

## Aller toute sa sensorialité en éveil auprès des réanimés

Nous avons travaillé Marie- France Biard et moi il y a longtemps dans le cadre d'une Journée de travail à la SPF dont le thème était « Inventer en psychanalyste » et celui de notre atelier « Traumatisme et transfert ». Des problématiques que nous allons retrouver ici.

Dans un temps encore plus éloigné, alors que je venais de terminer ma première expérience en réanimation, j'avais croisé une affiche indiquant « le prix Michel Sapir » et j'avais envoyé ma note de recherche avec pour thème « Pour une autre réanimation, psychologue - psychanalyste en service de réanimation ».

J'ai participé, avec beaucoup d'intérêt aux dernières journées d'étude de l'AREPS et suis très contente de prolonger une réflexion dans le cadre des samedis cliniques de l'AREPS. Ainsi, je vous remercie de m'avoir conviée à cette matinée de rentrée.

Marie-France m'avait proposé de faire connaître ce que nous *mettons en mouvement* dans les unités de soins intensifs, dans le cadre d'un échange à propos de pratiques cliniques.

Cette idée de mettre en mouvement serait-elle réanimation ? **Une réanimation telle une remise en mouvement psychique ?** Je propose de déployer celle-ci à propos de tous les acteurs des unités de réanimation.

A l'opposé du mouvement est la fixité, l'inertie. Or la violence avec le choc qui y est liée fige. Très nombreuses sont les expressions qui qualifient un état de choc et qui sont utilisées par les uns et les autres dans ces moments où la violence est déversée : être arrêté, happé, sidéré, rester stupéfait, hébété, pétrifié, sans mot qui émerge. Mesurons la dimension de fixité mortifère de ces qualificatifs qui indiquent tous l'absence de mobilité psychique et d'énoncés verbaux. Tous ceux qui se risquent en réanimation sont concernés, les malades en premier lieu, leurs familles également et aussi tous les professionnels dont les psy cliniciens.

**Animer, ré-animer une vie psychique est ce qui mobilise les psy cliniciens, ce qu'ils mettent en œuvre**, alors qu'ils s'aventurent dans les unités de réanimation qu'elles soient polyvalentes, chirurgicales, pédiatriques ou de médecine intensive. Sans autre outil que leur sensorialité et leurs paroles, ils avancent vers les malades quel que soit leur état, qu'ils soient dans le coma ou éveillés, agités ou silencieux, dans des états que nous nommons oniroïdes. Ils vont aussi auprès de tous ceux qu'ils croisent : les familles et tout le personnel d'une réanimation. Ils se présentent observateurs, tels des géologues, des géomètres, des astrophysiciens, prêts à découvrir – **découvrir ici une vie, cette vie psychique singulière.**

Se mettre, remettre en mouvement peut être pris littéralement. **Ainsi, face à l'immobilisme du malade, il est important de repérer sa propre capacité à aller et venir, sortir et revenir.** Mais aussi, le psy clinicien peut devenir attentif à ses inspirations et expirations.

L'étymologie grecque du mot « psychanalyse », *psuchos analuein*, signifie « délier le

souffle ». L'appui du psychologue clinicien et du psychanalyste sur la psychanalyse serait donc à repérer là : il s'agirait de reprendre son souffle ? De faire activer son diaphragme, le premier organe de la pensée, le *phrên* comme disaient les Grecs homériques<sup>1</sup>. C'est ainsi que, pour ma part, j'ai pu me *re-saisir* et parvenir à remettre en mouvement mes capacités sensorielles, à laisser venir une « rêverie », même si elle m'amenait à envisager la mort de mon patient. Ainsi, la remise en route physique de sa respiration peut rapidement être accompagnée d'une remise en mouvement psychique. J'avais nommé *va-et-vient psychique* cette activité du clinicien qui doit parvenir à se départir d'une situation mortifère qui risque de l'envahir, à l'identique ou en miroir de celle qu'il rencontre.

Face à la mort, la mort psychique, la mort symbolique, comment se remettre en mouvement ?

Ma proposition est celle de parvenir à se *ressaisir*. Il s'agit avec ce verbe d'une action qui peut s'appréhender ainsi : *sentir en soi* cet arrêt et cette incapacité à trouver des mots et parvenir à se remobiliser. J'ai raconté qu'au chevet d'un homme dans le coma « avoir eu l'impression de tenter l'impossible : parler. Je ressentais mon intention vaine. En effet, dans un premier temps rien ne me semblait bouger. Arrêtée, immobilisée moi-même, j'ai pu me saisir de ma propre immobilité et ouvrir d'autres sens. Je me suis rendu compte que parler d'inertie n'était pas vrai. L'absence de regard m'avait happée et immobilisée certes, mais me ressaisissant, j'ai pu percevoir le mouvement de la cage thoracique, entendre son souffle et concevoir un apaisement. » J'avais alors pu considérer que là était la vie.

Nous avons proposé lors de la dernière Journée d'étude de l'institut du Cosson à la clinique de Saumery de définir l'intelligence telle une cueillette sensorielle. Car la mobilisation de nos organes sensoriels ne se fait pas sans celle de notre organe mental. Cependant n'est-ce pas tout un chemin, un chemin des perceptions jusqu'à la conscience qui permet de distinguer : voir et regarder, ouïr et entendre ? Isabelle Besançon, psychologue clinicienne, propose même d'avancer avec des « yeux qui entendent » et des « oreilles qui voient » !

Cependant **la traduction d'une observation représente tout un travail psychique**. Il existe un « écart entre les données des sens et l'appréciation des données des sens »<sup>2</sup>. Nous repérons qu'à leur réveil les malades réanimés ne sont pas capables d'apprécier ces données des sens, soit d'amener à leur conscience ce qu'ils perçoivent, de le comprendre. « Il aurait fallu m'aider, me souffler des mots pour dire ce que je voyais, ce que j'avais vu » m'a dit une patiente parlant de son arrêt sur image.

Nous entendons dans les narrations des malades que les couleurs ont pu être intégrées, elles sont parfois nommées au réveil dans le récit de rêves (couleur des blouses des soignants, couleur des murs...) (Cf. Diane Chauvelot<sup>3</sup>) La perception est là active. « Le patient »<sup>4</sup> du film de Grand Corps Malade fait part à son réveil du nombre d'alvéoles du plafonnier qui le surplombe. Il les a comptées comme indéfiniment, mais a-t-il connecté qu'il s'agit d'une lumière ? Ce qui

---

1 Wilfred R. BION, *La preuve & autres textes*, Paris, Éditions d'Ithaque, 2007, p. 15.

2 Wilfred R. BION (1967) *Réflexion faite*. Chap. VIII : Une théorie de l'activité de penser (1962), PUF, 1983.

3 Diane CHAUVELOT, Quarante-sept jours, hors la vie, hors la mort, le coma un voyage dans l'inconscient, Albin Michel, 1995.

4 GRAND CORPS MALADE, Film « Le Patient »

afflue à l'œil ne serait-il pas « éblouissant » ? Or l'éblouissement ne favorise pas le discernement. Le chemin de la perception à la conscience en tant que compréhension, reste difficile et long à rétablir. C'est ce qui apparaît dans le récit de Jean-Luc Lagarce qu'il a nommé *L'apprentissage*<sup>5</sup>. Voici le début de son texte :

*« Celui qui raconte.*

*Il y a plusieurs jours déjà que je suis là – plus tard, on me raconte- il y a plusieurs jours déjà que je suis là lorsque j'ouvre les yeux.*

*J'ouvre les yeux. Ou plusieurs jours encore que j'ouvre déjà les yeux avant même que je ne le sache, plusieurs jours après que j'ouvre les yeux et le premier jour où je m'en aperçois.*

*J'ouvre les yeux.*

*Plusieurs fois, et peut-être y a-t-il encore quelques jours entre chaque mouvement, plusieurs fois, je les ouvre et je les referme. Ce peut être plusieurs semaines et j'aurais ouvert quelques fois à peine les yeux. ... On me raconte, c'est quelques temps plus tard, on me raconte mais je ne me souviens pas exactement, je ne me souviens pas avec exactitude, c'est trop le début pour que je me souviens, trop le début, à nouveau, pour que je puisse avec certitude me souvenir.*

*J'ouvrais les yeux.*

*Je ne suis pas bien, je ne suis pas mal, je ne sais rien, je suis juste là, je n'ai aucune opinion ... Je suis juste là, j'ouvre les yeux, je les referme et je ne sais rien, je ne pense rien, je ne sais pas, je ne peux rien dire, je ne sais pas si je suis bien ou mal.*

*Je suis juste là. »*

## Oùir et entendre

Cette difficulté d'amener à la conscience ce qui est perçu peut saisir celui qui s'aventure au chevet d'un réanimé. Dans un box, au chevet d'un malade, les bruits sont intenses et peuvent avoir un timbre irritant. Ils sont incessants tout en n'étant pas réguliers. On ne peut y échapper. Ils mobilisent celui qui s'approche. Les discerner n'est pas facile. Seraient-ils d'abord vacarme, assourdissant donc ? Il paraît difficile de s'y abandonner. Ces bruits de machines tiltent souvent. S'en départir afin de repérer un indicateur de vie du réanimé dans le coma n'est pas facile pour le proche ou le psy clinicien qui **s'avance à son chevet offrir sa présence, son écoute.**

Et les autres sens ?

J'avais écrit : l'urgence, le suspens, l'inquiétante étrangeté, la mort et tant de parfums nouveaux planent en réanimation. Je pensais avec cette expression de *parfums qui planent*, à ce qui dérange, à de l'étrangeté. Or le bon ou le mauvais ne sont pas au premier plan dans l'abord d'une odeur. Une odeur qui plane imprègne sans discernement. Nous disons aussi la mort plane en réanimation. Serait-ce « l'odeur de la mort » ? Celle qui atteint en particulier les proches des malades. Une collègue m'a interpellée : « Ce mot « parfum » caractérise du « suave », de « l'agréable ». Or le temps est sombre. Je pense plus à « odeurs », « effluves » ... J'ai réalisé que le mot parfum introduit le sentir, un mouvement psychique donc qui permet de qualifier du bon ou du mauvais. Le parfum peut être l'un et l'autre, agréable sentant bon, mais aussi détestable, horrible, infect, nauséabond, irrespirable ... Ces adjectifs à leur tour sont très signifiants. **Ils disent ce que l'on ne veut plus respirer, plus sentir, au**

---

<sup>5</sup> Jean-Luc LAGARCE, *Trois récits, L'apprentissage*, Ed° Les Solitaires Intempestifs, 2001.

**sens propre comme au sens figuré.** Ils signifient clairement une réalité que l'on ne veut pas retrouver, retraverser. Henri Bismuth, chirurgien, chef de service d'un centre hépato-biliaire, à qui Dinah Farhi, psychanalyste, fondatrice d'AML Soins intensifs avait relaté son expérience, dans une interview<sup>6</sup> avait confié : « Je ne comprenais pas jusqu'à présent, quand je disais à un malade : « il faut vous réopérer », pourquoi, il me répondait : « ah ! non, je ne veux plus aller en réanimation, c'était l'enfer ! » Je sais maintenant que c'est très angoissant, qu'il y a une perte des repères ... etc. »

Avec ces odeurs et parfums, j'aimerais souligner ces marques et traces archaïques qui restent indéfinissables souvent, que Piera Aulagnier a si bien appréhendées avec la notion de *pictogrammes*<sup>7</sup> et aussi Françoise Davoine qui désigna *impressions retranchées*<sup>8</sup>, des impressions captées mais qui n'ont pu être parlées. Souvent, dans le groupe clinique d'AML, nous nous sommes demandés et avons cherché d'où venaient nos mots. Nous avons pu reconnaître des sensations éprouvées auprès des patients, nos sentiments, et aussi, parfois, nos propres impressions retranchées.

Retenons que la caractéristique d'une odeur est qu'elle s'incruste, envahit tous les affects. Elle peut rester en nous longtemps et laisser des résidus, véritables traces de traumatiques.

### Le toucher

Le toucher au sens propre peut être un indicateur de présence. Fréquemment nous saisissons la main d'un malade. Ce toucher ne s'effectue pas sans notre voix qui l'accompagne. Bien souvent notre offre de paroles qui signifie notre présence et reconnaît le malade présent aussi, s'accompagne d'une pression de son bras ou de sa main. Se présenter et appeler par son nom et son prénom un malade, est reconnaître l'humanité de nos êtres en présence.

Notre voix appelle en chacun de nous les traces premières du toucher, notre sens le plus archaïque qui désigne aussi le registre des émotions. Prendre la mesure de l'effet de notre voix et de nos paroles auprès des réanimés et de ceux qui les entourent peut nous apprendre beaucoup. Quantités de qualificatifs peuvent préciser son timbre, son débit, sa tonalité... etc. **Toute une poésie à déployer !** Ainsi, la voix portée par le souffle touche l'autre de toute sa gamme d'érogénisations.

Une chanteuse m'a expliqué les quatre paramètres du son : le timbre, la durée, l'intensité et la hauteur. Ces paramètres indiquent bien la variabilité de notre voix qui porte les sons avec le souffle qui l'accompagne. Il est intéressant de remarquer qu'avec la vie extra utérine le souffle advient. Et dès lors des tonalités différentes surgissent avec le premier cri.

Le timbre. Il était au XIVE une sorte de tambour, le timbre est ce qui frappe, sonne. Une voix qui a du timbre est une voix dont la sonorité est pleine et riche. Une voix bien timbrée ou bien cuivrée, permet de distinguer la spécificité des sons, leurs qualités au pluriel.

---

<sup>6</sup> Dr Martine Perez, Oxygène psychologique pour malades en réanimation, Le Figaro, 24/12/1993.

<sup>7</sup> Piera AULAGNIER, *La violence de l'interprétation*, PUF, 2003.

<sup>8</sup> Françoise DAVOINE, *La folie Wittgenstein*, E.P.E.L., 1992, p.53

La durée introduit la notion de rythmes, du mouvement donc. Le rythme est la distribution d'une durée en une suite d'intervalles réguliers rendue sensible par le retour d'un repère et doué d'une fonction et d'un caractère esthétique. Le rythme est mesure, il apporte de la temporalité, une cadence, de l'harmonie.

L'intensité se caractérise par l'acuité, la vivacité. Ainsi en est-il de l'intensité d'un regard. Avec l'intensité, apparaissent les nuances. Ainsi les degrés divers de douceur ou de force à donner aux sons. La nuance est aussi un état intermédiaire par lequel peut passer une chose, un sentiment, une personne. Ce qui est nuancé tient compte des différences mais de façon peu marquée, pas tranchée, pas nette.

La hauteur. La hauteur d'un son désigne l'aigu et le grave. Sur l'échelle des degrés de puissance de la voix, une haute voix sera éclatante, forte, sonore, retentissante. La sensation de hauteur dépend de la fréquence qui se mesure en hertz et qui est le nombre de vibrations sonores par unités de temps.

Je me suis attardée sur ces paramètres du son tellement ils indiquent des variations, de la diversité, du vivant. Il ne s'agit pas ici de mesurer ces sonorités différentes mais les citer permet de *sentir* à quel point elles sont là actives lorsque nous parlons. Deviendraient-elles enveloppe ? Viendraient-elles « vêtir »<sup>9</sup> ceux à qui nos paroles sont adressées ? Nous en faisons le pari.

Je disais que les éléments assourdissants comme le bruit ou le silence figent, arrêtent l'acuité des capacités sensorielles. L'idée de vacarme introduit la notion d'une trop grande quantité avec laquelle la personnalité ne peut faire face. Le vacarme peut être interne ou externe. En général, la finesse de l'ouïe et d'autres organes sensoriels sont capables de détecter les bruits. Lorsque la quantité d'excitations sonores est trop forte et dense, qu'elle fait appel à une importante complexité d'excitations multi-sensitives et sensorielles, la perception n'est plus opérationnelle. Le sujet n'entend plus rien. L'entendement, telle une traduction auditive, n'est plus opérante. La compréhension est mise à mal. Sans transformation pour une évacuation efficace, les excitations persistent tenaces et deviennent des douleurs intenses et impressionnantes.

La voix est tout autre à l'oreille qu'un bruit assourdissant. Apporter, offrir sa voix aux réanimés est essentiel. Les nombreuses vibrations sonores que nous avons énoncées sont autant de pulsations vives qui accompagnent nos paroles avec la voix qui les porte. Elles apportent de la vivance, des modulations et offre mille variations. Nous savons que les rythmicités contribuent au sentiment d'être. De plus, les paroles, vivantes, sont chargées d'affects, adressées à un autre elles font exister celui qui parle mais aussi celui à qui il s'adresse. **Notre expérience nous permet d'affirmer que lorsqu'une parole vraie est adressée à quelqu'un, elle devient chair, elle prend corps en nous et pourra alors devenir perceptible par le patient.**

Une lecture corps et âme de son patient

---

<sup>9</sup> Joseph GAZENGEL, *La psychanalyse et les réanimés : les vêtir de paroles*, L'Harmattan, 2017.

Le premier patient que j'ai rencontré était asthmatique, ses yeux grand-ouverts m'ont interpellée. J'y ai senti comme une avidité. Surtout « j'ai vu quelqu'un arrêté qui reste hébété, en quête d'air ! En quête de sens ? de ce qui pourrait à nouveau lui permettre de percevoir ce qui l'entoure et de le symboliser ? ». Je vous dis les mots de mon compte rendu et reste frappée par la « lecture » que j'ai faite de ce regard. Un soignant s'était étonné que je sois allée me présenter à ce malade qui ne manifestait pas d'inquiétude. « Il était égaré » ai-je noté, « comme enquêtant sur le monde sans parvenir à le nommer ». Seul, sans être en relation humanisée c'est-à-dire parlante il n'y parvenait pas. Il n'en a pas fallu beaucoup pour le remettre en paroles. Il me raconta ce qui lui était arrivé, et d'autres épreuves de son parcours. Il put pleurer, retrouvant ces événements douloureux. En très peu de temps, j'ai eu l'impression que cet homme effectuait tout un travail, reconnaissant ce qui fait blessure et qui l'avait comme assujetti. **Il devenait sujet de ses propres choix en me les disant.**

Cette « lecture » a à voir avec la « *capacité de rêverie* »<sup>10</sup> pensée par Wilfred Bion. Elle est faite de toute ma sensibilité, corps et âme. **De plus, cette attention, la mienne, favoriserait-elle en retour l'attention du patient ? Une attention à lui-même et une attention à ce qui l'entoure ?**

J'ai rencontré des infirmières puéricultrices<sup>11</sup> qui travaillant en service de néonatalogie, s'étaient efforcé de trouver des mots pour s'approprier les grimaces et les sons émis par les bébés dans les couveuses. Elles m'ont dit : « *ils poussent, cussent, ronronnent, rinent* (un mot provençal m'a expliqué l'une d'entre elles !) ». Leur observation attentive ainsi traduite offrait à ces tout-petits un véritable contenant, une enveloppe psychique. **C'est l'existence d'un contenant qui va permettre la venue d'un fantasme, une vie psychique féconde et l'expérience d'une intériorité singulière.**

Je propose l'expression « prendre en considération ». Prendre avec ses mains, ses bras, prendre en soi à l'aide de ses perceptions visuelles, auditives, olfactives mais aussi avec son « organe mental » qui traduit au fur et à mesure l'ensemble de cette sensorialité mais aussi parvient à « prendre en mains », comme on ferait un tissage, avec ses ressentis, ses affects, ses éprouvés, ses sensations, ses intuitions ..., afin de les traduire en mots. J'associe avec le travail d'artisanat, tel qu'il est présenté par Janine Altounian dans son livre « *L'intraduisible* », avec « *coordination de l'âme, de l'œil et de la main* »,<sup>12</sup> l'âme devenant palpable ! Une surveillante d'un service de réa. interrogeait dans une journée d'étude la teneur de ces expressions très indicatrices de l'état de son patient : « *-je le sens, -je ne le sens pas, -je ne le sens plus !* ». Elle soulignait qu'elle travaillait avec ces indicateurs- là. C'est en effet un travail bien nécessaire que de les prendre en compte, puis en considération, tellement ils peuvent être porteurs de sens, de significations.

---

<sup>10</sup> Wilfred R BION (1962) *Aux sources de l'expérience*, p.53 « la rêverie maternelle » PUF, 1979.

<sup>11</sup> Hélène C. PRIEST, « La rencontre du jeune enfant avec les mots » Intervention pour Méli' Môme, colloque « Premiers mots, premiers livres, premiers spectacles, Grandir entre éducation et culture » Reims, 26 mars 1997, paru in revue du SNP « Psychologues et Psychologies », N° 138, dossier « Psychologues et Petite Enfance ».

<sup>12</sup> Janine ALTOUNIAN (2005) *L'intraduisible : Deuil, mémoire, transmission*, Dunod, Intro. : « L'artisanat chez Pénélope, Benjamin et Freud », les deux sens du terme « geste » p. 9 et suiv. (geste de main et chanson de geste)

L'écoute du psychologue clinicien et psychanalyste devient une "réflexion" pas à pas, au plus près d'un signe, par des mots, de ce qui est perçu et ressenti. [...] Il s'agit de relever le plus petit détail qui indiquerait la vie, en soi et pour l'autre. Cette position clinique, nous l'envisageons comme une façon de s'approcher avec **une entière disponibilité psychique afin de se laisser pénétrer, modifier, transformer par ce qui se présente à soi, puis de se laisser aller à rêver, à dire, à nommer. C'est au psy de créer des images et fantasmagories, véritables pensées auprès de ceux qui ne peuvent faire œuvre de représentations.**

### **Un travail d'artiste !**

Plus ou moins vite à leur réveil, les réanimés nous font sentir ce qui les agite. Encore intubés, ils roulent des yeux inquiétants, s'agitent, montrent plus qu'ils ne peuvent dire. Ils paraissent se débattre, se débattre contre des éléments internes autant qu'externes. Dès qu'ils peuvent se saisir d'un calepin et d'un stylo, leur acharnement à « dire » est impressionnant. Ils peuvent écrire furieusement, inscrire des mots d'une écriture avoisinant la représentation d'une bataille. Leurs mots, leurs phrases indiquent qu'ils sont pris dans un combat. Ils rencontrent des empêchements à vivre, la mort est là, l'intention de meurtre aussi ... Ces productions sont essentielles à considérer. Elles sont maintenant nommées « délirium » par les équipes médicales et soignantes. Nous apprenons à les entendre telles des « productions oniriques » qui ouvrent aux prémices d'une vie psychique en devenir. Ces productions hallucinatoires sont autant de tentatives à donner forme à ce qui est rencontré. Le patient est sorti d'un état de terreur et cherche à nous communiquer ce qui l'agite dans sa dimension intrapsychique « ce lieu de la transformation des données brutes des sens, qu'ils viennent du dehors ou du dedans »<sup>13</sup>.

Cet effort de représentations par le patient de ce qu'il vit est souvent difficile à entendre. Les proches ne reconnaissent plus leur malade. Une inquiétante étrangeté les envahit. Ils sont déroutés, ne comprennent pas ce qui est dit. Souvent ils veulent faire admettre la vérité, leur vérité qui ne peut être que projective !

Les psy- cliniciens au chevet des patients, souhaitent qu'ils ne soient pas médiqués mais que leurs productions oniroïdes puissent être écoutées. Notre expérience nous permet d'affirmer qu'un malade ne peut pas gérer ni assimiler ce qu'il traverse sans l'aide d'un autre secourable qui va pouvoir les détoxiquer, ces formes étranges avec affluence d'affects persécuteurs et de fragments envahissants. W. Bion a nommé « la contenance de la fonction alpha »<sup>14</sup> le fait d'adresser les fruits de sa rêverie à son patient. Elle consiste à contenir les projections des patients, c'est-à-dire à pouvoir endiguer tout ce dont ils se délestent d'éléments impensés, indigestes, inassimilables, tels des véritables corps étrangers à expulser. Ce processus est fondamental écrit Bion<sup>15</sup> au lieu d'évacuer et d'écarter

---

<sup>13</sup> André GREEN, préface, W.R. BION, *Entretiens psychanalytiques*, Gallimard, 1980

<sup>14</sup> Catalina BRAUSTEIN, article sur « Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact », in *Revue Française de Psychiatrie*, 2013/3, vol. 76.

<sup>15</sup> Wilfred R. BION, (1962) *Aux sources de l'expérience*, PUF, 1979, p.34 « La fonction alpha de l'homme, dans le sommeil où à l'état de veille, transforme les impressions des sens liées à une expérience émotionnelle en éléments alpha qui s'assemblent au fur et à mesure pour former la barrière de contact. Cette barrière de contact, qui suit ainsi un processus continu de formation, marque le point de contact et de séparation entre les éléments conscients et les éléments inconscients et est à l'origine de leur distinction. »

seulement la souffrance psychique, il permet au patient d'établir une différence entre réalité intérieure et réalité extérieure et de développer la capacité de discerner et de penser. (Cf. le Hongrois<sup>16</sup> )

J'ai indiqué l'importance de se ressaisir, qui indique un mouvement de tout son être afin de s'appuyer sur d'autres sens. Ce mouvement est aussi celui de la verticalité pour parvenir à une appréhension de soi-même avec une vision de soi d'un peu plus haut. Avec le premier mot de mon titre « Aller », il y a l'allant de celui qui se porte auprès des réanimés qui est interrogé. Comment favoriser un redressement de toute sa personne afin d'aller à nouveau ? Nous savons qu'aller vers un autre c'est aller au-devant du tumulte émotionnel que provoque toute rencontre. Cet entre-deux de la rencontre est l'espace des transferts, celui de l'analyste, son allant, et celui du patient. Quelle part de vivance est à réanimer pour chacun d'eux-mêmes ?

Nous reconnaissons que ce qui est transféré comprend des éléments inconscients et pas seulement ce qu'on nomme l'inconscient refoulé, de la part du patient mais aussi du clinicien. « Comment investiguer le domaine de ces idées qui n'ont jamais été conscientes ? » questionne Bion<sup>17</sup>, « Où s'enracine le germe d'une idée ? **Le germe d'une idée appartient aux deux : patient et analyste. C'est là la création coopérative entre ces deux personnes... Notre meilleur collaborateur pour savoir le germe d'une idée est notre patient.** Mais lui, et moi qui arrive auprès de lui, chacun, nous venons là avec notre monde, un monde vivant et aussi un monde parfois de fantômes. » Aussi nous avons mis en place un groupe d'écoute et de réflexion dans le cadre de l'AML Soins intensifs pour ces psychiciens et proposons une supervision par des psychanalystes de l'association.

Repérer cette avidité à communiquer qui signe un désir de vie, est essentiel et impressionnant aussi pour celui qui prête son écoute. Car, pouvoir penser les expériences contenues dans les énoncés d'un patient et parvenir à les traduire à son tour en des énoncés acceptables, rend chaque rencontre vivante et pleine, c'est à dire fructueuse de vie et de sens.

Pour terminer cette présentation je vous propose une image visuelle et sonore : celle de l'écume des vagues. Elle fascine et terrifie par son immensité indomptable, par ses grondements fracassants, par ses millions d'éclats rugissants quand l'océan gronde. Elle peut être beauté, musique et émerveillement quand le soleil l'irradie de ses rayons et trouve apaisement à rencontrer le rivage qui l'accueille dans sa course. N'en est-il pas ainsi des éclats du fonctionnement originaire et du tumulte émotionnel qu'est la rencontre en deçà des mots qui lorsqu'ils sont accueillis parviennent à être prononcés et pensés ?

---

<sup>16</sup> Hélène C. PRIEST, *Les Lettres de la Société de Psychanalyse Freudienne*, N°12, « *Un cas clinique d'état oniroïde : le Hongrois du service de réanimation* », 2004 ; Revue APPROCHE, n°165, *Entre-deux*, mars 2016.

<sup>17</sup> Wilfred R. BION, *Bion à la Tavistock*, trad. Ana de Staal, Préf. Angela Goyena et José Luis Goyena, Ed° d'Ithaque, 2010, (p.43 et p.59)



J'ai acquis l'expérience que lorsqu'on n'a pas de mots pour s'exprimer ou qu'on est dans l'incapacité de parler, on a besoin d'un traducteur, d'un interprète et que d'être entendu et compris procure un ravissement, un profond sentiment d'existence et un grand réconfort.