

Tranches de vie rêves de réa retours de l'étranger

Rachel Catheline Lefort

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.

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

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.

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.

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.

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.

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

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.

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.

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.

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*.

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 ».

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 ».

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.

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.

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.

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.

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.

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

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.

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).

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).

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.

Quand l'inquiétant s'en mêle

Après cette phase du rêve, plutôt décrite comme heuristique 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.

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'« **inquiétante étrangeté** » (FREUD S., 1919, pp.211-263) tournant autour de la maladie ou de la mort.

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.

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.

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.* »

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 rationaliser 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).

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 kilos, 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.

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.

Rachel CATHELIN LEFORT

M 1 de psychologie clinique, Université Lumière Lyon 2



Références :

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. Soins psychiques 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, Paris, Gallimard, 1975.

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