

Vie psychique en Réanimation

Aurélie Frénay
Justine Pereira

Point de vue du psychologue clinicien

Aurélie FRENAY

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 ?

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 ?

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 ?

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.

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 la 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.

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* ».

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* ».

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.

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 ?

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.

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.

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.

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 ?

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.

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.

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. KÄES.

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.

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 sédatisés. 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.

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-épruvé* » de D. ANZIEU.

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 ?

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.

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.

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

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.

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).

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

Arrivée en réanimation en tant que « neuropsychologue », j'ai très vite dû mettre de côté ma valise 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

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.

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.

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.

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.

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 »

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.

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 6^{ème} 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.

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

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.

Pour parvenir à mieux se représenter l'intervention du psychologue auprès 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 h*. 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 monitoring 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*.

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 sou-

venir, 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.

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 & al – Crit Care – 2005) : ce constat est associé à l'altération de la qualité de vie précédemment décrite (DIMOPOULOU & al – Am J Phys. Med Rehabil – 2004). C'est pourquoi nous conduisons dans le service une étude pilote, **Neuropsyria, 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.

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.

Aurélië FRÉNAV,
Psychologue clinicienne,
Équipe de psychiatrie de liaison,
Centre hospitalier Saint Luc Saint Joseph, Lyon

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

Références :

- 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 & al – Am J Phys. Med Rehabil – 2004
- GRANJA & al – Crit Care – 2005
- KHAN M. (1976). *Le soi caché*, Paris, Gallimard, Connaissance de l'inconscient.
- WINNICOTT D.W. (1956). *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Ed. Payot.