

Requête aux responsables des services de Réanimation et de Soins Intensifs

Dinah Farhi, Psychanalyste
Paris, Novembre 1988

Cette courte note d'observation et de réflexion est destinée à MM. Les Professeurs, responsables des Unités de Réanimation et Soins Intensifs des Hôpitaux de l'Assistance Publique et à leurs équipes.

Elle a pour objectifs d'attirer leur attention, et si possible, leur intérêt, d'une part sur les conditions de séjour d'un malade hospitalisé dans de tels services, et d'autre part, sur les effets et les conséquences de ce séjour. Une telle réflexion n'est pas sans fondement : elle s'appuie d'abord sur une expérience personnelle, puis sur l'observation directe de malades et sur des entretiens conduits auprès de malades, à la suite de leur hospitalisation, sans oublier les familles, les proches et les soignants de l'hôpital ou extérieurs au milieu hospitalier. Elle s'est vue enfin confirmée par la confrontation de divers points de vue sur ce problème, parmi des professionnels de santé : médecins, infirmières, kinésithérapeutes, psychologues, psychanalystes.

Il est bien évident que cette réflexion n'a aucunement pour but de remettre en cause la priorité absolue donnée aux soins intensifs puisque l'état du malade l'exige de façon impérative. Elle entend seulement souligner l'urgence et la nécessité d'aider les patients à supporter de tels soins, quelles que soient la durée de leur hospitalisation et la pathologie spécifique de leur état clinique.

L'objectif visé reste essentiellement l'atténuation ou la limitation du traumatisme qui ne peuvent manquer d'entraîner des interventions chirurgicales importantes, puisqu'il est biologiquement reconnu que l'état psychique d'un être humain a toujours des répercussions sur son état général.

La détresse morale domine en effet toujours dans l'avant comme dans l'après coup de l'intervention. La haute technicité des soins et l'attention quasi exclusive portée à la survie biologique du malade ayant comme effet inévitable, non point forcément l'indifférence à l'égard du vécu solitaire de ce malade, mais à coup sûr, l'impuissance ou l'incapacité à prendre en considération et *en charge* un tel vécu. Ce sont les traitements eux-mêmes et leur mode d'application qui entraînent des modifications profondes des perceptions que le patient a de lui-même et du monde qui l'entoure et dont les effets lui sont incompréhensibles.

Rappelons pour mémoire ce que les médecins et les infirmières eux-mêmes constatent : état d'agitation, refus alimentaires, rigidité du corps, réactions dépressives ou d'agressivité, voire opposition aux soins inhérents aux périodes post-opératoires, à court, moyen ou long terme.

Nous pourrions ajouter à cette liste non exhaustive des symptômes celle des complications somatiques inattendues dont les causes ne semblent pas pouvoir être clairement identifiées. S'il reste avéré que l'état psychique et l'état physiologique sont indissociables, confier son corps, l'abandonner, s'en séparer, tel un objet, à une équipe soignante bien souvent anonyme, c'est se voir contraint, sans pouvoir y parvenir, à assumer une situation non seulement jamais éprouvée

auparavant, mais proprement déshumanisante. L'acceptation et la capacité à supporter cette épreuve engage aussi le succès thérapeutique de toute intervention chirurgicale.

Parmi les multiples facteurs contribuant à rendre pathogène un séjour dans un service de soins intensifs il y a principalement l'isolement du malade accompagné de la disparition de ses repères temporo-spatiaux familiaux.

Lorsqu'un malade est admis à l'hôpital, une porte se ferme sur sa vie quotidienne. Admis ensuite dans une unité de soins intensifs et de réanimation, une autre porte se ferme sur sa vie quotidienne à l'hôpital. Les visages connus ou entrevus ont disparu et seuls apparaissent au patient des yeux. Comment dans ces conditions, un malade isolé, pourrait-il ne pas angoisser, voire délirer ou sombrer ?

N'oublions jamais en effet que dans bien des cas, l'opéré est immobilisé, inapte à produire le moindre son, et cependant envahi par les bruits du service, de « ses » machines, livré ainsi à ses cauchemars et à cette obligation de lutte solitaire et incessante pour sa vie. L'absence d'objets personnels auxiliaires (lunettes, prothèse dentaire, réveil par exemple), la substitution des perfusions aux repas, entraînant la suppression des rythmes de la vie journalière, l'insomnie provoquée par les bruits, la douleur, l'excitabilité consécutive à telle ou telle prescription médicamenteuse, ne font qu'aggraver son sentiment pathogène de solitude.

De telles difficultés sont facilement compréhensibles car si le malade ne se déplace pas lui-même et si on ne répond pas à ses multiples questions, comment saurait-il localiser les bruits qui lui parviennent, les identifier, comprendre où et pourquoi on le déplace ? La position allongée constante transforme, en les accentuant ou en les déformant, une multitude de sensations. Il suffit d'évoquer la véritable révolution qu'entraîne la position assise, puis la position debout dans le développement moteur, sensoriel, intellectuel et affectif de l'enfant !

Notons également la situation très particulière de ces malades amenés à vivre dans ces services comme dans les coulisses d'un théâtre en témoin auditif et oculaire, impuissant. Le malade est confronté aux réactions de peur ou d'évitement des soignants, à l'agressivité, aux conflits, aux abus de pouvoir parfois... Ainsi au moment même où il aurait besoin d'une extrême sécurité morale, tout se passe comme si le monde qui l'entourait devenait absurde.

Françoise Dolto nous a appris, suivant la ligne directe de Freud, que l'être humain est d'emblée un être de langage, capable de communication et d'échange avec un autre être de langage ; elle nous a montré comment beaucoup de ses difficultés, à la condition que l'on puisse en parler avec lui dans une relation de confiance et de solidarité peuvent trouver en partie leur résolution. Aussi, devrions-nous permettre à un être humain malade, quelque soit la gravité de son état, de s'exprimer, même s'il n'est pas *apparemment* en état de le faire. Nous devrions lui offrir quotidiennement un temps (limité) d'écoute de son angoisse, d'assistance dans des pervers de communication oblique décrits auparavant. L'importance et la place de l'équipe soignante n'en seraient point pour autant diminuées, mais au contraire favorisées ou secondées. L'être humain exige le maintien de la valeur symbolique de son existence afin de pouvoir vivre les moments de rupture que nous avons tenté d'analyser. C'est pourquoi dans tous les cas d'extrême vulnérabilité physique et psychologique, un interlocuteur doit pouvoir assurer avec le malade une sorte de partage symbolique et de l'aider à maintenir la signification globale de sa vie.

Nous préciserons pour terminer qu'un travail clinique de cet ordre ne semble pouvoir être accompli que par un professionnel de la relation, tel que peut l'être un psychanalyste ou un psychologue clinicien lui-même formé à la psychanalyse. C'est par conséquent aux responsables des services de réanimation et de soins intensifs de donner à ces cliniciens une place s'ils veulent permettre au malade, quel qu'il soit, de préserver en toute circonstance son humanité.

Article paru dans le numéro d'octobre/novembre 1990 de Informations Hospitalières (Magazine du Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la protection Sociale).

L'Association AML-Soins Intensifs (Association pour le Maintien du Lien psychique en soins intensifs) a été créée en 1991. Dinah Farhi en est la fondatrice.