avère complexe et anxiogène
- En effet, nous ne sommes pas égaux face au stress émotionnel, nos fragilités et carences du moi psychique et neuronal sont des indicateurs de risque psychosomatique.
- Cette crise a eu des effets révélateurs pour certains managers.
- Quelles conséquences lors de la reprise avec son lot d'épuisement physique et psychique de « charge mentale » me dira un autre manager et la question de l'avenir incertain.

- Les découvertes en neurosciences des mécanismes biochimiques du stress révèlent que les réactions d'adaptation sont à la fois psychiques et somatiques.
- Certains se sont engagés dans une démarche d'accompagnement vers la connaissance de soi et de l'être humain pour rétablir l'homéostasie de l'unité psycho somatique, trouver les **ressources pour faire face à ce nouveau défi et assurer la continuité** :
« *Les leaders du XXIème siècle seront ceux capables de développer d'autres leaders.* »
Bill Gates

L'équilibre de l'unité somatopsychique est garant de notre santé physique et psychique.

Ce document fait référence aux travaux du Pr Jean Benjamin Stora, ancien co-directeur du D.U. de Psychosomatique Intégrative de la faculté de médecine de la Pitié Salpêtrière, Directeur de l'Institut de Psychosomatique Intégrative.

« EN ATTENDANT »

Dr Marc PEREZ , Médecin et Artiste

Nous tenons à remercier très chaleureusement Marc Perez qui nous a autorisé à publier un détail photographique d'une sculpture réalisée pendant le confinement. La photographie se trouve à la fin de l'article.

J'ai appelé ainsi cette série de sculptures nées de la période de confinement.

Chacun a vécu différemment ce moment. Pour certains ce fut difficile, terrible même, pour d'autres presque agréable... Cela restera comme un marqueur certain de nos inégalités...

De mon côté je me suis perçu comme chanceux de pouvoir poursuivre mon activité mais dans une forme d'anesthésie, que l'extérieur qui nous était interdit ne pouvait éveiller. Chanceux de m'accrocher à cette branche, moins frêle que d'ordinaire, que représente mon travail.

Au milieu du tunnel, ce fut difficile pour beaucoup d'entre nous, puis l'horizon s'est éclairci. L'issue proche nous a réveillé un instant...

Mon travail n'a pas réellement changé. Ce fut le cas aussi pour mes amis artistes. Nous ne sommes pas des chroniqueurs, des journalistes, des illustrateurs, notre travail est l'affaire d'une vie, il avance lentement, il est le fruit d'une maturation, d'une longue décantation parfois...

Cette dernière série j'aurais du mal à m'en défaire, elle sera à jamais liée à cette expérience commune que nous avons été amenés à vivre et même si cette expérience ne se lit pas sur ces sculptures.

Mon travail n'a donc pas changé. J'ai juste cherché à ne pas rompre ce fil qui de sculptures en sculptures, de peintures en peintures, me maintient en vie, je crois...

Peut être ai – je senti la nécessité de mettre plus d'espoir, plus de lumière ou de couleurs dans mes derniers travaux... Mais si cela s'est produit c'est sans le chercher vraiment...

Parce que ma perception de ce moment est assez noire, j'ai, plus encore, me semble t – il, eu besoin de donner à mes personnages, scrutant le haut, l'espoir d'un ailleurs. Parce que le constat de ce monde présent me terrifie, je me suis senti présomptueusement porteur d'une mission, celle de diffuser une poésie atrocement absente en ce moment. Cette période a surtout fait appel aux scientifiques, aux scientifiques, et encore aux scientifiques !!!... A ce propos jamais autant de médecins n'ont été qualifiés de scientifiques. La médecine à mes

yeux est un art et non une science, ou devrait l'être. Certains sauront que je parle en connaissance de cause, au vue de mon passé qu'ils connaissent.

Jamais la médecine n'a été montrée de façon aussi mécaniste, simpliste. J'en suis profondément effrayé... Un virus dans l'air et hop! Vous voilà malade sauf si vous avez pris soin de mettre ce bout de papier devant le nez !... Loin de moi l'idée de dénigrer le port du masque, mais c'est méconnaître les formidables moyens de défense de nos organismes, c'est nier nos capacités à affronter le monde dans lequel nous baignons et qui est autant un monde ami qu'un monde hostile et cela se nomme la vie!... Je déteste cette période dans laquelle nous nous inclinons si vite devant ces scientifiques tout puissants, pire que ces dieux fictifs qui avaient le mérite, eux, de ne pas être humains !...

Il y a quantité de raisons d'être effrayés et pas seulement à cause de ce virus assassin.

En vérité, nous nous sommes retrouvés nus.

Plus de confiance, plus de croyance, plus d'espérance, alors le repli salvateur est arrivé, régressif, solitaire dans l'amnios de nos abris. Ce repli, qui, un instant, nous a apaisés... Il nous a fallu obéir, sans révolte, quelques aides sont arrivés pour certains. En même temps, tous les rêves, les élans vers le mieux ont été fauchés...

Sortis de nos abris, ankylosés, nous avons trouvé une vie plus triste, plus compliquée, inquiète, sous un soleil printanier consolant...

Encore distants les uns des autres, nous cachons nos sourires, nous nous agglutinons aux grilles des jardins interdits... La vraie vie est dangereuse, comme si nous le découvriions, il nous reste la vie virtuelle, le travail à distance... La police veille... Nous vivons un cauchemar que nous acceptons pour ne pas vivre celui de la maladie, la maladie seule et unique, le Covid 19... Pourquoi acceptons nous tout cela? J'avoue m'interroger tous les jours... Nous savons bien qu'il ne faut pas tant craindre la deuxième petite vague mais le raz de marée à venir, celui d'une crise humaine sans précédent... Et pourtant nous acceptons seuls et nus ce qui advient... Nous savons les possibles réactions en chaine de cet arrêt du monde, nous savons les possibles famines, les possibles vraies guerres liés aux nombreuses crises partout sur cette triste planète... Et bien, chacun semble craindre juste pour sa peau, jusqu'à l'hystérie pour certains...

Pardon de m'être laisser emporté, mais ce monde me plaît de moins en moins... Il ne s'agit pas d'optimisme ou de pessimisme... Il ne s'agit pas non plus d'une critique facile de nos politiques, reflets en partie de ce que nous sommes, ces politiques guidés par nos peurs alimentées sans répit par des écrans, partout... Il s'agit de se réconcilier, sans tarder, avec la vie, il s'agit quoi qu'il advienne, d'injecter sans trop attendre de la joie, de la lumière, de la

musique, de la danse, des rires, de la folie, de la poésie, de la beauté, de l'amour sans masque, de l'art vrai, incarné celui-là... Sans cela nous serons également en danger d'une autre façon, oui nos scientifiques ne savent pas mesurer encore à quel point nous sommes fragilisés par cette vie triste qui aujourd'hui nous engloutit... Plus tard, bien plus tard, des experts nous expliqueront enfin que le hasard existe certes, mais qu' il est bien moindre que ce que l'on pensait et que notre équilibre psychique est lui, central pour notre survie... Plus tard nous retrouverons la force de vivre en oubliant nos peurs... Plus tard...

Marc PEREZ , Mai 2020.

Marc Perez , « en attendant » sculpture (détail) 2020, technique mixte.

