Illustration : Aurian Riethmuller

Canal Psy
ISSN : 2777-2055
Éditeur : Université Lumière Lyon 2

112 | 2015
Psy Réa

Être psychologue en soins intensifs ?

https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=1404

Référence électronique
« Psy Réa », *Canal Psy* [En ligne], mis en ligne le 18 novembre 2020, consulté le 05 juin 2024. URL : https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=1404

DOI : 10.35562/canalpsy.1404

Prairial
Pôle éditorial
Lyon Saint-Étienne

SOMMAIRE

Frédérik Guinard
Édito

Dossier. Psy Réa

Être psychologue en soins intensifs ?

Patricia Attigui et Raphaël Minjard
Le Collectif PsyRéa, de la rencontre d'une pratique singulière à l'élaboration conjointe hospitalo-universitaire

Catherine Beignard
Lettre ouverte à ceux qui se risquent à la clinique de la réanimation !

Rachel Catheline Lefort
Tranches de vie, rêves de réa, retours de l'étranger

Manon Herzog
Éros contre Thanatos : combattre la résignation

Serge Duperret, Bernard Floccard et Claude Guérin
Présence d'étudiants en psychologie dans un service de réanimation : Le point de vue des médecins

Éliane Beytrison
Soins intensifs

Xavier Forel, Armand Kazek et Aurélie Trap
Une expérience de travail pluri-professionnel en réanimation

Aurélie Frénay et Justine Pereira
Vie psychique en réanimation

Coup de cœur

Jean-Marc Talpin
Yaël Neeman, *Nous étions l'avenir*

L'œil du psyclone

L'œil du psyclone

Recherche en cours

Samara Danel
Des têtes de linottes… pas si sottes

Édito

Frédérik Guinard

TEXTE

1 La lecture de dossiers proposés par des rédacteurs invités me procure souvent une impression étrange, une sensation de *déjà lu* associée à la découverte d'un nouveau champ disciplinaire, d'un terrain de pratique psychologique inédit pour moi ou encore d'un domaine de recherche insoupçonné.

2 **La nouveauté d'abord…** car il est impossible de prétendre à une connaissance exhaustive des multiples lieux d'intervention du psychologue, toutes spécialités confondues. Dossier après dossier, on se retrouve à parcourir les couloirs inhospitaliers et malodorants des prisons, les bordures inquiétantes et dérangeantes du lien avec le patient psychotique, les arêtes finement ciselées des modèles sur le fonctionnement de la mémoire, les plateformes immatérielles des médiations numériques, les abîmes relationnels de la clinique auprès d'enfants autistes, la course d'obstacles pour apprivoiser le lien auprès d'adolescents violents… sans cesse pris à contrepied de ses connaissances supposées, à rebrousse-poil de ses repérages méthodologiques, éthiques, et autres termes en « *ique* » bien pratiques pour asseoir son identité professionnelle… un panorama bien dépaysant ou décontenançant selon les situations.

3 Ce dépaysement – qui rend passionnant (il faut le dire) le travail éditorial au sein d'une revue de psychologie – est du même type que celui qui nous saisit lors de colloques ou de discussions à bâtons rompus entre collègues… « Ah oui quand même, il faut le faire travailler auprès de ce public », ou « dans ces conditions », ou « avec ces outils », etc.

4 On le sent vivement lorsque l'on parcourt les différents témoignages de ce dossier très complet présenté par Patricia Attigui et Raphaël Minjard, **ce n'est pas rien d'être psychologue en soin intensif**. Il s'agit sans doute de ce que l'on nomme une « clinique de l'extrême » comportant des similitudes saisissantes avec les particularités

d'intervention en service de néonatalité, mais avec ceci de différent que cet extrême-là… nous parle cruellement de notre propre fin.

5 **La familiarité ensuite…** car après un premier temps de saisissement, très sensible d'ailleurs dans tous les textes que traduisent ici les stagiaires qui découvraient ce lieu de soins intensifs, la rythmicité propre de la pratique du psychologue reprend sa cadence. Pour le lecteur, ce sont les retrouvailles rassurantes avec une pensée clinique, une pensée clinée vers son objet, ici, **les corps suspendus entre la vie et la survie et leurs psychés entre deux eaux**, et une pratique clinique faite d'*écoutes*, d'*après-coup* et de *créativité*. Écoute de son contre-transfert, de ses contre-attitudes, écoute de la polyphonie sourde que ses corps soignants et soignés engagent à leur insu, écoute de la parole inquiète des familles, des patients eux-mêmes lors de leurs instants de présence.

6 Le point de vue des médecins est aussi très représentatif de ce qu'est cette fonction de psychologue et cette capacité à progressivement disparaître, se fondre dans les équipes, non pas au sens d'une confusion ou d'une désertion, mais au sens de l'accompagnement des parties les plus silencieuses de la vie psychique individuelle, groupale et institutionnelle.

7 Il est parfois compliqué d'expliquer « pourquoi » le recrutement et l'intervention de psychologues cliniciens sont essentiels dans des lieux ou des milieux aussi étrangers à la question du soin psychique que des services de réanimation ou des lieux d'accueil de réfugiés ou des lieux de détention. Sachant qu'à notre époque tout ce qui est nécessaire devient superflu (et vice-versa [1]).

8 Et pourtant… toutes les observations qui nous parviennent de ces terrains convergent vers une amélioration des conditions de prise en charge des usagers **comme** des accompagnants, peut-être parce que notre métier et nos manières de l'exercer ont en commun un profond souci de l'humain.

9 En vous souhaitant une agréable lecture…

NOTES

1 Cf. les dernières conclusions du rapport « Pisa » de l'OCDE.

AUTEUR

Frédérik Guinard
Rédacteur en chef
IDREF : https://www.idref.fr/196831296

Dossier. Psy Réa

Le Collectif PsyRéa, de la rencontre d'une pratique singulière à l'élaboration conjointe hospitalo-universitaire

Patricia Attigui et Raphaël Minjard

DOI : 10.35562/canalpsy.1422

PLAN

Présentation d'une recherche issue d'une pratique spécifique
Présentation du Collectif PsyRéa
Les séminaires du Collectif PsyRéa

TEXTE

Présentation d'une recherche issue d'une pratique spécifique

1 Le Collectif PsyRéa est une association créée dans le sillon des travaux de recherche de Raphaël Minjard qui concernent essentiellement la notion de « précarité vitale » de « dispositifs d'accompagnement aux limites » et de « travail de l'éveil ». Sa réflexion s'inscrit au sein d'une pratique de psychologue clinicien, psychanalyste en service de réanimation médicochirurgicale adulte et se porte en particulier sur la compréhension des processus psychiques à l'éveil de coma et dans les états de précarité vitale.

2 Le champ concernant la place du psychologue en services médicaux et particulièrement en services de haute technicité, comme les réanimations, est peu exploré dans la perspective de la psychologie clinique d'orientation psychanalytique. Un premier temps de ces travaux a consisté à faire l'inventaire des travaux existants et des concepts mobilisables dans le champ de la clinique psychanalytique. Un second temps a visé à développer des recherches à partir des expériences cliniques auprès de sujets comateux et de leur

environnement afin de dégager les paradigmes pertinents pour penser les mécanismes psychiques de l'éveil de coma.

3 Le travail de Raphaël Minjard est plus spécifiquement centré sur la réorganisation psychique du patient comateux nommé « travail de l'éveil » (2014).

4 Il aborde :

- Le coma comme un mouvement, un processus réactionnel, défensif et potentiellement protecteur pour le Moi quelle que soit l'issue.
- La notion d'état végétatif, non seulement comme un aléa de la technique réanimatoire, un « ratage » de la prise en charge, mais aussi comme un processus hallucinatoire enfermant le sujet dans sa propre image.
- La question de l'environnement et du rôle des proches dans la relance des processus de symbolisation et dans le travail de « co-mémoration » nécessaire à la réorganisation psychique.

5 Reprendre conscience, c'est se ressaisir et se réorganiser sur le plan somatique, mais aussi sur le plan topique, économique et dynamique, au sein d'un environnement particulier. Le coma et l'éveil sont des processus engendrant des mouvements psychiques et corporels, nécessitant un accompagnement constant et doivent être d'abord pensés dans les lieux où les soins s'accomplissent, mais aussi dans un « à côté », celui de la perlaboration qui va soutenir les soignants engagés dans leurs pratiques de soins, le patient et sa famille.

6 Ce travail de réflexion autour de ces différentes modalités de passage allant jusqu'à provoquer parfois des débâcles somatiques, dégage un modèle de l'éveil appelé « travail de l'éveil », questionnant et ouvrant une réflexion plus large sur nos modèles de soins actuels. C'est à ce titre qu'une collaboration s'est engagée avec Patricia Attigui, professeur de psychopathologie et de psychologie clinique à Lyon 2, également psychanalyste, pour instaurer avec les praticiens et les étudiants un espace de pensée réflexive sur ces pratiques et ces situations extrêmes de la médecine somatique, jusque-là peu investies sur le plan universitaire en psychologie clinique. Ce modèle du « travail de l'éveil » révèle les processus sous-jacents aux mouvements de l'appareil psychique s'éveillant. Le cheminement consiste à aborder l'éveil du point de vue de la métapsychologie au sein du service de réanimation médicochirurgicale adulte par la mise

en tension de la question de la place du psychologue dans un service de réanimation. Ce cheminement permet de questionner non seulement la place de l'affect dans le processus de l'éveil, mais aussi celle de l'environnement soignant et familial.

7 Ces recherches menées par des étudiants de Lyon 2, sous la supervision d'enseignants-chercheurs et de cliniciens, sont en prise avec la tâche primaire des services de réanimation et conduisent à ouvrir des perspectives vers de nouveaux dispositifs de prise en charge psychothérapique et institutionnel auprès des familles et des proches des patients comateux, ainsi que des équipes de ces services de réanimation.

8 Le modèle de l'éveil souligne la nécessité de penser la place du patient comme sujet au sein du processus soignant. L'éveil de coma se fait dans la rencontre de l'autre, dans la confrontation et dans l'actualisation du discours du patient. Ce modèle de l'éveil de coma met en lien les différentes conceptualisations préexistantes au sujet de l'éveil de coma, mais propose aussi une réflexion métapsychologique sur l'approche du patient au sein d'un environnement particulier tel que celui de la réanimation. Il propose de considérer le coma comme faisant partie du parcours du patient, de son histoire de vie et non comme une rupture de la continuité psychique.

9 Différents points sont développés dans cette recherche :

- Le fond hallucinatoire comme support de la continuité psychique.
- Les pathologies de l'éveil au regard de l'échec de la symbolisation primaire et de l'échec de la prise en charge médicale.
- Le délire comme espace transitionnel entre la période de coma et la rencontre avec la réalité.
- L'absence de douleur et ses réminiscences dans les discours des patients.

10 La recherche ouvre sur un questionnement plus large concernant les fonctionnements actuels des réanimations et le rôle de l'environnement dans l'approche globale du malade.

11 Une grande attention est portée à la question des *stimuli*, de l'historicisation et du rapport à l'autre dans sa dimension de sujet

comme vecteurs de l'éveil dans une double composante soit de l'éveil vers la vie, soit de l'éveil vers la mort.

12 Ces travaux de recherche se développent notamment au sein du Collectif PsyRéa notamment au sujet de la représentation douloureuse en absence de douleur ressentie lors de l'éveil de coma, de la place des proches et de leur possible participation aux soins dans l'environnement réanimatoire.

Présentation du Collectif PsyRéa

13 L'association est née de la volonté de quelques psychologues et neuropsychologues (Aurélie Frenay, Justine Peirera et Raphaël Minjard) de vouloir réfléchir à la demande des soignants, infirmiers et médecins, de pouvoir instaurer un temps d'élaboration autour de grandes problématiques rencontrées dans leur pratique en réanimation telle que l'accompagnement psychologique des patients ; la place des familles et leur possible participation aux soins ; la fin de vie et son accompagnement ; le travail en équipe pluriprofessionnelle ; l'accueil des enfants…

14 **L'objet du Collectif PsyRéa** est de mieux comprendre les pratiques soignantes en réanimation, de croiser les regards et les modèles théorico-cliniques auxquels se réfèrent les praticiens, de croiser les pratiques de différentes réanimations et de développer enfin une filière d'enseignement théorico-clinique destinée à des étudiants de M1 et M2 R désireux d'apprendre des cliniques de la précarité vitale au sein des services conçus pour l'accueillir. Le collectif vise également à la création et encourage la publication d'articles scientifiques concernant la problématique de la précarité vitale comme vont en témoigner les textes suivants de ce dossier.

15 L'objectif est donc aussi de créer une filière de recherche en ouvrant des lieux de stages dans des services qui étaient jusqu'alors exclusivement ouverts aux professions médicalisées. Par cette ouverture, et depuis la création universitaire de ce déploiement du Collectif PsyRéa, il est devenu possible d'échanger sur les savoirs faire pour créer de nouveaux dispositifs et développer nos pratiques en lien avec l'actualité des réanimations. Pour ce faire, le groupe se déplace dans les réanimations pour travailler directement avec les

soignants, en partant de leur pratique quotidienne et de leurs connaissances des soins. Ainsi le processus s'inscrit dans un mouvement dialectique permettant à chacun : soignant, chercheur et étudiant de se déplacer non seulement physiquement, mais aussi, pourrions-nous ajouter, psychiquement, et de s'inscrire dans des milieux institutionnels diversifiés qui donneront *de facto* une idée plus concrète de la réalité des différents services.

16 La création du Collectif PsyRéa fut une première réponse à cette demande des soignants en créant des temps de formations dispensées dans les réanimations. Les premiers partenaires de ce travail furent les services de réanimation de Nîmes et de Roanne.

17 Il est très vite apparu que ce dispositif pouvait se développer au-delà des services de Réanimation et ouvrir sur un espace d'échange et de création de savoirs.

Les séminaires du Collectif PsyRéa

18 Pour conserver sa fonction d'interface et d'échanges, de création de savoirs et de dispositifs sur les problématiques réanimatoires et les pratiques soignantes en réanimation et soins continus, le Collectif PsyRéa a souhaité, tout en devenant association, s'inscrire dans le dispositif de formation de l'université Lumière Lyon 2 en conservant la particularité d'être un dispositif dedans/dehors : c'est-à-dire à la fois dans les réanimations et dans l'université.

19 Dans cette perspective d'ouverture, l'idée a émergé de créer un séminaire universitaire pluriprofessionnel et transdisciplinaire co-animé par le professeur Patricia Attigui et Raphaël Minjard.

20 Ces séminaires sont le point central du dispositif de formation et sont aussi l'étai principal pour les étudiants en stage dans les Réanimations. Ces séminaires se déroulent une fois par mois alternativement à l'université et dans un service de réanimation.

21 Ils ont pour objectif de permettre de mettre au travail non seulement le positionnement des étudiants en psychologie dans les services de haute technicité, mais ils permettent aussi d'élaborer les dimensions théoriques inhérentes à la clinique du « réanimatoire ». Ils sont

également le lieu d'échanges interdisciplinaires et pluriprofessionnels en recevant régulièrement des praticiens de réanimation et de soins continus permettant de développer des thématiques cliniques et de recherches spécifiques.

22 Dans une perspective interdisciplinaire, l'accent est mis sur le nécessaire travail de perlaboration que chacun doit accomplir au contact d'une clinique de l'épreuve vitale, et qui trouve à se conjoindre aux travaux menés par P. Attigui sur l'empathie (2011). Ces recherches sur l'empathie sont aujourd'hui d'une grande actualité, car certaines d'entre elles en neurosciences, en psychanalyse et en psychologie ont apporté des connaissances qui éclairent d'un jour nouveau, et en réalité redécouvrent, ce phénomène [1]. Elles méritent ici toute notre attention, car elles permettent de dessiner de nouveaux contours à la compréhension d'états mentaux qui se situent aux frontières du verbal et du non-verbal. Le collectif PsyRéa s'attache à une herméneutique, à un travail de traduction des éprouvés émotionnels de sujets en proie à la douleur ou à la mort imminente. L'intérêt pour les phénomènes d'échoïsation trouve ici sa place entre psyché et soma, cherchant dès lors à tracer de nouvelles voies d'accès à la compréhension du processus d'identification au sens psychanalytique du terme.

23 Le Collectif PsyRéa par la dynamique de travail dans ces séminaires permet la constitution d'une articulation pour les étudiants en stage dans les Réanimations partenaires, à ce jour la Réanimation de l'hôpital de la Croix Rousse et de l'hôpital Édouard Herriot à Lyon. La particularité de ces stages de M1 et M2 fait directement écho aux difficultés des services de réanimation que nous avons rencontrés jusqu'à présent, c'est-à-dire de ne pas posséder de temps de psychologue dédié spécifiquement à la réanimation.

24 La question de l'accompagnement des stagiaires dans de tels lieux est par conséquent fondamentale, tant les enjeux de vie et de mort y sont présents et poussent l'étudiant à chercher des modèles d'identification. Il est donc très difficile de trouver des psychologues acceptant d'être tuteurs pour un ou des étudiants en stage en réanimation. La principale raison évoquée étant de ne pas connaître cette clinique spécifique et de ne pas pouvoir se tenir suffisamment proche des étudiants pour les accompagner.

25 Ainsi nous remercions très sincèrement les psychologues Catherine Beignard et Judith Kerleroux [2] qui ont bien voulu encadrer les stagiaires de réanimation ainsi que les médecins anesthésistes réanimateurs notamment Serge Duperret, Bernard Floccard, Claude Guerin pour leur participation à ce dossier et leur engagement dans l'aventure PsyRéa.

26 Actuellement le Collectif PsyRéa prépare plusieurs journées d'étude autour de la vie psychique en réanimation. Ces journées se décomposeront en deux temps de travail l'un très spécifique à l'approche psychodynamique développant des points théoriques spécifiques de la métapsychologie notamment autour de la question du transfert, de la subjectivité, des vécus oniroïdes, l'autre proposant un échange pluriprofessionnel autour de la question du soin en réanimation.

27 Mais avant de laisser la parole à tous ceux qui ont contribué à ce dossier spécial sur ce domaine de recherche, et que nous remercions encore, écoutons ce que pouvait nous dire D. Bromberger de ce vertige des confins :

> « Il ne fait pas de doute que c'est l'excellence des soins que j'ai reçus, la qualité des chirurgiens qui m'ont opéré qui m'ont permis de ne pas mourir rapidement de mes blessures. Mais il y a une grande différence entre le fait d'être maintenu en vie et celui de revenir à la vie. Je suis persuadé, il s'agit là d'une simple conviction qui n'a pas de valeur scientifique, que si ce sont la médecine et les médecins qui nous "sauvent" la vie, c'est nous-mêmes, comateux, qui décidons de notre "retour à la vie". […] Il est plus facile, plus naturel, dirais-je de se laisser mourir que de faire l'effort de revenir à la vie. La mort est paisible, la vie est une série d'épreuves qu'il faudra de nouveau affronter. Le coma est le moment où l'individu effectue le choix entre l'une et l'autre. » (Bromberger, 2002)

BIBLIOGRAPHIE

Attigui, P. & Cukier A. ss. la dir. de (2011). *Les paradoxes de l'empathie – Philosophie – Psychanalyse – Sciences sociales*. Paris, CNRS Éditions.

Bromberger D. (2002). « Du bonheur d'être dans le coma, de la difficulté d'en sortir », *Les Cahiers du Réseau, Publication du REIRPR*, n° 17.

Gallese V. *et al.* (1996). « Action recognition in the premotor cortex », *Brain*, 119/2, pp. 593-609.

Minjard R. (2014). *L'éveil du coma, approche psychanalytique*, Paris, Dunod.

Rizzolatti G. *et al.* (1999). « Resonance behaviors and mirror neurons », *Arch ital. Biol.*, 137(2-3), pp. 85-100.

Rizzolatti G. et Sinigaglia C. (2009). *Les neurones miroirs*, Paris, Albin Michel.

NOTES

1 Ce fut par exemple, sans qu'elle ait été découverte initialement dans le cadre d'un programme de recherche spécifique sur l'empathie, le cas des célèbres « neurones miroirs », qui furent détectés lors d'enregistrements de l'activité cérébrale recrutée dans le codage des mouvements manuels de grands singes, c'est-à-dire sans qu'il soit question d'empathie ou même d'interaction sociale (Gallese V. *et al.*, 1996, Rizzolatti G. *et al.*, 1999) et pour une présentation et une autre interprétation, destinées à un plus large public, voir Rizzolatti G. et Sinigaglia C., 2009.

2 Judith Kerleroux, Psychologue clinicienne, Urgences psychiatrique, hôpital Édouard Herriot, Lyon.

AUTEURS

Patricia Attigui
Psychologue clinicienne, psychanalyste, professeur de psychopathologie et psychologie clinique, responsable du Master 2 Recherche de psychopathologie et psychologie clinique, Université Lumière Lyon 2, CRPPC
IDREF : https://www.idref.fr/032022182
ISNI : http://www.isni.org/000000003211680X
BNF : https://data.bnf.fr/fr/12313108

Raphaël Minjard
Psychologue clinicien, psychanalyste, PhD, Mcf en psychopathologie et psychologie clinique, Université Lumière Lyon 2, CRPPC, vice-président de la Société Lyonnaise d'Étude de la Douleur (SLED), correspondant Régional Rhône Alpes Psychologue pour la Société Française d'Étude de la Douleur (SFETD)
IDREF : https://www.idref.fr/167747622
ORCID : http://orcid.org/0000-0002-1299-6525

HAL : https://cv.archives-ouvertes.fr/raphael-minjard
ISNI : http://www.isni.org/0000000437372844
BNF : https://data.bnf.fr/fr/16917071

Lettre ouverte à ceux qui se risquent à la clinique de la réanimation !

Aux stagiaires-psychologues d'hier, d'aujourd'hui et peut-être de demain…

Catherine Beignard

DOI : 10.35562/canalpsy.1424

PLAN

Alors ?
Livrés à vous-même ?

TEXTE

1 Comme il est difficile, sans doute « insensé », voire même irréfléchi, d'imaginer un instant proposer à des étudiants de Master 1, un stage dans un service de Réanimation, sans tuteur psychologue dédié à ce service !

2 Je supervise votre stage et en prends la responsabilité de tuteur, je suis autant que possible disponible à vous, pour vous donner ce temps, ce lieu de parole, d'élaboration. À l'hôpital, je suis psychologue clinicienne en charge du personnel et des conditions de travail. Je connais assez bien ces services de réanimation, mais n'y suis pas présente au quotidien, je connais la charge psychique de tous dans ces unités, mais je ne la vis pas « in vivo ».

Alors ?

3 Aucune possibilité d'identification à un « modèle », aucune possibilité de se cacher derrière ce « maître de stage/tuteur » et de le suivre, de s'introduire dans sa pensée, de se laisser protéger par son ombre, de s'appuyer sur lui, de se prendre pour lui… Non, impossible, vous êtes seuls dans ce service !

Livrés à vous-même ?

4 Non, pas tout à fait ! Mais livrés à vous-mêmes pour prendre le risque de chercher, de trouver votre place de psychologue. Vous faites alors cette expérience utile et douloureuse de la solitude, de l'isolement, de l'étrange et de l'étrangeté.

5 *Que faire et où trouver sa place dans ce monde hyper-médicalisé ?*

6 *Que regarder ? Mais surtout que ne pas regarder, que ne pas voir ?*

7 Comme il compliqué ce moment où vous prenez conscience de la difficile place de la parole, de la difficile place de la pensée. Comment alors, pour vous jeunes étudiants, mais surtout futurs psychologues, ne pas se laisser fasciner, ne pas perdre la voix et, alors se mettre à travailler, à penser la clinique de la réanimation, se laisser aller à penser l'innommable, l'insoutenable ? Être présent comme « butée » pour le patient, et trouver/créer des mots capables de contenir, d'endiguer le sentiment de rupture que vit ce patient ? Vivre cette expérience humaine, l'éprouver au quotidien de votre stage…

8 Que faire avec ce réveil de coma ? Quels sont ses effets sur le sujet de sa rencontre avec le coma, quels sont les principaux éléments de l'expérience subjective traversée par les patients et l'atteinte alors des mécanismes de pensée ? Voilà la difficile rencontre du stagiaire psychologue avec les patients.

9 Il est clair que cette tension fait éprouver des sentiments de perte, de rupture et de violence, vécus dans le silence et parler de cette violence, c'est prendre un risque. Se préserver pour se sauvegarder ? Mais se préserver de quelle insoutenable souffrance ? Se réduire au silence pour se sauver ? Et puis qui peut entendre l'étrange en soi ? Qui peut entendre ce qui se situe hors de l'ordinaire ?

10 Tout comme le malade, le stagiaire rencontre lui aussi l'impuissance, rencontre lui aussi l'angoisse de mort. Ce travail de mourir chez l'autre, ce travail de « re-animation », laisse des traces profondes chez celui qui est là, présent à son chevet, et qui s'est risqué à ce stage. Comment ne pas être affecté par ce temps de la vie hors de l'ordinaire, mais qui semble être l'ordinaire du soignant et, pour vous stagiaires ? Comment aussi accepter de vivre un certain flottement

dans son identité, de manière répétée sans défaillir afin que ce patient ne devienne pas avant le temps, un mort vivant, mais qu'il soit jusqu'au bout de sa vie pleinement vivant ?

11 Le psychologue est convoqué en cette place, il est convoqué aux limites de son désir de guérir l'autre, parfois même de prendre la place du soignant.

12 Dès lors, voiler l'impensable de cette mort à venir, vivre au quotidien les demandes soutenues et pleines de contradictions des patients au risque d'être aspiré dans leur orbite funèbre, vivre le sentiment d'impuissance ou d'échec consume peu à peu et risque de vous réduire au silence, de vous demander un long chemin vers votre juste place.

13 Comment créer des voies de passage pour que la parole advienne au cœur du drame humain ?

14 Quand on est psychologue, il n'y a pas d'alternative. À ses risques et périls, on accompagne ces silences du désir du patient, quand l'angoisse parvient à son paroxysme. On est témoin des mouvements pulsionnels trop extrêmes, on se risque à une parole pacifiante et on souhaite qu'elle fasse écho et lien.

15 Ces traversées de l'extrême sont de véritables chemins initiatiques pour qui les empruntent. Ils sont des voies de passage vers la compréhension de la souffrance d'être homme dans la finitude.

16 La souffrance ne se rumine que lentement comme elle peut se recroqueviller, s'immobiliser dans les plissements de l'âme. Mais quand on parvient à suivre le dédale des émotions, alors elle se parle et une lente métamorphose de l'être peut éclore chez chacun des acteurs de cette tragédie.

17 La maladie grave est une clinique de la mutation et si le malade est condamné à vivre un nouveau rapport avec lui-même, un nouveau rapport au monde, le stagiaire psychologue lui aussi est assigné à une autre place. Pour que cette mutation soit de l'ordre du possible, il lui faut prendre le risque de parler.

18 Parler pour ne pas se perdre dans l'histoire de ceux qui souffrent, de ceux qui sont en rupture avec l'ordinaire. Parler pour tisser le fil de la parole au cœur du mal-être et enraciner la trame de l'espoir qui

appelle à la vie. Il est des paroles d'étonnement qui tissent les liens de la domination mortifère de la souffrance, de la mort et du silence. Elles font traces en vous parce qu'elles ont ouvert les voies de la pacification et de l'insoupçonné en vous.

19 Sans aucun doute, sans l'aide de l'Université, des tuteurs de recherche et du groupe de réflexion « PSY-REA », je n'aurai pas pris le risque de vous accueillir, si je puis dire, dans ce délicat lieu de stage.

20 Lieu où le fil de la vie s'avère très ténu, où la mort rôde, où les machines font du bruit, peut-être le bruit du vivant, le bruit du désir ; lieu où tout semble s'éparpiller, se mettre en morceaux, s'écarteler, s'époumoner ; lieu aussi où tout est en mouvement, où les soignants vont et viennent jour et nuit dans un étonnant et constant ballet parfois *prestissimo* et parfois plus *andante*, voire *allegretto* et parfois aussi inquiétant en chœur de *requiem*.

21 Comment alors vous introduire dans ce service au demeurant infiniment professionnel, infiniment réfléchi ? C'est une place extraordinairement difficile qui vous est proposée, une recherche constante de votre juste positionnement vis-à-vis du malade, de sa maladie, de son cheminement avec le possible inéluctable, avec la fin de sa vie, avec le réveil assourdissant de ce coma, avec sa défaillance, et aussi, vis-à-vis d'une équipe soignante plus médicale que psychiste, parfois étonnée par la présence d'un psychologue et souvent, et heureusement, plus dans l'action que dans « l'être-là ».

22 Quelle folie, alors, de prendre ce risque de permettre à ces étudiants de venir eux-mêmes se risquer à éprouver leur place, leur positionnement ! C'est aussi avec l'aide de ces services, de l'ensemble des équipes que je m'autorise à croire en ce merveilleux lieu de stage. Merci à ceux qui s'y sont risqués, à ceux qui s'y risquent et à ceux qui se risquent à les accueillir, à leur faire une place, à les écouter penser, à les voir se métamorphoser au cours de l'année. Car tel est l'incroyable défi : vous voir exploser dans votre positionnement interne et psychique et vous ouvrir à la réalité du psychologue !

23 Une dernière pensée me vient : vous faites aussi l'expérience du cadre institutionnel avec ce qu'il a de rassurant, de contenant, mais aussi de surprenant, de limitant, d'étroit. À vous heurter à ce cadre-là, vous vous heurtez aussi à votre propre cadre interne de futur psychologue.

24 Si vous avez réussi à travailler tout cela dans cette délicate année de formation qu'est cette année du Master 1, alors ce pari d'intégrer des étudiants en service de réanimation sera gagné ! Et mieux encore ce pari de vous voir advenir psychologue sera gagné !

AUTEUR

Catherine Beignard
Psychologue clinicienne, Conditions de travail, Hôpital de la Croix Rousse, Lyon, chargée d'enseignement Université Catholique de Lyon

Tranches de vie, rêves de réa, retours de l'étranger

Rachel Catheline Lefort

DOI : 10.35562/canalpsy.1426

PLAN

Le « rêve de réa », premier organisateur pulsionnel
Quand l'inquiétant s'en mêle

TEXTE

1 *Chambre 213, une jeune femme vêtue d'une robe de mariée entre au bras de son époux et s'avance vers son père alité qui n'a pas pu assister à la cérémonie.*

2 *Au même moment, chambre 212, une famille entoure le lit d'une femme d'une trentaine d'années qui meurt faute de greffon.*

3 Le service de réanimation est un univers particulier où les histoires se juxtaposent, où les soignants circulent sans cesse entre vie et mort, toujours prêts à accueillir de nouveaux patients, à se séparer de ceux qui vont mieux et repartent dans d'autres services ou auprès de ceux qui n'ont pas pu être sauvés.

4 On traverse des tranches de vie, on côtoie des patients en morceaux, c'est une clinique où la fragmentation est à l'œuvre, où la déliaison est reine.

5 Ma première immersion dans ce service est encore fraîchement inscrite dans ma mémoire. Lors de ma visite, le chef du service me fait découvrir les lieux, me présente à tous les soignants. Je passe devant chaque chambre, c'est le matin, on dispense les soins : le premier patient que je vois a l'abdomen traversé par une cicatrice énorme, entouré d'au moins quatre internes affairés à différentes tâches, l'un passe une échographie, l'autre regarde les courbes d'un écran, on le retourne, on le pique ; la porte est ouverte, l'intimité semble absente. Au fur et à mesure de ma déambulation, j'aperçois

une femme qui parle, assise, seule, je ne suis pas sûre qu'elle s'adresse à quelqu'un, le regard plongé dans le vide, je ne comprends pas son langage. Puis je découvre un corps jaune citron avec un visage aux yeux exorbités fixant le plafond, sa respiration est forte et courte, il est relié à une multitude d'appareils, on a l'impression que son souffle peut manquer à tout instant. Je reste pétrifiée devant ce spectacle, je n'arrive pas à mettre de sexe ou d'âge à ce corps : le chef de service me dit que c'est un jeune homme de 24 ans en attente de greffe de foie depuis deux semaines. Je me demande combien de temps on peut tenir comme ça.

6 Les autres patients se ressemblent, alités ou assis avec la même blouse cachant avec peine leur corps mis à nu relié à de nombreux tubes qui permettent l'inoculation de médicaments ou au contraire l'évacuation d'urine, de selles, d'épanchements corporels divers. Certains sont intubés, d'autres respirent à travers un masque, d'autres encore dorment paisiblement. On dirait des pantins manipulés, leur vie semble ne tenir qu'à ces fils. Ce service est étrangement calme, seules les alarmes des machines reliées aux patients brisent le silence. Après ces quarante minutes de visite, je pousse la porte du sas d'entrée et je pose ma main sur ma poitrine comme pour vérifier que je respire normalement, peut-être par peur d'avoir été contaminée.

7 Plus tard dans la journée, je me surprendrai à faire de la mosaïque avec ma fille et à en ressentir un apaisement : créer des formes cohérentes à partir de petits éclats de couleurs éparpillés. J'ai pensé qu'il pouvait bien s'agir de cela, que le travail dans ce contexte clinique consisterait probablement à rassembler des fragments de souvenirs, de percepts divers et d'essayer d'en faire quelque chose de cohérent, qui fasse sens pour le patient.

Le « rêve de réa », premier organisateur pulsionnel

8 En service de réanimation, toutes les techniques destinées à contrôler les fonctions vitales menacées vont être mises en œuvre. Ces interventions lourdes nécessitent donc de plonger le patient

dans un profond sommeil afin qu'il ne ressente pas la douleur et que les soignants puissent travailler en toute sérénité.

9 C'est le retour de cette immersion dans un coma artificiel qui est à l'origine de « rêves de réa » terme utilisé par M. Grosclaude pour qualifier ces rêves qui recouvrent à la fois une activité onirique, une période de confusion souvent appelée délire par les patients eux-mêmes, des hallucinations. Cette activité psychique spécifique va accompagner parfois durablement le patient en service de réanimation ce qui associera à ce passage une impression d'irréalité. Il est urgent pour la plupart des patients de confier ces récits de rêves à un tiers soucieux de les accueillir. Cette narration est une étape essentielle dans leur réappropriation d'une réalité qui leur a échappé.

10 Ces **constructions oniriques**, qui ressemblent aux rêves nocturnes de tout un chacun, mais qui mêlent des éléments de l'environnement réanimatoire semblent s'accomplir au moment où la sédation est levée et le patient commence sa progression vers l'éveil. Néanmoins, il faut garder en tête que la reprise de conscience n'est pas un processus linéaire, qu'il s'agit peut-être d'une activité pendant le coma comme certains patients l'attestent ou que ces constructions adviennent alors que le patient a déjà repris connaissance.

11 *Monsieur T.*, cet homme d'environ 70 ans, ancien chef d'entreprise, a dû subir de nombreuses interventions chirurgicales des voies digestives. Il a séjourné plusieurs semaines dans une chambre de réanimation, a dû être anesthésié profondément à maintes reprises. Il fut ensuite transféré dans une chambre en soins continus : sa chambre était toujours ouverte et laissait voir cet homme amaigri, la bouche ouverte, les yeux fermés, la peau tannée et jaunie comme du carton. Il avait perdu trente kilos depuis son hospitalisation. Le personnel faisait souvent allusion à son allure momifiée. Un de ses surnoms était *Ramsès II*.

12 C'est lors de notre deuxième entretien que ce patient me livre ses rêves en détail :

> « Pendant mon sommeil, j'ai beaucoup voyagé. J'étais le chef de différentes missions : l'une d'elles consistait à faire des digues, creuser des canaux pour améliorer le transport fluvial. L'eau était

> claire et limpide. C'était en Italie, il faisait chaud et il y avait du soleil. J'étais bien. Une autre mission consistait à restaurer des monuments historiques. C'est moi qui avais le choix de l'entreprise. On devait fouiller dans le désert des vestiges qu'il fallait mettre dans de la glace. Il y avait aussi des vestiges au fond de l'eau, on plongeait avec des bouteilles. Un autre jour, j'ai dû faire la tournée des casernes avec des officiers allemands. Je me rappelle aussi de cette mission où je devais trouver un auditorium pour un Maestro italien, j'étais très content ».

13 Ces rêves furent livrés sans interruption. Monsieur T. regardait droit devant lui comme s'il pouvait revivre les scènes, face à l'écran blanc que constituait le mur d'en face. Il continua : « une fois réveillé, je croyais encore que j'allais repartir en campagne, que ma valise était dans l'armoire ; tout ça avait l'air si réel ».

14 En réanimation, le sujet est bien souvent contenu quand on commence à lever la sédation pour éviter qu'il ne s'extube. Toute motricité est suspendue. Les stimuli vont devoir s'insérer dans la trame du rêve pour que le sommeil se poursuive.

15 Dès lors « la sensation actuelle est introduite dans le tressage d'un rêve pour être dépouillée de la réalité » (Freud S., 1900, p.273). Il semblerait que les patients renversent les désagréments qu'ils subissent en éléments de bien-être pour que le sommeil se poursuive. Prenons la sensation de soif qui est fréquemment rapportée comme une souffrance. Pour Monsieur T., il semble qu'il intègre ce manque dans la trame des rêves en récits de plongée, d'eau, de canaux, de glace. La lumière, constante dans les chambres, et la température plutôt élevée, semblent être associées à un pays chaud, ensoleillé, comme l'Italie.

16 Un phénomène important qui expliquerait la vivacité du rêve est la lente levée de la sédation qui va faire passer le patient d'un sommeil profond au réveil.

17 L'immobilité totale du patient et le souci de ne pas le perturber pendant ce passage vont faciliter cette production onirique. Les récits prennent alors des allures d'épopée dont le sujet est souvent le héros. La **symbolique du voyage** peut être soutenue par l'état du sujet qui se déplace entre deux niveaux de sommeil. Si l'on reprend le récit de Monsieur T., on a l'impression que la barrière du coma s'effrite et

laisse passer des éléments tirés du quotidien de la réanimation. La plongée en bouteille évoque la ventilation artificielle que le patient a dû subir, se faisant à l'aide d'un tube engagé dans la trachée et insufflant de l'air jusqu'aux poumons. On peut être frappé par la coïncidence de son récit de restauration de monuments, de chantier consistant à creuser des canaux pour améliorer le transport fluvial avec la restauration du corps et la circulation dans les veines du flux sanguin d'un patient que le personnel compare, ce n'est pas anodin, à une momie. Son évocation de sa « tournée des casernes avec une troupe d'officiers allemands » semble faire allusion à la « troupe » des médecins et internes qui font la « tournée » des chambres.

18 Dans les rêves décrits ici, on retrouve la dimension de **souhaits réalisés** notamment dans le **renversement passif-actif**, alors même que le sommeil est une suppression du pouvoir sur soi : le patient qui dans la réalité est entièrement soumis à l'investigation des soignants, devient maître de la situation, heureux d'être chef de missions prestigieuses. Ce retournement passif-actif témoigne d'une première forme de reprise interne de l'expérience traumatique vécue en réanimation, une reprise plus positive que si le sujet se retirait totalement de l'expérience.

19 Le rêve participe activement à la **renarcissisation** du sujet.

20 Je ne retiens ici que les éléments qui attestent de la porosité de la barrière de coma, c'est-à-dire les éléments de l'environnement réanimatoire qui pénètrent de manière inconsciente la psyché du patient, étant convaincue par ailleurs que dans les rêves, on a également affaire à des éléments issus de l'**infantile**, mais je ne pouvais pas explorer ce matériel davantage et courir le risque de faire des interprétations injustifiées puisque je n'avais pas l'occasion d'en reparler longuement avec les patients. Il n'était d'ailleurs pas question d'analyser avec eux ce matériel – dans le sens étymologique du terme grec *ana luein* qui signifie « décomposer », ce qui suppose une opération de déliaison alors que c'est un travail de liaison qui, à mon sens, s'impose ici – mais juste d'en être la dépositaire, un témoin de leur traversée depuis leur perte de connaissance jusqu'au retour dans cette chambre.

21 Ce qui laisse penser que le rêve agit déjà comme organisateur pulsionnel c'est que le patient n'est pas tout à fait absent de ce dont il

est dépossédé, il participe comme rêveur, il tisse une histoire à partir d'éléments disparates qui, s'ils restaient tels, ne feraient qu'alimenter l'angoisse du « trou réa » terme pour désigner la béance que laisse parfois le retour à une réalité qu'on n'a pas vécue, dont le sujet a été absent. Ce « trou » rime avec une peur de « **l'effondrement** » que Winnicott décrit comme une crainte d'un événement passé « qui n'a pas encore été éprouvé [car] le patient n'était pas là pour que ça ait lieu en lui » (1975, pp.210-212).

22 Respecter le plus possible cette période de levée de la sédation propice au rêve et en accueillir la narration pour aider le patient à être acteur de son histoire à l'hôpital pourrait faire partie des soins de base à apporter au patient. Le rêve n'est pas seulement la « via regia menant à la connaissance de l'inconscient dans la vie d'âme » (Freud S., *op. cit.*, p.663), mais aussi « un artisan fondamental de la santé [...]. Une fonction organisatrice de l'inconscient et de la structuration de l'appareil psychique » (Dejours C., op.cit., p.71).

23 Le travail de **condensation** que l'inconscient a effectué pendant le rêve doit alors céder la place, au cours de l'éveil, à « une décondensation entre le pôle perceptif et le pôle représentatif et demande le rétablissement de la temporalité » (Minjard R., 2014, p.234). C'est ce processus qui engendre la phase hallucinatoire qui suit.

Aurian Riethmuller.

Quand l’inquiétant s’en mêle

24 Après cette phase du rêve, plutôt décrite comme heureuse par les patients, il arrive souvent qu’elle soit suivie d’une période d’hallucinations, qui correspondrait si l’on poursuit l’image simplifiée d’un cheminement vers le retour à la réalité, à l’atteinte de la couche externe des limites entre conscient et inconscient ; l’éveil s’accompagne d’un arrachement à un état de plénitude.

25 Il n’est pas toujours aisé de voir la frontière entre rêve et hallucination, puisque le rêve est une pensée objectivée présentée comme une scène vécue ; toutefois, il n’est pas rare de constater le changement de coloration du rêve qui commence à inclure des

éléments d'« **inquiétanteétrangeté** » (Freud S., 1919, pp.211-263) tournant autour de la maladie ou de la mort.

26 Le plus souvent, les hallucinations revêtent un caractère inquiétant, car elle signe l'affaiblissement des frontières du Moi. L'émergence dans le réel s'accompagne d'un vécu de « **dépersonnalisation** » qui sous-entend que « le patient perd le contact de son corps ou des fonctions corporelles » (Winnicott D.W., op.cit., p.264). Les entretiens les plus fréquents relatent surtout des vécus persécutifs. Le fait que le patient se réveille dans un milieu « hostile » va imprégner son retour. En effet, quand on décide de lever la sédation d'un patient pour l'amener lentement vers l'éveil, il n'est pas rare qu'on recoure à la contention afin d'éviter qu'il ne s'extube et arrache ses perfusions. La motricité est entravée, la parole abolie par la ventilation.

27 Ainsi, Monsieur T. s'est éveillé incapable de bouger ses membres. Avant de le rencontrer, j'avais croisé sa femme, inquiète, qui m'avait confié que son mari avait exigé un test d'ADN pour être sûr qu'il s'agissait bien de ses propres membres.

28 Lors de notre premier entretien, je lui rappelle cette anecdote :

> « C'est vrai, j'étais persuadé que mes bras n'étaient pas les miens. J'ai cru qu'on m'avait mis des roues à la place des pieds ; je ne pouvais plus du tout bouger mes membres, je pensais que j'étais paralysé. »

29 Les perceptions externes de Monsieur T. à son réveil et ses représentations psychiques ne sont pas compatibles. Il s'agit avant tout d'apprivoiser la terreur. Le processus hallucinatoire permet de rationnaliser la situation, tente de fournir une explication logique aux éprouvés cataclysmiques que ressent ce patient. Ne pas sentir ses membres, ne pas les reconnaître, quoi de plus dévastateur pour la réalité psychique ? Les représentations erronées du malade permettent d'opposer des images qui émanent de lui aux « stimuli qui portent eux la marque de l'impitoyable non-moi » (Lavallée G., 1999, p.36). En outre, la motricité est nécessaire à la transformation de la perception. Ici, le patient ne peut pas exercer d'activité motrice et donc une certaine emprise sur le monde, l'explorer pour y trouver du sens. C'est le monde qui l'explore, qui l'écrase de tout son poids. Les roues greffées à la place des pieds font associer l'hôpital à un garage où les soignants joueraient le rôle de mécaniciens ce qui laisse penser

que l'enveloppe qui entoure le patient au réveil est perçue comme « métallique et froide » (Minjard R., *op. cit.*, p.179), faisant écho à un « miroir sonore pathogène » décrit par D. Anzieu et dont les caractéristiques seraient la discordance, la brusquerie et l'impersonnalité, qui renvoie au patient qu'il est « une machine à entretenir » (1985, p.195).

30 La présence d'un tiers dédié à la reconnaissance du vécu subjectif d'un individu aux prises avec la conscientisation d'un réel éprouvant peut s'avérer nécessaire, comme faisant partie du protocole de soins. D'après un rapport de M. Grosclaude, tout humain peut présenter en réanimation des troubles psychiatriques. La plupart des patients interprète les faits et gestes des soignants comme d'éventuelles atteintes à leur intégrité physique. Leurs perceptions vont être filtrées par une distorsion persécutrice. L'absence de douleur semble également jouer un rôle dans la difficulté à se hisser jusqu'à la réalité. Les malades pensent qu'ils vont bien, mais sont traversés de toute part par des tubes, des poches pleines de liquides se déversent dans leur organisme tandis que d'autres se remplissent des différents épanchements de leurs corps. C'est sûr, ils sont des « cobayes », on fait des expériences sur eux. La méfiance s'installe. Les patients, se trouvant pourtant dans un lieu de soins, ont l'impression qu'« on veut leur peau ». Pourquoi un tel décalage ? Un service de réanimation est un lieu de haute technicité qui pallie les défaillances vitales et dans le même mouvement extorque aux patients le contrôle sur leur corps ; on nie leurs propres sensations parce qu'on sait mieux qu'eux quand il faut boire, manger, aller au fauteuil, se laver, respirer à travers un masque, dormir… Ils subissent une régression extrême, sont constamment sollicités pour des examens, des changements de traitements… ils s'y perdent. Cette « mère réa opératoire » qui impose son rythme, son discours sur le vécu du patient, ne permet pas de jouer le rôle d'« une mère suffisamment bonne » (Winnicott, 1971). Certains pour y trouver du sens élaborent une théorie sur cet environnement, y voient un réseau de trafic d'organes, ou le lieu d'une guerre ; d'autres se comparent à du bétail « On me prend pour un cochon. Les médecins sont des charcutiers » m'avait rapporté un patient, ou encore « j'ai pris 9 kg, on m'engraisse comme une vache » ; ils se révoltent pour « sauver leur peau », attaquent le personnel soignant qui ne trouve pas d'autres solutions parfois que d'attacher le

patient, alimentant du même coup le sentiment qu'on leur veut du mal.

31 Les patients hésitent à parler de leurs hallucinations à leurs proches, craignant d'être pris pour des fous. Le psychologue est perçu comme susceptible de mieux comprendre ces « visions », d'aider à transformer ce vécu avec le patient pour l'intégrer dans son histoire et non la considérer comme une expérience honteuse, révélatrice d'un fonctionnement psychique pathologique.

BIBLIOGRAPHIE

Anzieu D. (1985). *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1995.

Dejours C. (2001). *Le corps, d'abord. Corps biologique, corps érotique et sens moral*, Paris, Payot et Rivages.

Freud S. (1899-1900). » L'interprétation du rêve », in *Œuvres Complètes Psychanalyse*, T.IV, Paris, PUF, 2010.

Freud S. (1919). « L'inquiétant », in *Œuvres Complètes Psychanalyse*, T.XV, Paris, PUF, 2006, pp.147-188.

Grosclaude M. (2002). *Réanimation et coma. Soin psychique et vécu du patient*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2009.

Lavallée G. (1999). *L'enveloppe visuelle du moi*, Paris, Dunod.

Minjard R. (2014). *L'éveil du coma, approche psychanalytique*, Paris, Dunod.

Winnicott D.W. (1971). *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.

Winnicott D.W. (1975). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard, 2000.

AUTEUR

Rachel Catheline Lefort
M 1 de psychologie clinique, Université Lumière Lyon 2

Éros contre Thanatos : combattre la résignation

Manon Herzog

DOI : 10.35562/canalpsy.1428

PLAN

Quand la clinique du néant devient la clinique de « l'élan »
La réalité matérielle et le vécu transférentiel comme outil dynamique
Écoute et positionnement de l'acteur du soin psychique
Conclusion

TEXTE

Quand la clinique du néant devient la clinique de « l'élan »

1 Si ce sont les machines et autres techniques médicales qui maintiennent le corps en vie lors d'une hospitalisation, c'est bien le désir, l'envie, la volonté qui « animent » le psychisme du sujet. En effet, il est essentiel de nous intéresser à ce qui est important pour le patient, sans ignorer le contexte difficile et menaçant qu'inspire la réanimation.

2 E. Ferragut écrit : « Comment stimuler le désir de vivre ? » En proposant un temps de parole, le psychologue réintroduit la question de la subjectivité et permet un instant où le corps n'a plus nécessairement d'emprise sur le psychisme. L'acte de soin et d'attention ne se focalise alors plus sur le soma et laisse la place à l'expression de mots, bien au-delà de la souffrance corporelle. Ces mots et cette présence peuvent « faire renaître un peu d'espoir, ranimer un peu le désir de vivre et permettre au sujet de se remettre en contact avec ses forces de vie et ses ressources internes » (Ferragut, 2005). Exit le clivage entre le corps et les émotions ; le patient peut se permettre ses propres liens, ses propres questionnements, en dehors de sa condition physique et exprimer ce

qui, pour d'autres, semblerait hors de propos, mais qui pour lui prend tout son sens dans un élan de volonté et de désir.

3 S. Freud indique que la pulsion « serait une poussée inhérente à l'organisme vivant vers le rétablissement d'un état antérieur que cet être vivant a dû abandonner sous l'influence perturbatrice de forces extérieures » (1920, p.96). Ici, cette proposition peut être entendue sous l'angle de l'influence du traumatisme de cette hospitalisation désorganisatrice survenue dans la vie du sujet et qui l'amène à la recherche d'un état plus apaisant à travers une réflexion sur sa « potentialité de vie ». S. Freud étend ensuite sa réflexion à la dualité entre pulsion de vie et pulsion de mort, lesquelles peuvent être perçues à travers l'expérience de finitude qui a poussé le patient jusqu'en réanimation et la réflexion psychique « positive » qui en découle.

4 De plus, S. Ferenczi fait état que « des douleurs violentes, de nature psychique et corporelle [peuvent se mêler] au travail d'association et de construction purement intellectuel » (1932).

5 Ainsi, plus encore que la recherche d'un état antérieur, le sujet en réanimation semble se servir du passé pour mieux le projeter vers l'avenir et ainsi ré-ancrer son histoire dans la réalité. Si « le silence équivaut à la communication, et l'immobilité au mouvement » (Winnicott, 1958), nous pouvons alors transposer cette idée de mouvement comme élan psychique et l'entendre à travers la parole du patient.

6 Il est alors essentiel de s'attarder sur la véritable fonction de la pulsion que nous pouvons identifier dans le cas présent. En effet, l'Éros a pour but d'établir des unités toujours plus importantes et donc d'engager un processus de liaison. Ce même processus semble être mis en place à travers un effort de sublimation du psychisme du patient, qui tente alors de déplacer l'énergie sexuelle de la pulsion de vie, vers une énergie intellectuelle, vitale, utilisée pour se réorganiser dans le regard de l'autre.

7 Nous pouvons alors entendre cette pulsion sublimée comme une tentative de restaurer le *moi*, face au traumatisme physique et psychique subit et comme processus créateur dans l'ensemble du travail de pensée du sujet. Cela pourrait permettre une liaison dans

l'idée du maintien d'un ensemble cohérent pour éviter l'effondrement et le morcellement d'un interne psychique, mais aussi dans l'idée de se lier à l'autre, de se (re)lier à son histoire.

8 Les processus psychiques mis en place dans le but de revisiter une histoire personnelle s'apparentent, ici, à la confrontation de la réalité d'une finitude. Cela s'appuie sur l'environnement *réanimatoire* « hors du temps », qui n'inscrit pas le patient dans un carcan d'urgence, dans le sens où celui-ci subit et attend les soins. Cette passivité physique est ainsi propice à une activité psychique intellectuelle mise au service d'une certaine réorganisation : le sujet utilise ce temps pour se penser et s'approprie le dispositif d'écoute et de parole proposé par le psychologue, ou stagiaire-psychologue, pour mettre en mots et partager ses préoccupations.

9 Nous avons pu constater que du discours du patient émerge une certaine temporalité, mais aussi un échelonnement de l'importance des différents aspects de sa vie. En effet, celui-ci ne semble pas accorder une importance notoire pour le présent, de par son caractère transitoire. Mais alors que le passé est caractérisé par le fait qu'il définit en partie l'actuel d'une personne, il est relativisé, et questionner le futur s'impose même s'il est nourri d'incertitudes : l'avenir demeure malléable. L'importance ainsi révélée du futur des patients nécessite, afin de concrétiser les différents projets, que ceux-ci se réorganisent dans une temporalité « commune » et « extérieure ».

10 Le processus d'appropriation du temps de parole se fait au fur et à mesure que le patient identifie l'importance de sa vie et se réinscrit dans une temporalité globale.

11 La narration de l'enfance, ou plus largement de l'histoire antérieure du sujet, lui sert à l'identification de ce qu'il juge comme des « erreurs ». Cependant, même s'il n'élabore pas nécessairement le lien passé/présent, il en considère toutefois la portée passé/futur. Il fait preuve d'une acceptation face à ce qu'il a été en remettant en question le sens de sa vie et nomme sa volonté d'évoluer à travers des éléments considérés comme meilleurs. Sa capacité à éprouver du plaisir augmente et il trouve dans son propre discours ce qui est susceptible de faire naître l'espoir en envisageant l'avenir malgré l'état précaire dans lequel il se trouve. Finalement, c'est l'incertitude du

présent qui pousse la réflexion au-delà de l'instant afin de retrouver une capacité de rêverie. La problématique d'être et d'avoir est au centre de ces pensées positives quelles que soit la condition somatique et les conséquences de celles-ci.

12 Ainsi, favoriser, stimuler, à travers une rencontre la reprise et/ou la mobilité du fonctionnement psychique pourrait être une réponse pour éviter que ses fonctions ne soient figées, sidérées, ainsi qu'un « enkystement du trauma dans une névrose traumatique » (Chabee-Simper, 2005). Cette reprise permettrait finalement au patient d'envisager pouvoir reconstruire sa vie d'une manière différente. La parole réorganise et permet de s'entendre pour ainsi mieux s'écouter, et mieux appréhender la réalité de ses idées.

13 Nous pouvons en conclure que « l'approche globale [médicale et psychologique] recentre la prise en charge sur la personne humaine et prend en compte sa parole de sujet, replaçant la maladie dans un contexte de vie et d'événement » (Ferragut, 2005), ce qui permet une recontextualisation ou tout du moins d'envisager un potentiel de vie au-delà de la réanimation, au-delà des murs et au-delà du traumatisme.

La réalité matérielle et le vécu transférentiel comme outil dynamique

14 L'influence traumatique ne se résume pas uniquement au seul vécu des patients. Notre intérêt ici se porte sur la fonction du psychologue en réanimation et plus encore sur le vécu de celui-ci, entre le sentiment d'impuissance face à la sur-activité médicale et sa capacité à maintenir et partager son espace interne dans la rencontre, et ce à la faveur de la création « d'une relation transférentielle [qui] est le moyen de réintégrer peu à peu le sujet dans le monde des vivants » (Lebigot, 2005). Ainsi, le psychologue praticien, plus particulièrement à cause de son investissement dans la souffrance psychique du patient, peut lui aussi être atteint par une certaine forme de sidération, qu'il peut exploiter pour initier un processus de liaison avec le patient, dans une tentative de « partage de

traumatisme ». Comprenant et partageant, dans une certaine mesure, les souffrances et les attentes du sujet, il peut donc l'aider à les mettre en mots et constituer ainsi une évolution du traumatisme vers une redynamisation de sa réalité psychique. Les certitudes narcissiques du sujet liées à l'insouciance et à l'idée d'une certaine immortalité sont morcelées lorsque la réalité d'une finitude fait soudainement surface. Cette même potentialité est renvoyée à l'analyste, qui n'a d'autre choix que de se confronter à sa propre mort et à ses propres angoisses liées à la fin de la vie. De fait, « la maladie, […] produit forcément, inévitablement, des effets conscients, mais aussi inconscients sur celui qui va être amené à recevoir, écouter, suivre et s'entretenir avec le patient » (Dumet, 2012). L'aspect désorganisateur de la réanimation, pour le patient, mais aussi pour le psychologue, est ainsi mis au travail dans une tentative de restructuration.

15 Dans cette dynamique, le psychologue doit pouvoir prêter attention aux éléments transféro-contre-transférentiels mis en jeu dans la rencontre clinique avec le patient, mais aussi ceux induits par l'environnement réanimatoire. L'engagement, l'implication, la disponibilité du thérapeute autant que sa capacité à être empathique face à la souffrance sont en effet des outils nécessaires et essentiels pour mieux penser et appréhender la rencontre. Mais, au-delà d'être à l'écoute du patient, le psychologue doit être à l'écoute de son propre psychisme, malgré la sensation de « s'exposer », tout en tentant de préserver un « cadre interne » et une certaine intégrité psychique lui permettant neutralité et absence de jugement face au sujet souffrant.

16 Pour S. Freud, notre propre mort n'est pas représentée dans notre inconscient (1915). Plus encore, tout individu est convaincu de son immortalité, qu'il en ait conscience ou non ; il est donc aisé de faire le lien avec cette potentialité soudaine et la sidération qu'elle amène face à sa confrontation en réanimation.

17 Le thérapeute ne déroge pas à cette réflexion, puisque la violence tant visuelle de la réanimation, face aux soins invasifs et aux corps souffrants, que psychologique, par la confrontation avec l'ambiance morbide qui y règne, fait vivre un réel blocage psychique à travers des

sentiments de culpabilité injustifiés. En effet, cela nous confronte à des questionnements que d'ordinaire nous évitons.

18 Ce postulat établi, on peut dire que le psychologue et le patient partagent les réalités matérielles traumatiques de la réanimation. M. Grosclaude parle de « remettre en marche son propre appareil à penser mis en défaut par les conditions psychiques et matérielles de la réanimation » (2010, p.39). Il s'agit en effet de prendre en compte ses ressentis à travers ce que le sujet et l'environnement suscitent comme images internes dans un processus d'élaboration, mais aussi à les entendre comme « éclairant les contenus et les enjeux de l'expérience du patient ». Ancré dans une dynamique transféro-contre-transférentielle, mise au travail grâce à la réflexion et l'associativité du thérapeute, celui-ci sera ainsi mieux outillé pour faire face à la détresse du sujet.

19 Malgré le caractère singulier de la rencontre et l'absence de suivi en réanimation, le psychologue peut tenter d'amorcer un processus de transformation des angoisses du patient, l'accompagner vers une réorganisation psychique et ainsi lui faire prendre conscience qu'il n'est pas uniquement défini par son état physique.

Aurian Riethmuller.

Écoute et positionnement de l'acteur du soin psychique

20 Le déroulement de l'entretien clinique en lui-même est symbole de cette configuration difficile. Le psychologue en milieu hospitalier est souvent amené à aller lui-même à la rencontre du patient et le plus souvent à son chevet, dans le sens le plus littéral du terme. L'entretien ne peut se pratiquer, en ce qui concerne les proches ou l'équipe de soins, qu'au détour d'un couloir, que dans une salle d'attente. L'infrastructure médicale ne prévoit en effet que rarement une place pour le travail de l'acteur de soin psychique.

21 De fait, le psychologue, ou le stagiaire-psychologue, se perçoit comme un « vagabond », presque un imposteur, porteur d'une blouse blanche sans être ni dans « *l'acting* » médical, ni mêlé au mouvement permanent de l'équipe soignante. Déambuler dans les couloirs ou s'arrêter pour se permettre un temps d'observation semble toujours synonyme de gêne, d'inutilité voire de non-travail et l'on en ressent toujours le prima du corps sur l'esprit dans cette excitation presque constante de l'urgence médicale. Ceci cristallise une première difficulté dans le positionnement du psychologue, celle d'être différent des autres acteurs du soin hospitalier.

22 Les résistances de l'équipe médicale se manifestent à travers un mécanisme de défense caractérisé par la peur d'être jugée sur leur propre pratique – le psychologue regarde, observe, interprète – et la représentation plus ou moins « mystique » de la capacité du thérapeute à analyser toute phrase. Un mouvement de recul est finalement observable, tant spatialement dans la difficulté de rentrer en relation avec les professionnels de soins, mais aussi verbalement lorsque l'on a la sensation que ceux-ci prêtent attention à tout ce qu'ils disent en présence du psychologue. Ce questionnement est ainsi projeté, plus ou moins violemment, sur le thérapeute à travers des éléments transféro- contre-transferentiels que celui-ci doit identifier et comprendre pour se laisser lui-même saisir par la nature de son travail et le « bien-fondé » de sa présence.

23 Par ailleurs, le malade perçu comme un « objet à réparer » par le corps médical est de ce fait largement désubjectivé, démuni d'intimité et non-érotisé. Il ne s'agit plus d'une question de genre, il n'est qu'uniquement question d'affections somatiques plus ou moins graves auxquelles il faut trouver une solution de guérison. Dans le même temps, la conception de la présence d'un psychologue dans certains services hospitaliers, ici en réanimation, est très résistante : qu'est-ce qu'un psychologue va bien pouvoir *faire* face à un patient qui ne communique pas verbalement ? Quand bien même, va-t-il réellement écouter ? En quoi cela va-t-il aider le patient dans son état somatique actuel ? Autant de questions auxquelles nous avons pu être confronté lorsque certains soignants tentaient de rationaliser les objectifs de la présence d'un stagiaire psychologue. Cette dynamique défensive s'entend aussi dans le fait que le psychologue, en tant que tel, renvoie la subjectivité, reflète la présence humaine et rappelle

que le patient est sujet, est « je », est « être » avec une histoire et des aspirations ; ce que l'équipe tente d'occulter quotidiennement à travers un clivage fonctionnel, tel que défini par les travaux de G. Bayle (2012). En effet, la réanimation renvoie à de nombreuses représentations et figures qui peuvent rapidement faire l'objet d'identifications ; lesquelles les soignants ne peuvent réellement se permettre pour continuer à pratiquer ces soins très invasifs. Mais « l'absence, en apparence, de subjectivité du patient, fragilise également le soignant dans sa subjectivité. » (Mimouni & Scelles, 2013, p.84), et face à la non-communication des patients, à ce que l'on peut appeler un « manque de gratitude » de ceux-ci qui ne ressentent parfois pas réellement les soins dus aux sédations, le soignant peut se sentir dévalorisé, non-reconnu – voire non qualifié, quand la réanimation est mise en échec – ce qui l'amène à élaborer des défenses pour faire face à ce vide.

Conclusion

24 L'équipe médicale est ainsi en dichotomie avec les psychologues. Pour permettre l'efficacité des soins, il faut éviter les projections individuelles et considérer le patient comme « objet de soin ». Mais là où cela garantit les « bons soins », ce n'est en aucun cas un garant de l'efficacité du soin psychique, puisqu'accorder un temps de parole au patient et respecter l'expression de sa singularité constitue le fil conducteur de l'entretien psychologique malgré la particularité de la réanimation. Cependant, en préservant sa neutralité, le psychologue doit comprendre les défenses des professionnels de soins sans pour autant chercher à les faire « tomber », car certaines sont à conserver, ou du moins à respecter et à entendre dans la préservation de chacun face à la douleur quotidienne qu'il rencontre au contact des malades. Être praticien en milieu hospitalier demande ainsi un large champ d'attention et de compréhension et il est impossible de s'enfermer dans la souffrance des patients et de ses proches sans entendre, simultanément, celle du corps médical.

25 En effet, dans un premier temps l'acteur de soin psychique accompagne le patient lors de son hospitalisation, mais plus encore dans l'expression de ses désirs et sa volonté de recontextualisation dans cet environnement traumatique. Dans un second temps, il est

amené à définir sa place auprès des professionnels de soins somatiques dont les objectifs sont similaires, mais les méthodes différentes. Il lui faut donc établir un lien entre soins physiques et soins psychiques. Le « travail se poursuit dans la réflexion sur leurs actes et leurs paroles, dans un devoir de bienveillance, assurant l'effet apaisant de la parole et du "penser ensemble" » (Mimouni & Scelles, 2013, p.83) amenant ainsi à une certaine synergie entre ces deux domaines, différents et pourtant complémentaires.

26 Si ces réflexions peuvent concerner d'autres domaines de la médecine, l'exemple de la réanimation contribue ainsi à cerner la pratique psychologique dans le champ de la médecine somatique.

27 Finalement, l'écoute en réanimation se réfère toujours à des principes de bases et fondamentaux de la psychanalyse comme écouter la subjectivité au moyen d'un appareil à penser psychique, partageable, et impliquant l'inconscient du patient et celui du thérapeute. Cependant elle est convoquée par une spécificité due à l'environnement et aux problématiques somatiques « extrêmes » rencontrées.

BIBLIOGRAPHIE

Bayle, G. (2012). *Les clivages – Moi et défenses*, Paris, PUF.

Chabee-Simper, S. (2005). « Réanimation et reconstruction psychiques post-traumatiques à long terme », in *Émotion et traumatisme, le corps et la parole*, Paris, Éd. Masson, pp.76-95.

Dumet, N. (2012). « L'entretien psychologique à l'hôpital général », in *L'entretien clinique*, Paris, Éd. Armand Colin, pp.147-163.

Ferenczi, S. (1932). *Le Traumatisme*, Paris, Éd. Payot & Rivages, 2006.

Ferragut, E., & coll. (2005). *Émotion et traumatisme, le corps et la parole*. Paris, Éd. Masson.

Freud, S. (1915). *Notre relation à la mort*, Paris, Éd. Payot & Rivages, 2012.

Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*, Paris, Éd. Payot & Rivages, 2010.

Grosclaude, M. (2010). « Le réanimatoire : quelle écoute du psychologue ? » in *Le Journal des psychologues*, n° 275, pp.38-43.

Labro, P. (1996). *La traversée*. Paris, Éd. Gallimard.

Lebigot, F. (2005). « Le traumatisme psychique », in *Émotion et traumatisme, le corps et la parole*, pp.67-75.

Mimouni, A. & Scelles, R. (2013). « Psychologues en service d'éveil de coma : complexité et diversité des missions », in *Bulletin de psychologie*, n° 523, p.77-85.

Minjard, R. (2014). *L'éveil du coma. Approche psychanalytique*. Paris, Éd. Dunod.

Winnicott, D.W. (1958). *La capacité d'être seul*. Paris, Éd. Payot & Rivages, 2012.

AUTEUR

Manon Herzog
Étudiante en M1 de Psychopathologie et Psychologie Clinique, Université Lumière Lyon 2

Présence d'étudiants en psychologie dans un service de réanimation : Le point de vue des médecins

Serge Duperret, Bernard Floccard et Claude Guérin

DOI : 10.35562/canalpsy.1430

PLAN

L'accueil
La découverte du service, des malades et des soignants
L'intégration à l'équipe
La place prise par ces étudiants
Conclusion

TEXTE

1 Accueillir un professionnel de la psyché dans une unité de soins est aussi inattendu que surprenant. Il y a longtemps que les cliniciens se sont « déshabitués » de leur présence à l'hôpital. Quelques rares services, comme la pédiatrie ou la gériatrie, ont conservé des vacations, mais il faut bien se rendre à l'évidence que, en dehors de la prise en charge des urgences psychiatriques, ces spécialistes n'apparaissent pas indispensables à l'institution et à leurs décideurs. Aussi, a-t-on affaire à des unités mobiles de psychiatrie qui dispensent des avis au sein des services, mais la présence d'un psychologue en leur sein est très rare. Cette précision est importante car, en nous demandant de définir la place du psychologue dans une unité de soins – en l'occurrence des services de réanimation – nous manquons tout simplement d'expérience dans ce domaine.

2 Par ailleurs, il est nécessaire de préciser le champ de notre réponse, car il ne porte pas sur un professionnel confirmé, mais un stagiaire. En effet, grâce à un rapprochement avec la faculté de psychologie, l'opportunité d'accueillir des étudiants en Master 1 ou 2 de Psychologie est possible. À l'issue de deux expériences – les stages durent une année universitaire – nous sommes en mesure de livrer nos impressions et formuler des remarques ou suggestions. Le

« nous » est l'expression de trois services de réanimation pour adultes du CHU de Lyon. Un situé à l'hôpital Édouard Herriot dont le recrutement est dominé par l'urgence des polytraumatisés et des opérés porteurs de pathologies aiguës graves, les deux autres à l'hôpital de la Croix-Rousse, un plus destiné aux pathologies médicales et particulièrement respiratoires, l'autre recevant la pathologie aiguë chirurgicale et médicale du foie, notamment les malades greffés.

L'accueil

3 Rien n'est bien organisé pour les accueillir. Quel vêtement leur procurer ? Comment leur permettre de se nourrir sur place ? Bien souvent, un médecin leur fournit une blouse trop grande, ou les internes les invitent à déjeuner. L'initiation peut commencer. Ils restent en civil sous cette blouse, ce qui leur donne une apparence différente des soignants ; troupe indifférenciée d'agents habillés de la même façon et que le malade peine à identifier. Nous verrons que cette distinction est décisive.

4 Le premier jour, il est important de présenter ce nouveau venu, étudiant certes, mais différent des externes en médecine. Très généralement, les paramédicaux sont très curieux et attentifs à l'arrivée d'un psychologue, même en formation. Il est classé dans une rubrique différente de celles qu'ils côtoient habituellement, avec le côté un peu fascinant, voire inquiétant que revêt cette spécialité. Dans les représentations non-professionnelles du psychologue, il faut reconnaître que ce porteur de regard extérieur, ce professionnel observateur capable de nous décrypter à travers nos agissements et nos habitudes, peut inquiéter. C'est ainsi que certains soignants souhaitent savoir ce que l'étudiant psy note sur son carnet. Le langage que nous utilisons au quotidien et qui nous paraît banal est très différent de celui qu'il emploie. Ainsi la présence d'un soignant d'un autre type – il s'agit bien d'un soignant, d'ailleurs nous l'intronisons par le prêt d'une blouse – nous expose, nous et nos habitudes, nos rites cachés. Le soignant est attentif à son propre langage devant cet apprenti psy à même de décoder quelque pensée secrète et maître de l'interprétation.

La découverte du service, des malades et des soignants

5 Le premier contact avec le monde de l'hôpital mérite un accompagnement, des explications, surtout dans un environnement extrême comme la réanimation. Les impressions livrées par ces nouveaux venus révèlent bien l'écart qui sépare nos représentations. Par exemple, nos malades apparaissaient, à l'une des stagiaires, tels des marionnettes maintenues par des fils – ceux qui relient le malade à l'écran de surveillance – que nous manipulions. Les premiers termes entendus avaient de quoi surprendre ces étrangers ; le « remplissage », la « négativation », le « recrutement », le « gavage », la « mutation »…

L'intégration à l'équipe

6 Après cette première phase d'accompagnement, il a été très surprenant de les « voir disparaître », se fondre dans le service. La discrétion de leurs allers et venues eux-mêmes rythmés par leurs cours et périodes de partiels, rendait peu visible leur ancrage dans le service. Il s'est fait, un peu en dehors de nous, médecins, sauf au hasard des discussions informelles que nous avions où nous leur conseillions certains malades qui pouvaient à nos yeux les intéresser. Cette autonomie nous a surpris et semble démontrer que ces stagiaires n'ont pas véritablement besoin de nous pour prendre des initiatives. C'est l'un des aspects un peu déstabilisants de cette expérience, car nous sommes habitués à recevoir des étudiants dont la formation dépend de nous, nous validons leur passage. Dans le cas présent, étant donné qu'il n'y a pas de psychologue en titre dans nos services, l'étudiant en psychologie, certes compte sur nous en cas de difficultés, certes reste curieux de nos remarques et autres conseils, mais sa production n'est pas soumise à notre jugement. Nous ne sommes pas ses pairs. Cette remarque n'est pas négative, au contraire, elle traduit le fait que l'hôpital peut être un lieu d'hospitalité, capable d'accueillir des personnes venues de tout horizon, lieu de partage. Le problème qui se pose plus ou moins confusément dès l'acceptation de ces soignants d'un nouveau type est

que les patients ne sont pas précisément là pour ça. L'intervention de psychologues, fussent-ils en formation, peut être interprétée comme l'existence d'un problème insoupçonné, voire caché. Il se trouve que cette crainte légitime ne s'est pas traduite dans les faits, au contraire.

La place prise par ces étudiants

7 Quelle ne fut pas notre surprise de découvrir que des liens se sont tissés spontanément entre ces étudiants, les soignants, les malades et parfois leurs proches ! De là à en déduire un déficit en psychologue préalablement ressenti par ces personnes est abusif, car l'on peut tout autant faire l'hypothèse que la présence d'un professionnel crée le sentiment d'un manque ; l'offre et la demande. Plus sérieusement, la facilité de cette mise en lien est l'expression de notre propre indigence dans le domaine. Des personnes dont la mission est d'écouter, sont nécessairement plus facilement investies par les malades ou leurs représentants ainsi que par les soignants, que les médecins désignés à une tâche différente. Est-elle si différente ? Là, se pose une autre question qui s'éloigne de notre sujet sans le quitter tout à fait. Même si notre souhait est de rentrer en lien, les représentations dominantes du médecin, tant pour les paramédicaux que pour les soignés, surtout dans nos services en apparence très techniques, sont dominées par celles de celui qui agit, pas de celui qui écoute. Ainsi, des familles se sont confiées aux étudiants psychologues à propos de craintes que l'on avait abordées avec eux, quelques instants plus tôt. Nous n'avions pas répondu à leur attente, ou ils ne nous avaient pas investi pour cela. La présence de ces étudiants nous a enseigné que l'on ne décide pas du rôle que le public nous assigne. On peut même faire l'hypothèse que la présence de toute personne « étrangère » à l'équipe, sans être facteur de troubles – elle peut l'être quand celle-ci s'interpose comme un soignant d'un autre type – mérite notre observation, car révélatrice de nos propres schémas de fonctionnement.

8 L'autre aspect très positif de cette expérience est l'aisance avec laquelle les équipes ont accueilli ces étudiants au sein des discussions d'ordre éthique, ou plus généralement des débats qui accompagnent la décision médicale. Malgré le caractère technique et soumis au secret de ces échanges, c'est avec beaucoup de facilité qu'ils y ont

assisté et, parfois, participé. Preuve réitérée de leur capacité d'insertion et, peut-être… de notre besoin en psychologues.

Conclusion

9 À l'heure de les voir partir, les regrets s'expriment de la part du personnel. Ils s'adressent peut-être à tous les témoins qui passent dans nos services où personne n'a vraiment plaisir à rester… Il serait démesuré, à partir de cette expérience embryonnaire, de définir les besoins en psychologues dans une unité de réanimation. Au plus, pouvons-nous conclure que leur insertion ne pose pas de problème, de même que leur présence n'entraîne pas de dysfonctionnements. Nous pouvons tout de même émettre l'hypothèse qu'un besoin en personne ayant capacité d'écoute, ou identifiée comme telle, est réel. Ce rôle est assez difficile à tenir par les soignants, même s'ils affichent une certaine disponibilité. Le mélange des rôles n'est pas aisé pour les malades qui ont besoin d'identifier les acteurs autour d'eux. Néanmoins, la présence de ces professionnels ne peut s'envisager, et c'est peut-être le principal enseignement de cette expérience, qu'en parfaite harmonie avec le déroulement du soin. Ces étudiants l'ont parfaitement intégré et nous ont toujours fait part de leurs observations, en toute complicité, comme déjà des soignants.

AUTEURS

Serge Duperret
Médecin anesthésiste réanimateur, réanimation chirurgicale, Hôpital de la Croix Rousse, Lyon
IDREF : https://www.idref.fr/090261461
ISNI : http://www.isni.org/000000035820317X
BNF : https://data.bnf.fr/fr/16687739

Bernard Floccard
Médecin anesthésiste réanimateur, service de réanimation, Hôpital Édouard Herriot, Lyon
IDREF : https://www.idref.fr/083550895
ISNI : http://www.isni.org/0000000140923158

Claude Guérin
Médecin anesthésiste réanimateur, chef de service réanimation médicale, Hôpital de la Croix Rousse, Lyon

IDREF : https://www.idref.fr/061500542
ORCID : http://orcid.org/0000-0003-4700-6672
ISNI : http://www.isni.org/0000000357164375

Soins intensifs

Croquis

Éliane Beytrison

DOI : 10.35562/canalpsy.1434

TEXTE

Nous avons voulu dans ce travail laisser une grande place à la rencontre pluriprofessionnelle et aux vécus et réflexions d'étudiants, futurs professionnels. Le dispositif PsyRéa est un espace de rencontre, d'échange et de création. C'est ainsi que par l'intermédiaire de Florine Fabre, étudiante en M1, j'ai eu le plaisir de rencontrer Éliane Beytrison. Son approche de la réanimation est encore différente de ce qui a pu être décrit dans les pages précédentes mais participe tout à fait à la construction d'une approche globale de la problématique réanimatoire.
Raphaël Minjard

1 Plasticienne, j'ai suivi une formation en Italie en « Beaux-Arts et Restauration peinture ». Ne vivant pas exclusivement de mon art je travaille comme réceptionniste aux Hôpitaux Universitaires Genevois dans l'Unité des Soins Intensifs. Mon rôle consiste principalement à accueillir les familles et à servir de passerelle entre la salle d'attente et la chambre. J'assiste ainsi à toute une gamme d'émotions vécues par les proches durant les heures d'attente.

2 Ce projet de croquis est né de la nécessité que j'éprouve de décrire, de témoigner simplement de mon quotidien que ce soit, les lieux, les êtres, les objets.

3 Mon travail n'est pas une parole, un dialogue, mais une écriture. Une écriture qui relate sans artifice sans effet ce qui se donne à lire. Une retranscription de perceptions multiples dont la certitude est absente. J'ai dessiné ce qui se vit dans les chambres par les patients et les soignants, cela représente plus de 450 croquis effectués

entre 2009 et 2013. Les croquis m'ont permis de m'approcher des patients et de leurs états. Sous cet angle il m'a été plus aisé de comprendre et de mieux considérer les soignants dans leur travail. 200 de ces croquis ont été exposés aux HUG et au Museo Civico à Caltagirone en Sicile.

4 Les patients ont accepté dans 95 % des cas que je les dessine. Ils m'ont confié leur vulnérabilité. Ils étaient « contents » que je les considère et confiants envers moi. J'étais pour les patients une « personne » ou un « rendez-vous » agréable qui n'attendait rien d'eux et dont ils n'attendaient rien. Ils ne subissaient aucune forme des contraintes auxquelles ils doivent habituellement faire face : soins invasifs, émotions des familles etc. J'étais un point neutre, parfois drôle, silencieux ou bienveillant, sans particulière empathie. Mon réel souci était de dessiner sans concession dans un sens ou dans l'autre, sans enjolivure mes modèles. Mes modèles se sont sentis vivants et beaux !

5 Les soignants ont apprécié les moments durant lesquels nous nous côtoyions. Ils ont compris ma curiosité envers leur travail et la beauté des « mises en scène » que les soins exigent. À travers ces croquis ils ont pu évaluer leur travail avec une autre approche. Ils ont pu constater leur présence, leur détachement, leur gestuelle et le sujet de leur attention. Pour certains, ils se sont rapprochés de leur patient, un corps redevenant un corps, une main, un regard, un individu en rapport étroit avec eux. Un individu dont la vie est entre leurs mains.

6 Suite à ce travail une exposition a été réalisée. Certains patients et familles sont venus durant l'exposition et ce témoignage de leur passage les a émus. Les médecins et soignants ont apprécié le regard que j'ai posé sur ce monde de l'Unité des Soins Intensifs.

7 De mon côté j'ai pu avoir le plaisir de côtoyer de manière plus proche ces personnes qui sont les acteurs des soins, les patients et les soignants.

Éliane Beytrison

Éliane Beytrison.

Au travers du travail d'Éliane, c'est la question du lien qui est posée, le fil du dessin comme lien entre les patients les familles, les soignants, un lien au fil des jours, des heures, des tensions et des attentes. Ce lien c'est la question qui court tout au long de ce numéro et du travail mis en œuvre par le collectif PsyRéa. Un lien comme un fil vers la mort ou vers la vie, mais un lien qui nous relie au niveau de ce que nous avons de plus humain.

Raphaël Minjard

AUTEUR

Éliane Beytrison
IDREF : https://www.idref.fr/257971149

Une expérience de travail pluri-professionnel en réanimation

Xavier Forel, Armand Kazek et Aurélie Trap

DOI : 10.35562/canalpsy.1436

TEXTE

1 Au travers d'une expérience clinique en réanimation, nous avons essayé de croiser les regards, les pratiques, les expériences afin d'esquisser une présentation d'un service particulier où les enjeux vitaux, mais aussi psychiques sont très importants. Nous avons donc fait le choix d'un texte « à trois mains » : deux infirmier(e)s en réanimation médicale et un étudiant en psychologie clinique. Une écriture pluridisciplinaire, à l'image d'une pratique soignante où il est inconcevable de travailler seul : tant dans un souci professionnel de bonne prise en charge que sur un versant plus personnel où l'environnement « extrême » rappelle à chaque instant au soignant que la vie du malade est en jeu.

2 Nous avons choisi de nous appuyer sur une situation clinique spécifique dans le but de relier la clinique à son environnement. De manière fortuite, nous avons appris au moment de commencer cet article que le patient que nous évoquons ici est décédé un an après sa sortie du service de réanimation.

3 Monsieur B. est âgé de 52 ans, cela fait plus de six mois que celui-ci est hospitalisé. Il est atteint de tuberculose, sa fragilité physique et le risque important de contagion lié à sa maladie ont empêché tout transfert vers un autre service. Il occupe une chambre isolée des autres, présentant des caractères spécifiques d'accès : sas, port de blouse, masque, pour éviter tout risque de contamination. Monsieur B. est divorcé, il a une fille de quatorze ans qui vit en foyer d'accueil. L'équipe soignante nous décrit ce monsieur comme un « artiste », « un marginal à qui la vie n'a pas souri ». D'abord hospitalisé pour une hépatite C, post toxicomanie à l'héroïne, le diagnostic de tuberculose et la gravité associée motivèrent son entrée en service de réanimation. L'équipe soignante semble attachée à ce patient défini

comme « sympathique », « agréable » : « C'était Boris et non M.B. ». Une infirmière dira « c'est rare d'avoir un patient aussi longtemps dans le service alors forcément avec le temps on s'attache et on crée des liens ». M.B. est un homme très maigre au regard épuisé, mais au visage souriant. Allongé dans son lit, il ne peut se déplacer sans la présence d'un soignant. M.B. est trachéotomisé et parle d'une voix discrète souvent difficilement perceptible en raison du bruit des nombreuses machines. Il travaille dans le milieu du spectacle, profession qu'il qualifie de « festive » où « les équipes ne sont pas très sages ». Très vite il aborde son passé avec la drogue et explique comment de « fil en aiguille » il a été amené à consommer des drogues de plus en plus dures. Puis, il continue sur les raisons de son hospitalisation. Il avoue son désarçonnement total lorsqu'un jour « des hommes avec des masques sont rentrés » dans sa chambre et lui ont annoncé le diagnostic de tuberculose. Il dit ne pas avoir réalisé tout de suite l'importance des conséquences de cette maladie. Ce n'est que lorsqu'il a été mis en chambre d'isolement et que les visites protocolaires ont été mises en place qu'il a réalisé qu'il « ne sortirait pas aussi vite que prévu ». Il explique que sa trachéotomie lui a coupé la parole pendant plus de deux mois, il pourra de nouveau parler grâce à la mise en place d'une cellule phonatoire.

4 La sollicitation du stagiaire psychologue par les soignants a été importante après sa première rencontre avec le patient. Ils interrogeaient sur la vie de ce patient : avait-il parlé de son passé de toxicomane ? De sa vie d'artiste marginale ? La place d'*un représentant de la vie psychique* interrogeait beaucoup ; les nombreux questionnements à la sortie de ce premier entretien en été la preuve. La présence de psychologue avait été jusqu'à présent dans ce service rarissime. Ses interventions ne se faisaient que sur demande, souvent exceptionnelle et uniquement pour des situations jugées problématiques par l'équipe. Cette présence ponctuelle faisait constater une méconnaissance mutuelle des fonctions de chacun, développant et exposant à des a priori, laissant chez les équipes l'impression d'« expertises psychologiques ». L'expérience de la présence d'un stagiaire en psychologie clinique sur du long terme semble cependant démontrer qu'un psychologue aurait largement et de façon permanente toute sa place au sein d'une équipe de réanimation. Ceci à trois niveaux : tout d'abord par la relation d'aide

directe au patient qu'il établit. Ensuite par le travail d'analyse et de liaison qu'il effectue de chaque prise en charge permettant d'éclairer les équipes lors de situations complexes. Enfin, il peut aussi intervenir directement auprès de soignants en questionnement sur un vécu professionnel parfois douloureux. « Quinze ans de réa et on n'a jamais vu un psy, tu parles qu'on est un peu dingue ! » disait une aide-soignante. La confrontation permanente des professionnels à des situations morales et éthiques difficiles n'est pas sans conséquence sur la vie des équipes soignantes. On peut fortement présupposer que l'éclairage d'un psychologue de certaines situations, dans un travail individuel ou collectif, tendrait à prévenir épuisements professionnels, tensions d'équipes et arrêts maladies. Cependant la possibilité d'un tel travail nous apparaît nécessairement passer par l'incorporation du psychologue dans les équipes afin de garantir un sentiment d'appartenance mutuel.

5 M.B. affiche parfois un air triste. En lui demandant les raisons de cette apparence morose celui-ci se met à pleurer. Il confie son « ras-le-bol », le désespoir qui l'envahit chaque matin lorsqu'il réalise qu'il est encore à l'hôpital. Sa dépendance pour les gestes quotidiens : aller à la selle, se laver. Les bips incessants des machines et la douleur constante liée aux escarres le remplissent de doutes quant à une possible amélioration de son état de santé. À ses interrogations rhétoriques concernant le sens de sa maladie, des épreuves qu'il endure, il est difficile de répondre.

6 Le regard de M.B., à la fois rempli de peur et de colère, rappelait que nous étions dans un lieu d'urgence où les problématiques de la « vie malade » et les angoisses de mort associées sont constamment présentes. Il semblait par ses pleurs, rappeler que nous étions dans une relation humaine qui dépassait nos places de patient et de professionnel. S'y exprimaient des besoins humains essentiels : être rassuré, en confiance, proche. Une nouvelle perspective thérapeutique semblait se construire, se tisser de par l'instauration d'un suivi psychologique. D'ailleurs M.B. dira « ça fait du bien de parler à quelqu'un d'autre que les murs ». De par la nature même de sa profession, le psychologue est exempt des actes de soins efficaces et techniques dans lesquels chaque soignant est pressé. Sa fonction lui permet un luxe temporel auquel les soignants ne peuvent prétendre, car pris dans une logique du faire où l'acte de soin est

nécessaire. Ce rapport au temps est essentiel à l'hôpital, et encore plus en réanimation où la proximité de la mort rappelle aussi bien aux soignés qu'aux soignants que le temps est imparti. Même si cette lisière du temps concerne des causalités différentes, elle demeure néanmoins impérieuse pour chacun. « T'es pas sorti de la chambre de la journée », sera un constat fait par un soignant à un autre, témoignant d'un sentiment ambivalent : d'une part cela atteste d'une force de travail et d'un important investissement, mais cela interroge aussi les raisons d'un tel engagement. Est-il réellement nécessaire de rester aussi longtemps pour arriver à ce résultat ? Les négociations autour du temps sont permanentes en réanimation et s'interpénètrent avec les relations de pouvoirs. La question constante semble être : qui prend le temps de qui ? Les patients demandent plus de temps aux soignants, car leur vie et/ou leurs conforts en dépendent, les médecins demandent du temps aux infirmières, qui de la même manière, en demande aux médecins. D'ailleurs les temps de travail officiels sont généralement généreusement dépassés et donnent lieu à d'autres négociations aboutissant à des crédits temps ou des récupérations. Un des symptômes de cette recherche des limites du don de soi semble transparaître au travers des négociations avec les patients et avec les proches autour de la question du temps : « j'arrive tout de suite – je viens dans deux minutes – allez en salle d'attente on va vous chercher dans 10 minutes ». Cette réflexion semble poser une question fondamentale : manque-t-il du temps ou d'une suffisante disponibilité psychique pour en donner ? Même si singulièrement différente pour chacun, cette préservation et ce contrôle du temps semblent essentiels pour chaque soignant. Faire attendre pour la réponse à une demande est un moyen pour le soignant de réimposer son propre rythme même si parfois cela se heurte à l'incompréhension des familles face à ce qu'ils considèrent comme une demande urgente.

7 Nombreuses étaient les rencontres durant lesquelles M.B. exprimait des plaintes concernant l'épuisement physique et psychique dans lequel celui-ci se trouvait. « Ils n'arrivent pas à soigner ce que j'ai ? Ça fait plus de six mois que je suis là ! Ils font quoi au juste ? Une expérience ? ! » La rencontre de M.B. avec sa réalité biologique semblait être l'origine d'une importante désillusion. Les récents

progrès médicaux nous conduisent à certains fantasmes des pouvoirs de la médecine et nous amènent à considérer la santé comme un dû et le fait de ne pas l'atteindre comme une iniquité. La phrase de M.B. apparaît comme un sentiment d'injustice : « pourquoi moi je ne guéris pas ? » Mais l'on pourrait aussi comprendre cette phrase d'une autre manière : « Ils font une expérience sur moi, car je présente des traits caractéristiques qui font de moi une source d'intérêt pour la science et donc pour les soignants », vient en écho avec le comportement de l'ensemble de l'équipe soignante qui adoptait effectivement une attitude différente avec ce patient depuis longtemps hospitalisé. Cette attitude semble donner du sens à la dure épreuve de sa maladie, elle pourrait être vue comme une tentative d'élaboration d'un vécu injuste et traumatique de la maladie. Le « il » en tant qu'individu malade laisse place au « je » du sujet acteur de l'histoire. En quête de sens pour expliquer l'inexplicable, le patient paraît au travers de cette réflexion apporter une tentative de réponse.

8 M.B. possédait un cahier, celui-ci permettait de préserver un dialogue avec les soignants lorsqu'il ne pouvait utiliser sa voix. Une page, présentée à la manière d'une lettre, retiendra particulièrement notre attention :

> « Je dormais, je me suis réveillé, angoissé… Tout seul. Je ne connais pas l'Ardèche, je suis venu pour ma fille. Monsieur le Président, je vous écris cette lettre pour dire qu'à partir de maintenant vous n'aurez plus le temps d'élever vos enfants, de prendre le temps de vivre. Vous allez juste souffrir et ne plus vraiment rire. La nouvelle Loi a été votée, vous allez en chier. Interdits les éclats de rire dès 18h00. »

9 Cet écrit, aux allures du poème de Boris Vian, est lourd de significations. Il marque la distinction entre un état stable, « je dormais » et un état fluctuant, d'agitation et de mal-être. « La nouvelle loi » semble faire référence à son entrée en réanimation, inattendue, douloureuse où la solitude est marquante. Sur un registre mélancolique, M.B. nous indique un sentiment de culpabilité quant à ce temps perdu qu'il aurait pu consacrer à « élever vos enfants ». M.B. semble par cette lettre s'écrire à lui-même, le président c'est lui, individu unique et seul avec pour autant l'exigeante mission d'aller mieux, de guérir.

10 M.B. était surtout demandeur de parole, d'échanges, d'écoute. La durée inattendue de son hospitalisation et sa générosité de partage ont rendu la prise en charge complexe pour les soignants, des liens se sont tissés. Le patient a été alors investi par les soignants et s'est vu attribuer le terme de mascotte. À l'approche de Noël, de nombreuses feuilles circulaient dans le service pour : « offrir un cadeau de Noël à notre mascotte des soins continus : M.B. ! » M.B. était un symbole pour les soignants, il portait de par sa condition les nombreuses problématiques auxquelles chaque jour les soignants sont confrontés, la vie et son inexorabilité, la mort. Mascotte vient du provençal *mascoto* qui veut dire littéralement « sortilège ». Intéressante étymologie surtout si l'on considère les dires de certains soignants : « la vie ne lui a pas souri ». M.B. portait à son insu cette symbolique du sort, du hasard malchanceux. Cette hospitalisation inhabituelle à la réanimation incitait les équipes à s'interroger, car leurs pratiques soignantes auparavant empathiques semblaient malgré eux basculer du côté de la sympathie. Se questionner sur le présent de ce malade, martelé de pulsion de mort jusqu'à présent déniée et/ou refoulée de façon le plus souvent collective par l'équipe.

11 Plus que comprendre l'histoire du malade, ce qui semble important c'est de soutenir sa pensée, son vécu, sa parole, en reconstruction après le passage traumatique d'une maladie inattendue. Cette relation spécifique avec ce patient semble montrer combien l'équipe soignante a tenté de créer un espace psychique là où l'institution formait un milieu fermé par la chambre d'isolement. En effet, les nombreux appels de M.B. semblaient être à entendre du côté d'une demande d'extérieur. En sollicitant l'attention des soignants, il paraissait mobiliser la vie dont il était privé et qui pourtant se poursuivait à l'extérieur. Cet enfermement et cette séparation des autres l'obligeaient à une réflexion sur lui-même. L'attente de M.B. ne semblait pas être qu'une attente d'un temps d'écoute, c'était avant tout une attente de mise en relation avec une parole salvatrice considérée comme sortie de secours d'une solitude, où sa pensée s'échoïsait entre les murs de sa chambre d'hôpital. C'était un appel d'aide à l'autre, jugé comme un tiers secourable, capable de briser cette cyclicité dans laquelle il était emprisonné.

12 En opposition avec une vision technocratique et hygiéniste de l'image idéale de l'hôpital aux couloirs brillants et aux portes bien alignées,

les portes en service de réanimation restent souvent ouvertes. Les patients préfèrent souvent l'ouverture en raison du bruit angoissant de la soufflerie et des différentes machines médicales ramenant inexorablement à la dure réalité physique et psychique de la maladie provoquant sentiment de solitude et d'isolement. Les portes ouvertes c'est la possibilité d'un extérieur représenté par l'équipe soignante. Mais ceci s'analyse aussi du côté des soignants, avec bien évidemment un aspect pratique de communication, où la porte ouverte permet de rester en alerte aux différentes informations circulant dans les couloirs assurant ainsi un travail d'équipe. Cette porte ouverte c'est aussi la possibilité pour chaque soignant de rester en lien avec la convivialité de l'équipe par opposition au duo au potentiel angoissant que provoquerait la fermeture de la porte. Cette fermeture impliquant immédiatement une confrontation sensitive et directe au patient malade et possiblement en danger de mort.

13 Le départ de M.B. fut déstabilisant pour l'ensemble de l'équipe soignante. Le temps avait permis de le voir aller mieux. La levée de l'isolement, la fin du port du masque, laisser la porte ouverte, pouvoir marcher dans le service procuraient à ce patient un bien-être immense. Son hospitalisation inhabituellement longue pour un service de réanimation avait permis un contact bien singulier avec les soignants. Son départ, même si réjouissant, car signe d'une amélioration notable, ramenait tout de même l'ensemble du personnel à une réalité parfois douloureuse de la réanimation : le *turnover* des patients y est énorme, c'est une clinique de l'urgence où l'aboutissement est duel. Soit les patients retrouvent un certain état stable, ils changent alors de service laissant ainsi la place pour d'autres patients en état critique, soit ils connaissent une issue plus tragique, ils décèdent.

14 Du côté de la prise en charge psychologique, le sentiment « d'esquisse thérapeutique » subsistait, avec la douloureuse impression qu'il aurait été possible « de mieux faire ». Il apparaît que le traumatisme dans un tel service n'est pas seulement lié à un excès de violence et d'agressions somatiques, il peut aussi être lié à des vécus traumatiques plus anciens ainsi réactivés. M.B. avait laissé certains indices comme la lettre où il évoquait la séparation avec sa fille, son année vécue dans la rue. De plus chaque séparation avec un patient renvoie aux interrogations quant à l'utilité « d'un psy » dans

un tel service et son positionnement radicalement différent des soignants où le langage dominant est le langage du geste médical. Cette question de l'utilité fréquemment rencontrée au détour d'un entretien difficile avec un patient ou à l'occasion d'un problème d'organisation avec les soignants, pour préserver les entretiens des temps de soins, est à la fois déstabilisante, mais aussi stimulante puisqu'elle amène le psychologue à toujours se repositionner, à réajuster sa pratique clinique.

15 L'écoute des soignants atteste au patient réanimé qu'il existe réellement, qu'il continue d'exister en tant que sujet somatique, mais aussi et surtout qu'il est reconnaissable comme un autre humain. Le travail des soignants et du psychologue est d'amener le sujet à considérer le langage, verbal ou non, comme outil permettant de mettre en travail les vécus traumatiques propres à la réanimation. C'est une forme dynamique de réappropriation d'un vécu physique/psychique par une tentative de mise en sens. Se parler, se dire, c'est déjà opter pour un positionnement radicalement différent, celui de passer de la maladie à celui de sujet malade.

AUTEURS

Xavier Forel
Infirmier en réanimation

Armand Kazek
M2 Pro de psychopathologie et psychologie clinique

Aurélie Trap
Infirmière en réanimation

Vie psychique en réanimation

Aurélie Frénay et Justine Pereira

DOI : 10.35562/canalpsy.1440

PLAN

Point de vue du psychologue clinicien (Aurélie Frenay)
  Comment le psychologue soigne-t-il en réanimation ?
Point de vue du neuropsychologue (Justine Pereira)
  La place du psychologue
  L'accompagnement psychologique des « familles »
  Le rôle du psychologue auprès des patients hospitalisés en unité de soin de réanimation

TEXTE

Point de vue du psychologue clinicien (Aurélie Frenay)

1 À l'arrivée en réanimation, tous les sens sont en éveil. Les premiers pas dans ce milieu *a priori* non accueillant pour le clinicien ne s'oublient pas. Ce service clos, renforce l'inquiétante étrangeté imaginée derrière les portes. Accueilli par une secrétaire ou s'adressant à un interphone, des portes, couloirs ou salle d'attente sont traversés, au cours desquels il est nécessaire de déposer ses affaires, se laver les mains, parfois se vêtir d'un sarrau, de chaussons… Comme une transformation de soi pour rencontrer l'impensable ?

2 Dans le service, le regard balaye d'abord l'espace. Les détails sont nombreux, l'œil comprend progressivement le sens, l'organisation de cet ensemble. Un intense travail d'observation, de transformation a lieu. Les chambres sont individuelles pour la plupart. Les portes, grandes ouvertes, permettent aux nombreux soignants, vêtus de tenues identiques, de s'affairer auprès des malades… Beaucoup d'écrans affichent des courbes, des chiffres. Des *bips*, réguliers, plus ou moins forts constituent le fond sonore. Serions-nous dans une

salle de contrôle ? Au départ, l'observation prévaut à tout mouvement. Cet outil clinique reste la clef de voûte de notre dispositif d'intervention. Comment fonctionne cette micro société, quelles en sont les règles, les coutumes, les éventuelles modalités défensives ?

3 En réanimation, le psychologue est d'abord observé, jaugé, questionné ou ignoré, mais surtout parachuté dans le service. Il est investi comme un objet attirant, inquiétant, attendu, manquant ou décevant à travers des liens sans cesse en mouvement, jamais complètement certains. Quelle place occupe-t-il selon qu'il fait partie du service ou que son intervention est « à la demande », en psychiatrie de liaison ? Quelles sont les attentes de l'équipe ? Il participe aux différentes instances propres à un service hospitalier : relèves, staff médical, groupes de travail… Il rencontre les patients, les familles et il échange informellement avec l'équipe. Il est objet porteur de l'énigme de la rencontre, de l'interaction, qui ouvre l'accès au fondement de la vie psychique du sujet.

Comment le psychologue soigne-t-il en réanimation ?

4 La notion d'errance est inhérente à cette pratique hospitalière. S'imprégner des lieux, être là sans y être complètement. Faire corps avec les soignants, s'en détacher et (re)créer. Garder un pied dehors, ne pas être englouti par les rouages de ce ventre médical, tout puissant, ayant le pouvoir de faire renaître d'entre les morts. Le ton est donné. En réanimation, c'est un lien « à la vie à la mort » qui s'engage, la perte est perpétuellement en jeu et les affects partagés sont forts.

5 Le psychologue part et revient, mettant régulièrement en jeu la permanence de « l'objet-psy », dans un contexte où la mort est présente au quotidien. Le psychologue et son dispositif doivent conserver une oscillation entre une position d'accueil et une mise à distance, aménageant une aire de rencontre et de séparation dont l'enjeu serait de permettre une adaptation aux réalités externes. La place du psychologue ferait émerger la différence, par une position soignante décalée et par là même, une présence identique chaque semaine. C'est ainsi par son absence que le psychologue fait

remarquer sa présence. Ainsi, la rythmicité, la temporalité qui s'instaure, permettrait d'amorcer un travail de subjectivation.

6 Pour A. Ciccone (2007), « le rythme est organisateur des expériences de fractures, de chaos et la sécurité perdue est recherchée dans des structures rythmiques de l'expérience subjective ».

7 Quelles sont les constantes, formant le cadre, dans le service de réanimation ? Le psychologue est-il une constante ? Quelles sont les variables ? D.W. Winnicott (1956) définit le « setting » comme « la somme de tous les détails de l'aménagement du dispositif ».

8 Pour J. Bleger (1979), le cadre est « un "non-processus" en ce qu'il est fait de constantes, à l'intérieur duquel le processus lui-même a lieu, c'est l'organisation la plus primitive et la moins différenciée de la personnalité ». Le cadre doit être suffisamment contenant pour permettre de rêver ensemble, mais aussi solide pour que puissent y être déposés les vécus bruts. Comment l'espace thérapeutique, proposé par le psychologue, serait utilisé comme espace neutre dont le cadre pourrait accueillir et supporter l'inélaboré ? En tentant de conserver une malléabilité suffisante pour proposer une position en creux afin d'accueillir l'informe.

9 L'espace intermédiaire, aire de désillusionnement, se caractérise par la présence de l'objet transitionnel, trouvé-créé. Le traumatique viendrait détruire cet espace, par un excès d'excitation non-maîtrisé. Comment passer du vide au creux ? Comment transformer l'informe dans le langage verbal et non-verbal de la rencontre thérapeutique ? Cette impossibilité à être là tout le temps, partout, rythme la présence et l'absence. Il est possible d'en reparler, de faire émerger un après-coup. Comment supporter la séparation, quelles traces restent en l'absence de l'objet-psy ?

10 Quelques outils de médiation peuvent être mis en place par le psychologue. Un cahier de bord permet aux familles et aux membres de l'équipe de laisser une trace du séjour en réanimation ; un cahier de communication comprenant un alphabet, des photos d'objets ou des pictogrammes, une ardoise avec un feutre, peuvent servir de support d'échange ; les familles ont la possibilité d'apporter des photos, des dessins d'enfants pour habiller les murs, d'indiquer le programme télévisuel ou radiophonique que le patient avait

l'habitude de suivre… Ces médiations sont l'occasion d'historiciser les éléments aplatis par le traumatique. Ainsi, le patient redevient sujet de/dans son histoire.

11 En Réanimation, le psychologue se trouve donc dans une situation « hors les murs » de son dispositif classique, mais dans ce délogement, il retrouve la définition première de la clinique : « au chevet du patient » et peut déployer sa créativité.

12 Quels sont les enjeux des soins lorsqu'ils ont lieu au moment où la continuité corporelle et psychique des patients est effractée ? La pratique du psychologue dans ce lieu extrême permettrait aux patients, à leurs proches, aux soignants d'amorcer la (re)construction de l'histoire propre du sujet, une identification et une appropriation de leurs vécus.

13 Comment faire pour que les vécus et souvenirs traumatiques, résultant d'une logique de répétition, puissent s'ouvrir à la logique du principe de plaisir ? Les modalités du lien sont-elles uniquement marquées par la déliaison ? Que se joue-t-il sur le théâtre du soin ? La scène du soin, la chambre dans laquelle les soignants entrent, sortent. Le rideau est tiré, le costume est porté, le psychologue en serait-il parfois le souffleur ?

14 Il y aurait un traumatisme fondateur, « un chaos initial » à partir duquel les histoires de certains patients (et soignants ?) se seraient construites et dont la force destructrice se répéterait à l'occasion de ces hospitalisations. S. Freud parle de traumatisme précoce qui atteindrait le Moi. Ainsi, l'inscription du traumatisme donnerait lieu à une blessure narcissique dont la multiplication amène au traumatisme cumulatif qui « résulte de l'accumulation silencieuse et imperceptible des brèches dans cette barrière protectrice », selon M. Khan.

15 Que travaille le psychologue au cœur du traumatisme ? Traumatisme de l'événement qui amène en réanimation, traumatisme du service en lui-même et de ses représentations, des soins parfois intrusifs, de l'intime exposé au vu et au su de tous… L'hospitalisation en réanimation ferait (re) vivre une chute dans le chaos. Un emboîtement de crises aurait lieu, à la manière de poupées russes qui

recouvriraient les autres comme une défense régressive paradoxale face au risque de désorganisation.

16 L'histoire de l'Homme transite entre crise et résolution, entre ruptures et sutures, « entre ces limites, un espace est possible de création, de dépassement et de jeu : ce que D.W. Winnicott a appelé l'espace transitionnel » dit R. Kaës.

17 Le fonctionnement même du service, sur le principe « d'évacuation » du malade, en raison de sa mutation vers un autre service ou de son décès, laisserait en suspens le processus de deuil des soignants. Tout va très vite, la durée moyenne d'hospitalisation est de quelques jours en réanimation. L'espace intermédiaire n'aurait pas le temps de s'élaborer, trop coûteux psychiquement. La parole/présence à l'autre serait comme un voile qui tenterait de refermer *a minima* cette effraction.

18 Se pose également la question de la limite du langage avec certains patients dans ce type de service où nombre d'entre eux sont intubés et sédatés. Mais il s'agit parfois d'être auprès d'eux, à leur chevet, d'être avec. Comment alors rendre compte de l'expérience ? S'adresser à l'autre, s'identifier à l'autre, à l'horreur, au drame pour pouvoir se rencontrer.

19 Quels vécus corporels contre/transférentiels du psychologue seraient alors partageables avec le patient ou la famille pour leur permettre d'expérimenter ce vécu ? On pense au « signifiant formel partagé, co-éprouvé » de D. Anzieu.

20 S. Freud parle de mémoire archaïque, de traces perceptives. Comment des vécus catastrophiques se réactualisent-ils dans la médiation avec le psychologue, dans un autre contexte ?

21 Le psychologue peut faire « comme si », par le jeu, pour se différencier et faire exister cet espace intermédiaire. Les paroles permettent de se distancier, les mots se distillant au rythme du compte-gouttes de la perfusion. L'alternance de mots de notre part et d'écoute permet au patient de redevenir sujet. Lorsqu'ils peuvent écrire sur une ardoise, la plupart du temps, ils tiennent à faire des phrases entières. Il semble important de reconstituer une chaîne narrative. Comme une tentative de partage d'affect, qui ferait appel à nos ressentis pour faire hypothèse ensemble. Ce quelque chose de

partageable pourrait émerger, s'entendre, se rencontrer peut-être en tant que sujet.

22 Mais un patient en rappelle d'autres et parfois les fantômes errent dans le service. Le rôle du psychologue serait-il de faire mémoire ? Faire trace en étant lui-même porteur de traces d'histoires passées ? Cela permettrait un potentiel traitement en pointillé du traumatisme, par résonance, en faisant retour aux équipes.

23 S'ouvre à nous, une clinique du signe, à observer, transformer, comprendre et parfois traduire pour la partager.

24 Cette clinique de l'extrême oblige au mouvement, à la créativité ou à la rigidité par recherche de sécurité. De multiples éprouvés marqués par la négativité, difficile à nommer, à repérer et partager, traversent les équipes devenues support des mouvements pulsionnels, mettant les liens à l'épreuve.

25 Le psychologue adopterait un positionnement clinique de guerre (il vit l'horreur « sur le terrain »), un positionnement clinique en filet (il accompagne l'équipe sans rencontrer le patient ou les proches), un positionnement clinique du souvenir (il évoque d'anciennes situations avec l'équipe ou des vécus d'éveil de coma avec les patients).

26 Des mouvements antagonistes sont observés chez les soignants (mais aussi les proches), tels que l'alliance ou l'indifférence, l'abandon ou la séduction, la déception ou l'idéalisation, l'absence ou la présence, l'investissement ou le désinvestissement, la liaison ou la déliaison… Il s'agit en somme d'une clinique en tout ou rien… Le rôle du psychologue sera de tenter d'apporter et de maintenir quelques nuances dans cette clinique extrême.

Point de vue du neuropsychologue (Justine Pereira)

27 Arrivée en réanimation en tant que « neuropsychologue », j'ai très vite dû mettre de côté ma mallette et mes tests, afin de pouvoir aller à la rencontre du patient. En effet, l'univers de la réanimation, du fait de la présence de nombreux appareillages techniques et médicaux, nous invite en tant que psychologue à préférer la simplicité et l'efficacité en délaissant non seulement nos outils, mais aussi nos croyances.

La place du psychologue

28 La réanimation est une spécialité médicale relativement jeune, née en 1960, au sein de laquelle la priorité a longtemps été de « sauver la vie » des patients en suppléant les fonctions défaillantes. Ce n'est qu'avec l'évolution des techniques de réanimation que nous nous sommes désormais intéressés à la qualité de vie des patients après l'hospitalisation en réanimation ainsi qu'aux questions éthiques de limitations de soins (mourir en réanimation). Ainsi, offrir une dimension plus humanisée aux soins et aux traitements pour des « malades » est devenu une préoccupation majeure des équipes médicales et même de la société (cf. la loi sur la fin de vie et les débats sur la notion d'acharnement thérapeutique). C'est pourquoi certains médecins-réanimateurs sont venus à la rencontre des psychologues. Parallèlement, certains psychologues se sont tournés vers cet univers à part que constitue la réanimation.

29 Une unité de soins de réanimation reste en effet un lieu que nous pouvons qualifier « à part » : il amène le psychologue à se sentir quelque peu à l'écart, dans un entre-deux pas. J'entends encore certains de mes collègues me demander : « Mais que fais-tu en réanimation… les patients dorment… ? » La réponse est délicate à apporter tant leurs représentations de la réanimation sont éloignées de la réalité. Cependant, nous tentons d'expliquer au mieux la nécessité d'accompagner ces patients ayant parfois un état de conscience modifié certes, mais qui ne restent pas moins présents pour autant et qui par ailleurs, traversent des expériences traumatiques.

30 En outre, il est essentiel de rappeler que le psychologue devra adopter une place, elle aussi à l'écart de l'équipe soignante et médicale, même s'il peut devenir avec le temps un réel membre de l'équipe du service. Comme dans toute nouveauté, il faut laisser le temps aux services de connaître, comprendre le travail et la potentielle « employabilité » du psychologue. À l'instar de la réanimation, la représentation que véhicule le psychologue est tout aussi éloignée de la réalité ! Face à ces constats de faits, certains membres de l'équipe médicale peuvent se sentir menacés, voire en danger (« peur d'être analysés ») ou encore formuler des demandes

erronées. Conjointement, il est encore difficile parfois pour certains médecins d'accepter la présence du psychologue, qui rappelle à la fois la part de sujet du patient, mais aussi le besoin d'une complémentarité des soins. Ils adoptent alors une posture d'autosuffisance, accordant au seul soin dit « organique » toute leur attention. Ils justifient cette posture en déclarant que le patient aura le temps, par la suite, de se faire accompagner psychologiquement, mais que pour le moment, ce n'est pas la priorité. Or, en dialoguant avec les patients, nous mesurons l'importance et le bénéfice de la prise en considération de la douleur physique et morale au cours de l'hospitalisation. Ce juste retour de l'humain dans les soins a véritablement sa raison d'être.

31 Ces constats établis, le psychologue doit alors savoir se remettre en question pour s'adapter et même s'ajuster à ce nouvel environnement. Pour ce qui est de ma propre expérience, je pense que le fait de partager un intérêt commun avec l'équipe médicale est fédérateur. Grâce à la recherche clinique et à la volonté d'améliorer les techniques de soin, j'ai pu m'inscrire dans ce service. Mais il ne m'a pas été facile de m'y affirmer avec mon identité professionnelle. J'ai pu percevoir et recevoir une sensible détresse chez l'équipe soignante. En effet, les « soignants » sont constamment auprès des malades, et du fait de l'augmentation des comas vigiles, ils doivent apprendre à faire face à des patients davantage présents qui peuvent parfois s'agiter et vivre des moments de confusions. Ils font alors appel au psychologue pour leur présenter des techniques concrètes, les étayer pour mieux accompagner les patients lors de ces phases plus délicates.

32 Afin de mieux répondre à la complexité de ces situations, j'ai émis l'hypothèse que la communication au sein des équipes était le pari gagnant. J'ai donc proposé des espaces de parole, des temps de discussions, mais aussi de formations à l'ensemble des équipes soignantes et médicales. Si le succès n'était pas au rendez-vous au départ, les personnels se sont progressivement organisés pour y participer malgré l'activité du service. Cette initiative a même été soutenue par certains des médecins qui ont motivé l'adhésion des soignants en adaptant la programmation des soins. En parallèle, les formations dispensées par le *Collectif Psy-réa* ont permis de

conforter ces temps d'échanges autour d'un objectif commun : le bien-être, à défaut le mieux-être des patients.

L'accompagnement psychologique des « familles »

33 Le caractère souvent brutal de l'hospitalisation en réanimation entraîne chez les proches des patients une profonde souffrance. Les personnes sont la plupart du temps dans un état de sidération à leur arrivée dans le service, ce qui est très souvent la source de nombreuses incompréhensions, même lorsque l'information apportée aux « familles » est priorisée.

34 L'évolution de l'intérêt porté à l'information transmise aux proches de patients hospitalisés en réanimation a permis aux équipes d'améliorer leurs techniques de communication. En effet, les recommandations faisant suite à la 6e conférence de consensus de 2009, *Mieux vivre la réanimation*, ont souligné l'importance de communiquer, de donner une information claire et régulière à l'entourage des patients. La participation du psychologue à ces échanges n'est pas négligeable pour autant, car elle permet bien souvent de reformuler les propos en expliquant les divergences de points de vue lorsqu'un décalage éloigne la vision médicale de celle du proche.

35 En outre, un accompagnement plus régulier de certaines familles est parfois nécessaire pour leur permettre de traverser ce moment traumatique qui réactive certains conflits ou traumatismes anciens. Cet accompagnement permet aussi de faciliter la relation du proche avec le patient. Effectivement, la technicité des soins soulève parfois une barrière ; les familles se plaignent alors de ne pas reconnaître leur proche ni de savoir comment entrer en contact avec lui, ce qui est souvent une source de culpabilité. En outre, un décalage est aussi couramment observé entre le patient et ses proches lors de l'étape de l'éveil de coma. Bien souvent, si les familles sont soulagées de voir leur proche reprendre progressivement conscience, le malade concerné, lui, peut être très angoissé et confus. Le psychologue se positionne alors tel un médiateur : il explique le vécu traumatique de l'éveil de coma aux familles et renoue le dialogue familles/patients.

Le rôle du psychologue auprès des patients hospitalisés en unité de soin de réanimation

36 C'est un choix délibéré que de clore ce texte par la partie la plus importante et complexe du travail du psychologue en réanimation. Il s'agit d'une intervention très différente de celle que nous pouvons observer dans les autres services, mais qui n'en reste pas moins essentielle.

37 Pour parvenir à mieux se représenter l'intervention du psychologue après des patients, il est important de rappeler les caractéristiques qualifiant un patient de réanimation ; *un patient présentant une défaillance d'organes – sédaté et ventilé pendant au moins 48 heures.* À cette première définition, nous pouvons ajouter la présence d'un environnement pouvant être perçu comme « hostile », l'absence de cycle jour/ nuit, la douleur, le bruit, une communication difficile, un monitorage et des alarmes, une dépendance… Et la liste n'est certes pas exhaustive. En ce sens, un séjour en réanimation semble être à l'origine d'un stress extrême, pouvant générer des périodes de confusion (cf. délusions). Il est responsable du développement de symptômes de stress post-traumatique après la sortie du service. Nous remarquons ainsi à distance une altération de la qualité de vie chez certains patients : souvenirs traumatiques (cauchemars – anxiété aiguë) – émergence d'un état de stress post-traumatique (14 à 41 %) – symptômes anxio-dépressifs – dysfonctionnement cognitif, se rapportant à ce que nous nommons désormais un Syndrome Post Réa.

38 Ainsi il apparaît important d'accompagner le patient de réanimation au cours et au décours de l'hospitalisation. Durant la phase d'éveil de coma, les patients peuvent présenter des périodes d'agitation et de confusion relatives à un état de conscience modifié. Nous notons une tendance à confondre des éléments du réel dans une interprétation délirante (souvent en lien avec des traumatismes anciens), comme si les patients ne parvenaient pas à « trier » les informations perçues dans l'environnement. Ce phénomène peut être facilement expliqué du point de vue de l'altération de l'état de conscience. En ce sens, il est important de pouvoir recueillir à ces moments-là, le témoignage

des patients afin de pouvoir leur expliquer ce qu'ils traversent. Cette intervention permet de rétablir une cohérence dans leur souvenir, de donner du sens à ce qu'ils ont vécu et ainsi de diminuer le risque traumatique ou encore la sensation d'être devenu « fou », souvent décrite et source d'anxiété par ailleurs. Le psychologue doit une nouvelle fois s'adapter, en reprenant progressivement et régulièrement le déroulé des événements avec le patient, qui présente très souvent une altération transitoire de la mémoire. Il peut aussi parfois être utile d'aller rencontrer le patient après son transfert dans un autre service s'il est encore confus lors de sa sortie de réanimation.

39 Puis au décours de l'hospitalisation, la consultation de post-réa peut aussi permettre à certains patients de revenir sur ce qu'ils ont vécu, en mettant à distance l'hospitalisation, afin de pouvoir donner du sens à leur parcours. Nous relevons dans la littérature spécialisée que 70 % des patients hospitalisés en réanimation ne retrouvent pas une activité professionnelle 6 mois après la sortie (Granja *et al.*, 2005) : ce constat est associé à l'altération de la qualité de vie précédemment décrite (Dimopoulou *et al.*, 2004). C'est pourquoi nous conduisons dans le service une étude pilote, *Neuropsyréa*, qui s'intéresse aux répercussions neuropsychologiques de l'hospitalisation en réanimation. Le but est de mieux comprendre les plaintes cognitives des patients en lien avec une altération de la qualité de vie et les symptômes de stress post-traumatique, en mettant en place un suivi comportant une évaluation exhaustive à 2, 4 et 6 mois après la sortie des patients de réanimation.

40 Cela permet d'illustrer ce que nous avons tenté de décrire pour ce qui relève de la démarche de recherche clinique. En effet, ce projet nous a permis en tant que psychologue, d'introduire la notion de « suivi post réa ». Par la suite, cette démarche a pu être renforcée et proposée à des familles ou à des patients en dehors du protocole de recherche, afin d'investir progressivement une réelle activité de consultations de post réa.

BIBLIOGRAPHIE

Beckett S. (1953). *L'innommable*, Paris, Les éditions de minuit, Collection « Double ».

Bleger J. (1979). « Psychanalyse du cadre psychanalytique », in Kaës R. & coll., *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, Inconscient et Culture.

Ciccone A. & Mellier D. (2007). *Le bébé et le temps*, Paris, Dunod, Inconscient et Culture.

Dimopoulou *et al.* (2004). « Health-related quality of life and disability in survivors of multiple trauma one year after intensive care unit discharge », *Am J Phys. Med Rehabil*, 3(3):171-6.

Granja *et al.* (2005). « Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life », *Crit Care*, 9(2):R96-109.

Khan M. (1976). *Le soi caché*, Paris, Gallimard, Connaissance de l'inconscient.

Winnicott D.W. (1956). *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Éd. Payot.

AUTEURS

Aurélie Frénay
Psychologue clinicienne, Équipe de psychiatrie de liaison, Centre hospitalier Saint Luc Saint Joseph, Lyon

Justine Pereira
Neuropsychologue, Centre d'évaluation et de Traitement de la Douleur, CHU Nîmes

Coup de cœur

Yaël Neeman, *Nous étions l'avenir*

Jean-Marc Talpin

RÉFÉRENCE(S) :

Yaël Neeman, *Nous étions l'avenir*, Actes Sud, Arles, 2011 (2015), 266 p., 22,50 euros.

TEXTE

1 Lorsque, à la fin des années 70 et au début des années 80, j'étais étudiant en psycho, les kibboutzim, en particulier sous l'angle de l'éducation des enfants, intéressaient les étudiants, entre utopie communautaire et modèle quasi expérimental de l'éducation en groupe.

2 C'est cela que le livre de Y. Neeman a réveillé en moi tout d'abord. Cela, mais bien plus encore, et pour plusieurs raisons.

3 Tout d'abord parce que Nous étions l'avenir est remarquablement bien écrit, inventant une modalité d'écriture qui correspond à son objet. Des phrases brèves, le plus souvent descriptives, voire concrètes. Mais aussi écrites à la première personne du pluriel, ce qui est parfaitement adéquat au début du livre : « Nous parlions au pluriel. C'est ainsi que nous sommes nés et avons grandi depuis l'hôpital, et une fois pour toutes. Notre horizon était étrange et distordu. »

4 Ensuite, mais cela est étroitement intriqué, parce que ce livre est un témoignage à plusieurs niveaux. Bien sûr celui de la vie au kibboutz, l'histoire des différents courants, mouvements, des plus religieux aux plus athées et socialistes, comme celui où fut élevée Y. Neeman. Ensuite celui du vécu des enfants, entre mythologie sioniste, mythologie groupale (les enfants vivaient par groupe d'âge, par année de naissance), mythologie du kibboutz, de son installation dans une région plutôt hostile, sèche, pierreuse, de sa lutte contre des Arabes, mais aussi son idéologie du lien et de la paix en vivant des séjours chez les Arabes (nous dirions maintenant les Palestiniens).

5 Enfin, et c'est le cheminement de l'auteur et du livre, ce dernier témoigne et procède du cheminement de singularisation de l'auteur : comment passer du nous, d'un nous quasi mythique, au je ? Bien difficile, d'une part car ce serait retomber dans l'idéologie bourgeoise, d'autre part (mais cela va ensemble) car ce serait trahir le mythe (très lié à l'idéologie) du kibboutz par ailleurs empreint de liberté, qui laisse partir ses enfants.

6 Que l'on voit comment l'auteur résume le projet : « L'intention n'était pas tant de souder, que de séparer, de soustraire les enfants à la lourde emprise des parents, à leurs caresses, aux désirs qu'ils imposeraient à leurs enfants avec le lait de la mère et les ambitions du père. »

7 Mais que l'on ne s'y méprenne pas : Y Neenam dit tout autant la joie, la liberté formidable laissée aux enfants, les expériences de vie multiples dans une pédagogie ouverte.

8 Après le temps de l'enfance, celui de l'adolescence, du regroupement au « collège » des jeunes de différentes implantations du même mouvement, des questions existentielles, du changement de regard sur les autres de l'autre sexe et du même sexe, le temps de « la confusion des sentiments » ; une confusion particulière du fait de n'avoir pas été élevé par des parents, mais par un collectif dont certaines figures se détachent, du fait aussi d'avoir toujours vécu dans la mixité : dans les chambres de quatre, deux garçons et deux filles. « Quel est le sens de la vie, voulions nous demander, et nous ne pouvions pas. Non parce que c'était interdit, c'était permis, mais parce que nous ne savions même pas parler et que nous n'étions même pas sûrs que telle était la question. »

9 Et ce regard sur l'adolescence encore : « Nos pieds traînaient par terre, nous nous traînions après eux. Nous étions à l'envers, notre ombre nous précédait dans le monde, nous clopinions derrière elle. Nous ne parvenions pas à nous concentrer sur nos études. »

10 Puis vient le temps de l'armée, la suite de l'éveil, la crise aussi. Les départs, les retours, les éloignements. Avant l'éclosion d'une grande écrivaine.

AUTEUR

Jean-Marc Talpin
IDREF : https://www.idref.fr/087994194
ORCID : http://orcid.org/0000-0002-2979-7442
HAL : https://cv.archives-ouvertes.fr/jean-marc-talpin
ISNI : http://www.isni.org/0000000004710772
BNF : https://data.bnf.fr/fr/15595586

L’œil du psyclone

L’œil du psyclone

TEXTE

Guinard – Caruso.

Recherche en cours

Des têtes de linottes… pas si sottes

Samara Danel

DOI : 10.35562/canalpsy.1443

PLAN

L'intelligence des oiseaux est-elle toujours une conception fallacieuse qu'il faut abandonner ?
Recherche actuelle

TEXTE

L'intelligence des oiseaux est-elle toujours une conception fallacieuse qu'il faut abandonner ?

> « En ce qui concerne l'intelligence des oiseaux, j'aurais à répéter tout ce que j'ai dit de celle des mammifères ; je ne connais aucune des facultés intellectuelles de ceux-ci qui ne s'observent aussi chez les premiers. On a longtemps prétendu le contraire ; on a tout voulu attribuer à une force inconsciente, à l'instinct ; on le fait encore aujourd'hui, par cela seul ou qu'on n'a pas observé, ou qu'on n'a pas compris les observations d'autrui. Admettre une pareille force inconsciente, c'est, comme le disent très bien les frères Müller, le dernier terme d'une fausse sagesse, qui, niant l'âme des animaux, veut la remplacer par l'instinct » (A.E. Brehm [1]).

Linotte mélodieuse

1 Avez-vous déjà eu l'occasion d'observer une Linotte mélodieuse ? Ce petit passereau, dont le mâle arbore au printemps une belle couleur rosée sur la poitrine, possède un chant qui, comme son nom l'indique, est très plaisant.

2 Pourtant, ce terme est davantage usité dans le jargon populaire pour qualifier une personne étourdie, qui serait par exemple partie au travail en oubliant de fermer sa porte à clef.

3 Nombreuses sont les expressions, au sein de notre patrimoine culturel français, qui font référence aux oiseaux de façon péjorative. Nous pouvons par exemple citer le fait d'avoir une « cervelle d'oiseau », d'être « bête comme une oie », ou encore d'être une « triple buse ».

4 Pourquoi cette comparaison ? Car les oiseaux ont toujours été considérés comme des êtres inférieurs, privés de comportements volontaires et n'agissant sur le monde que par l'intermédiaire de leur instinct. Mais qu'entendons-nous exactement par instinct ? Ce dernier concerne des réponses comportementales, modulées par un état interne à des stimuli, qui déclenchent le comportement.

5 Le Rouge-gorge par exemple, très territorial, notamment durant la saison de reproduction (changement hormonal = état interne), attaquera tous ses congénères exhibant une tache rouge sur la poitrine (stimulus signal). Ainsi, même un leurre grossier - par exemple une boule de coton imbibée de rouge - attisera son agressivité. Mais cela peut-il signifier pour autant que les oiseaux

sont dépourvus de motivation propre ? Et que leurs comportements se traduisent principalement par leur incapacité à se modérer ?

6 Nous avons longtemps pensé que l'intelligence était proportionnelle à la taille du cerveau. Les expressions précédentes paraissaient alors justifiées, le cerveau d'une Linotte ne pouvant guère, selon cette conception, posséder une intelligence avancée.

7 De nos jours, de nombreuses études chez les mammifères soutiennent que le néocortex est davantage associé à des processus cognitifs supérieurs, comme le raisonnement. Par « cognition », on entend « l'ensemble des mécanismes par lesquels les animaux acquièrent, traitent, stockent et agissent sur les informations de l'environnement » (Shettleworth, 2001).

8 Or, les oiseaux n'ont pas de néocortex. C'est pourquoi, encore récemment, les neuroanatomistes pensaient qu'ils ne disposaient pas de la « machinerie neurale » nécessaire pour l'élaboration d'une cognition complexe (Clayton & Emery, 2005).

9 Néanmoins, nous savons aujourd'hui que la majeure partie du cerveau antérieur des oiseaux est reconnue comme similaire, d'un point de vue développemental, mais aussi fonctionnel, au néocortex des mammifères. Cette découverte tend à appuyer les résultats de tests obtenus en laboratoire chez certaines espèces aviaires, comme par exemple les corvidés (pie, geai, corbeau, corneille).

10 En effet, la capacité de la Pie bavarde (*Pica pica*) à se reconnaître dans le miroir, le voyage mental dans le temps du Geai buissonnier (*Aphelocoma californica*) - qui réfère à la capacité de se rappeler des épisodes passés et d'anticiper ses besoins et états motivationnels futurs - ou encore la capacité du Corbeau Néo-Calédonien (*Corvus moneduloides*) à résoudre une tâche avec la seule connaissance de ses propriétés fonctionnelles, sont autant de comportements dont certains scientifiques soupçonnent aujourd'hui n'être plus le seul apanage des humains. Mais quelle est l'origine de ces capacités cognitives ? Et quels facteurs en particulier ont pu conduire à leurs évolutions ?

Corbeau Néo-Calédonien

11 C'est en 1996 que Nicholas Humphrey émit pour la première fois l'hypothèse que le fait de vivre dans un groupe social large et complexe devrait impliquer plus de capacités cognitives que celles nécessaires dans la résolution des problèmes techniques (Shultz & Dunbar, 2010). L'idée principale de cette hypothèse, appelée communément l'Hypothèse de l'Intelligence Sociale, est que les individus sont des agents qui ont des intentions, des croyances et qui se manipulent les uns les autres.

12 Néanmoins, ce que cette hypothèse suppose, c'est que des capacités cognitives sociales auraient permis le développement de capacités cognitives non sociales, comme l'utilisation d'outils par exemple. Dans cette rubrique, nous nous accorderons sur le fait que l'emploi d'un outil correspond à « l'utilisation d'un objet de l'environnement comme une extension fonctionnelle de la bouche, du bec, de la main ou de la patte, dans l'obtention d'un but immédiat » (J. Van Lawick-Goodall, 1970). Ce qui va en faveur de cette hypothèse, c'est que le Corbeau freux (*Corvus frugilegus*), une espèce hautement sociale, est capable de résoudre des problèmes physiques complexes en laboratoire en utilisant des outils, alors qu'il n'en utilise pas dans la nature…

13 Ainsi, l'intelligence sociale serait-elle responsable du développement de capacités cognitives générales - comme la capacité à utiliser des outils - ou fournirait-elle un avantage uniquement en cognition sociale ?

Calao de Von der Decken

14 Le Calao de Von der Decken (*Tockus deckeni*), un petit oiseau endémique d'Afrique orientale, est connu pour chercher sa nourriture en compagnie des Mangoustes naines (*Helogale undulata rufula*). Ces deux espèces forment une réelle communauté, au sein de laquelle chaque partie jouit d'un bénéfice propre. Les calaos attendent près du terrier des mangoustes et les appellent, par des vocalisations spécifiques, si ces dernières tardent à se réveiller. Les mangoustes quant à elles, retardent leur départ du terrier si les calaos sont absents. De plus, les calaos émettront des cris d'alarme pour avertir les mangoustes de la présence d'un prédateur (dont ils ne sont pas la cible) et n'attaqueront jamais les mangoustes juvéniles, bien qu'elles soient plus petites que certaines de leurs proies habituelles. Cette interaction interspécifique particulière porte le nom de mutualisme. On pourrait ainsi se demander si le Calao de Von der Decken présente en captivité des capacités cognitives développées en cognition physique [2] ?

15 Récemment, une expérience menée au sein du Parc des Oiseaux visait à répondre à cette question : un calao devait tirer une ficelle attachée verticalement à un perchoir, dans le but d'obtenir une récompense alimentaire située dans une sphère au bout ficelle (Danel, Von Bayern et Osiurak, en préparation).

16 Ce test permet d'étudier, entre autres, si les oiseaux comprennent la fonctionnalité de la ficelle et ainsi s'ils sont capables de généraliser cette connaissance à d'autres conditions.

17 Les résultats obtenus semblent montrer que le Calao de Von der Decken n'est pas capable de réfréner son désir d'obtenir la récompense alimentaire (on parle d'absence de *contrôle inhibitoire*) et que, bien qu'il possède au sein de son répertoire comportemental la capacité de retirer la ficelle (comportement agressif envers cette dernière), il ne semble pas l'appliquer dans une situation nouvelle. En effet, le calao s'obstinait à vouloir attraper la récompense en vol, piquait le nœud ainsi que le haut de la ficelle, mais n'a jamais semblé se contrôler pour planifier son action afin d'atteindre la sphère tant convoitée.

18 Pourtant, en milieu sauvage, certaines espèces d'oiseaux semblent capables de self-control et de planification. Le Héron vert (*Butorides virescens*) par exemple, utilise du pain comme appât pour attraper les poissons des rivières.

19 L'espèce la plus célèbre est peut-être le Corbeau Néo-Calédonien (*Corvus moneduloides*), qui peut utiliser plusieurs outils de manière successive pour obtenir une récompense alimentaire.

20 Dans la nature, ce corbeau fabrique et utilise des outils quotidiennement pour se nourrir de larves de coléoptères situées dans le creux des troncs d'arbres, et possède probablement la technique de manufacture la plus complexe du monde aviaire (fabrication d'outils à partir des feuilles de *Pandanus*). De plus, ce qui est assez particulier à l'espèce, c'est que tous les corbeaux d'une population donnée utilisent des outils et qu'il existe des variations entre les populations.

21 En laboratoire, ces corbeaux ont montré des capacités à résoudre des problèmes physiques complexes. Ils peuvent modifier et créer de nouveaux outils suivant la tâche, résoudre spontanément de nouveaux problèmes, et semblent raisonner sur les interactions entre objets. En captivité, ils se montrent même capables d'ouvrir les verrous de leurs volières, ce qui n'est pas sans rappeler les redoutables vélociraptors d'un certain film à succès. Dans l'une des scènes dudit film, en effet, deux vélociraptors parviennent à entrer dans les cuisines de l'établissement central du parc en ouvrant les portes avec leurs pattes antérieures…

22 Qu'une telle idée soit venue à l'esprit de l'écrivain de science-fiction Michael Crichton n'est finalement pas si surprenant, lorsque l'on sait que les oiseaux descendent des dinosaures (bien que nous sachions aujourd'hui que les vélociraptors sont munis de plumes et beaucoup plus petits !).

23 Peut-être utilisaient-ils également des outils, à l'instar du Corbeau Néo-Calédonien ? Mais si l'approche paléontologique nous renseigne grandement sur la progression et la variation géographique des différentes formes d'outils utilisées au cours du Quaternaire par les hominidés, les outils utilisés par les oiseaux se dégradent très facilement, et par conséquent ne laissent aucune trace au fil du temps.

24 Ainsi, bien que nous ne puissions observer directement ce comportement chez des fossiles datant de millions d'années, nous pourrons peut-être un jour estimer si cette capacité a pu émerger chez ces créatures des temps passés.

Archaeopteryx

Recherche actuelle

25 L'Hypothèse de l'Intelligence Sociale est certes fondée sur un apport théorique de qualité. Néanmoins, aujourd'hui, il semble pertinent de prendre en compte d'autres facteurs pour comprendre l'intelligence et son évolution.

26 En effet, les traits d'histoire de vie (longévité, maturité sexuelle, durée du développement…), la taille du cerveau ou encore les prédispositions anatomiques (taille et forme du bec…) sont autant de variables qui permettent de considérer une espèce dans sa totalité.

27 Notre travail de recherche vise ainsi à intégrer tous les paramètres pouvant influencer des comportements cognitifs dits « sophistiqués », au sein d'un seul et même cadre théorique ; ce qui permettra de comparer des espèces aviaires très différentes, comme le Coq de roche orange (*Rupicola rupicola*) par exemple, et la Cigogne blanche (*Ciconia ciconia*).

28 Enfin, en espérant enrichir notre connaissance en cognition aviaire, cette thèse vise également à conserver des espèces hautement menacées, ce qui constitue un enjeu mondial d'actualité.

29 En effet, si nous prenons conscience que de nombreux oiseaux sont capables d'interagir de manière complexe avec le monde, nous ne pourrons que les respecter et, à terme, davantage les protéger.

BIBLIOGRAPHIE

Anne, O., & Rasa, E. (1983) « Dwarf Mongoose and Hornbill Mutualism in the Taru Desert, Kenya ». *Behavioural Ecology and Sociobiology* (1983) 12 181-19.0

Bshary, R. & Tebbich, S. (2004). « Cognitive abilities related to tool use in the woodpecker finch ». *Cactospiza pallida. Animal Behaviour*, 67, 689-697.

Chappell, J. & Kacelnik, A. (2004). « Selection of tool diameter by New Caledonian crows *Corvus moneduloides* ». *Animal Cognition*, 7, 121-127.

Hunt, G.R. (1996). « Manufacture and use of hook-tools by New Caledonian crows ». *Letters to Nature*, 379.

Clayton, N.S. & Dickinson, A. (1998). « Episodic-like memory during cache recovery by scrub jays ». *Letters to Nature*, 395.

Clayton, N.S. & Emery, N.J. (2005). « Evolution of the avian brain and intelligence ». *Current Biology* Vol 15 N° 23 R946.

Holekamp, K.E. (2006). « Questioning the social intelligence hypothesis ». *TRENDS in Cognitive Sciences* Vol.11 No.2.

Shettleworth, S.J. (2001). « Animal cognition and animal behaviour ». *Animal Behaviour*, 61, 277-286.

Shultz, S. & Dunbar R.I.M., 2010. « Social bonds in birds are associated with brain size and contingent on the correlated evolution of life-history and increased parental investment ». *Biological Journal of the Linnean Society* 100: 111-123.

Van Lawick-Goodall, J., & Van Lawick-Goodall, H. (1966). « Use of Tools by the Egyptian Vulture », *Neophron percnopterus. Nature*, 212, 1468-1469.

Von Bayern, A.M., Heathcote, R.J., Rutz, C. & Kacelnik, A. (2009). « The role of experience in problem solving and innovative tool use in crows ». *Current Biology*, 19, 1965-1968.

NOTES

1 Alfred Edmund Brehm est un zoologue et écrivain allemand né le 2 février 1829 à Unterrenthendorf (aujourd'hui Renthendorf, près de Neustadt an der Orla), et décédé le 11 novembre 1884 (à 55 ans) à Renthendorf. À travers son livre *Brehms Tierleben* (*La Vie animale selon Brehm*), son nom devient synonyme de vulgarisation scientifique de la littérature zoologique.

2 La cognition physique, peut se définir comme l'ensemble des connaissances que l'on acquiert sur les propriétés physiques du monde qui nous entoure. Par exemple, nous savons que si nous lâchons un stylo ce dernier va tomber, car cet objet, plus lourd que l'air, est soumis aux lois de la gravité (Chameron, 2012 ; citation orale).

AUTEUR

Samara Danel
Doctorante en cognition aviaire au Parc des Oiseaux (sous la supervision de François Osiurak ; université Lumière Lyon 2, et de Auguste Von Bayern ; université d'Oxford et Institut Max Planck d'ornithologie)
IDREF : https://www.idref.fr/227192869
ORCID : http://orcid.org/0000-0003-0233-2343