

Interview de Dinah Farhi

ARTICLE DU JOURNAL DE NERVURE N°4 – MAI 1997

Une expérience de soutien psychologique des malades, menée par l'Association pour le maintien du lien psychique en soins intensifs dans 3 hôpitaux de Paris et sa région

Liliane Martin (infirmière clinicienne) – Dinah Farhi, vous êtes présidente et fondatrice de l'Association AML en soins intensifs. Pourriez-vous nous tracer l'origine et l'évolution de cette Association ?

Dinah Farhi (psychanalyste) – Cette Association est née de l'expérience de l'un d'entre nous, qui a traversé un séjour en réanimation, et en a fait part à ses confrères et amis. Ils ont décidé, ensemble, de réfléchir à la manière de venir en aide à des malades en détresse, des malades adultes hospitalisés en Unités de soins intensifs et de réanimation, à la suite d'une intervention chirurgicale vitale, d'un accident de la route, ou d'un accident quel qu'il soit.

L.M. – Comment s'est concrétisé ce travail ?

D.F. – Ce fut d'abord un travail de réflexion au sein d'un groupe de recherche. Ce travail a pu se concrétiser deux ans après le début de cette création, c'était en 1988. Nous avons commencé à penser cette « clinique », bien plus tard et l'avons appelé « clinique de la réanimation ». En 1990, le professeur Henri Bismuth nous a demandé de mettre noir sur blanc, un projet et de proposer des cliniciens qui seraient capables de le soutenir. Cela nous a beaucoup aidé parce que l'on avait un lieu : l'hôpital Paul-Brousse, à Villejuif, service de chirurgie hépato-biliaire et de transplantation. Nous avons formé dans un premier temps trois cliniciens.

Cette équipe était composée de deux psychologues et d'un psychanalyste. Nous avons établi un protocole et le professeur Bismuth a accepté de tenter cette première expérience. En effet, l'objectif visé reste essentiellement l'atténuation ou la limitation du traumatisme que 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 été général. La haute technicité des soins et l'attention quasi exclusive portée à la survie biologique de malade ayant comme effet inévitable, non point forcément l'indifférence à l'égard du vécu solitaire de ce malade, mais à coup sûr, la non-possibilité à prendre en considération et en charge un tel vécu. Les traitements eux-mêmes et leur mode d'application 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 constatent : états d'agitation, refus alimentaires, rigidité du corps, réactions dépressives ou d'agressivité, voire même opposition aux soins inhérents aux périodes post - opératoires, à court, moyen ou long terme.

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.

L.M. – Vous avez employé le terme de protocole, pourriez-vous en développer sa particularité ?

D.F. – Nous avons donc réfléchi aux moyens d'aborder le patient. Nous ne voulons pas pour des raisons éthiques, nous parachuter dans un service de soins intensifs au chevet du malade, d'une « manière sauvage ». « Il a assez de perfusions comme ça » !

Lorsqu'il s'agit d'interventions programmées comme le sont les transplantations hépatiques, nous demandons à rencontrer le malade simplement pour faire sa connaissance et pour l'entendre dire ce qui est important pour lui, en dehors de sa maladie : il peut s'agir de sa profession, de sa situation familiale ou autre. Ce qui va permettre au clinicien d'aider le patient à envisager et supporter sa future intervention (ce que nous avons appelé l'entretien préalable). Au cours de cet entretien un certain nombre d'informations sont confiées par le patient (en accord avec lui)

En effet, lorsqu'un malade est admis à l'hôpital, une porte se ferme sur sa vie quotidienne. Les visages connus ou entrevus ont disparu et seuls apparaissent au patient des yeux et des masques tandis que lui parviennent des paroles dont il ne peut discerner si elles le concernent : paroles échangées entre les soignants dans sa chambre ou encore messages des « bips » portés par les soignants. Le patient va guetter et glaner des mots au hasard : « prenez rendez-vous au scanner », « suspicion de leucémie », « vite l'araignée », « il délire ». Dans ces conditions, un malade isolé s'angoisse ou sombre. Ainsi au moment même où il aurait besoin d'une extrême sécurité morale, tout se passe comme si le monde qui l'entoure, devenait absurde.

Après une intervention, le patient est revu. Il reconnaît le clinicien, et ce dernier peut lui restituer ce qui le concerne subjectivement.

L.M. - Est-ce qu'un rythme des visites a été institué ?

D.F. - Le professeur Bismuth tenait à ce qu'il y ait quelqu'un tous les jours. Avec trois cliniciens on couvrait la semaine, ce qui n'est pas le cas maintenant avec un clinicien à mi-temps trois fois par semaine. En effet, en deux ans ces spécialistes ont aidé plus de quatre cent malades.

Les visites auprès des malades pouvaient être extrêmement brèves mais à tous moments dans la journée. Quand l'état du malade et le temps de son hospitalisation le permettaient, nous avons compté sur une moyenne de dix visites pour soutenir, être témoin de ce qui se passait pour lui et être efficace au sens qualitatif. Nous souhaiterions faire une étude quantitative, programmée ultérieurement.

Comme le dit le professeur Bismuth : « La mission des équipes médicales est celle de porter assistance au corps du malade dont la précision dans l'exécution peut, seule, garantir le succès du projet thérapeutique... A partir du moment où le langage du médecin, du soignant passe par la machine, le malade se sent « exclu »... Le malade va se comporter par rapport à ces bribes de phrases entendues comme un prisonnier dans sa cellule qui entendrait parler au-dehors, guettant, interprétant les mots... »

Après un an d'arrêt, l'hôpital a enfin accepté que soit budgétisé un poste de clinicien.

L.M. - En dehors de Paul Brousse, votre Association est-elle présente dans d'autres établissements ?

D.F. - Une étude menée pendant trois ans, subventionnée par le ministère de l'Aménagement du Territoire de l'Équipement et des Transports, sous la responsabilité du docteur J. Gazengel, membre d'AML, et une psychologue également membre d'AML, a été réalisée dans le service du professeur Philippon (CHU Pitié-Salpêtrière). Cette recherche s'est consacrée à l'histoire naturelle et à la prévention des complications psychiques des traumatisés crâniens.

La conclusion est extrêmement encourageante : aucun des soixante-neuf malades, suivis, accompagnés pendant la période de leur hospitalisation et avec leur accord n'a présenté des complications psychiques tardives, névroses traumatiques ou « syndromes subjectifs des traumatisés crâniens ». Pour la première fois depuis notre création, une convention a été signée le 12 décembre 1996 avec le CH Delafontaine (en Seine-Saint Denis). Cette convention a pour objet de mettre à la

disposition du service de réanimation polyvalente adulte dirigée par le professeur Fraise, une clinicienne formée par AML et qui continue d'être encadrée techniquement par AML

L.M. - Y-a-t-il en France, d'autres associations du même type ?

D.F. - Il s'agit pour l'instant d'une expérience unique en France. Nous ne connaissons pas d'autres associations qui se préoccupent du malade hospitalisé en réanimation.

L.M. - Faire sortir un analyste de son cabinet relève d'un certain défi ...

D.F. - Si vous voulez... Diane Chauvelot (médecin et psychanalyste) hospitalisée depuis plus de quarante jours en soins intensifs dit : « qu'on se promène avec son inconscient jusqu'à son dernier souffle... ». Elle a appelé cela le « goulag ». Notre instrument de travail est le langage. Un patient hospitalisé en réanimation se trouve hors de la communication. Un analyste enrichit sa propre clinique dans un tel lieu : la levée du refoulement, la perte des repères, l'état de détresse psychique, l'isolement... Le sujet ici, se défend autrement, que lorsqu'il se trouve dans un cabinet d'analyste.

L.M. - Comment AML envisage-t-elle la formation de ses cliniciens ?

D.F. - La formation personnelle analytique est déjà essentielle pour les cliniciens, car elle permet de supporter l'état de régression psychique des malades. AML a ouvert un centre de formation et de recherche en avril 1995 dont l'objet est de donner un lieu, un temps de parole à des soignants : qu'ils soient psychologues, médecins, infirmiers, et travaillant déjà en réanimation et voulant prendre ce recul nécessaire. Une session de formation vient de commencer avec des exposés à thèmes faits par des psychanalystes et des cliniciens et à base de groupes de parole.

Six années ont été nécessaires à notre Association pour vouloir et pouvoir être en mesure de trouver un lieu. Nous avons emménagé le 1er juillet 1996 au 340 rue Saint Jacques - 75005 Paris. AML est une association, loi 1901, à but non lucratif et agréée organisme de formation continue.

L.M. - Quelles sont les principales sources de financement de votre Association ?

D.F. - AML, comme toutes les associations, reçoit les cotisations de ses membres, environ deux cents personnes. Chaque année une manifestation culturelle apporte des fonds, nous recevons également des dons et des subventions, notamment : du ministère de la Santé, du ministère de l'Aménagement du Territoire de l'Équipement et des Transports, de la Fondation de France, du Crédit Mutuel, de la Caisse Nationale de Prévoyance, du financement issu des actes des journées d'études (mars 96, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière) avec une participation financière des laboratoires Sandoz et Thomson CSF.

Pour conclure, on peut relever que l'Association AML, révèle l'importance capitale du maintien d'une aide psychique : « Ce lien psychique avec soi-même et les autres qui se constitue en chacun de nous, dès la naissance ». Il représente le plus sûr garant de notre continuité d'être.

En soins intensifs, le patient ressent encore plus fortement le besoin d'exprimer et d'être écouté, et le travail de ces thérapeutes est un complément indispensable à celui des équipes médicales et paramédicales.

Ce lien psychique, véritable fil d'Ariane, fil de la vie du malade pris en charge par ces cliniciens, va l'aider ainsi à traverser cette épreuve quelle que soit la gravité de son état.