

Expérience en réanimation

Hélène C. Priest

C'est en voulant traduire, au plus près, l'expérience de ma pratique que je me suis appropriée la pensée de Bion.

J'ai travaillé dans un service de l'Aide sociale à l'enfance pendant plusieurs années. Là, ma formation à l'écoute des bébés, ma pratique du **maintien des liens** et de l'affiliation de chacun à ce qui l'origine, **son désir de vie**, ont été le fil qui m'a fait tenir si longtemps dans un tel service. En créant une consultation pour accueillir des enfants confiés en placement familial, que je recevais à un autre moment et dans un autre lieu que ceux des visites avec leurs parents, j'ai appris l'importance du **lien psychique**¹. IL est d'une autre nature que le maintien des liens avec des parents. Les enfants, souvent jeunes et infans, ne parlant pas encore, étaient accompagnés par leur assistante familiale. Pour les recevoir, ainsi que leur famille, il s'agissait de me trouver dépouillée de tous les « savoirs » entendus. Ainsi, les expressions de Bion : d'idées « préconçues » et d'être « sans mémoire, sans désir et sans compréhension », m'ont d'emblée été familières. Sans difficulté j'oubliais. Les enfants, les parents me surprenaient, faisant revenir des éléments perçus alors que nous tissions ensemble les liens de leur histoire. J'étais très attentive à l'ensemble des *énoncés*² qui se présentaient à moi que je considérais des « signes d'appel » pour une rencontre. Les accueillir et recueillir tous leurs éléments était central. J'ai eu, là, l'intuition de ces parties inconscientes non refoulées et travaillais avec. Je m'étais, ainsi, ouverte à l'écoute de ce que Bion nomme les parties non nées de la personnalité. Je le cite ³ « *Nous étudions l'inconnu ... Lorsque nous nous engageons dans la psychanalyse où l'observation doit jouer un rôle extrêmement important – comme on le reconnaît pour toute enquête scientifique – nous ne devons pas restreindre notre observation à une sphère trop étroite. Qu'observons-nous ? A ma connaissance, ce sont ces vers de Milton qui nous offre la meilleure réponse :*

*« Plus encore, céleste lumière, brille donc
Intérieurement, et que par tous tes pouvoirs
Mon esprit rayonne : cultive en lui des yeux ; éclaire et dissipe
Tous ses brouillards, pour que je puisse voir et dire
Des choses invisibles au regard des mortels. »*

De l'Aide sociale à l'enfance à la réanimation, d'une Assistance Publique à l'autre, je me suis interrogée : de quelle assistance s'agissait-il ? Sur qui, sur quoi avait porté l'invalidation de telle sorte qu'une intervention d'assistance publique devienne nécessaire ? J'ai reconnu **une bifurcation dans une trajectoire** qui marque le cours d'une vie, avec au rendez-vous la dépendance, des vécus persécutifs, des blancs ..., et l'urgence d'un soin psychique.

¹ H. C. PRIEST, « Le lien psychique : la prévention du faux-self chez les enfants placés », ss la dir. D. Delouvin, *Des psychologues auprès des tout-petits, pourquoi faire ?* érès, coll. 1001 bébés, 2005.

² W. R. BION, *Pensée sauvage Pensée apprivoisée*, Ed° du Hublot, 1998. p.24 « *J'entends par « énoncés » tout ce qui va du grognement articulé jusqu'aux constructions élaborées telles que cet article. Un mot isolé est un énoncé, un geste ou une grimace sont des énoncés. En bref, il s'agit de tout évènement quel qu'il soit se produisant entre analyste et analysant aussi bien qu'à l'intérieur de la personnalité. »*

³ W. R. BION, *La preuve et autres textes*, Ed° Ithaque, 2007. « Turbulence émotionnelle » 1976, (p. 41-50)

Je fus invitée à la première journée d'étude, en 1993, de l'Association pour le maintien du lien psychique en soins intensifs⁴, dans le service même où avait eu lieu la rencontre entre Dinah Farhi, psychanalyste, et le Pr Bismuth, chirurgien. Elle, avait pu traduire son expérience, puis avait su la faire entendre au chef du service, qui, à son tour, s'était penché sur ce que vivent les malades de son service ! Le Pr Bismuth a été d'accord pour introduire des psychologues cliniciens dans son service. Cependant, la direction de l'hôpital ne donna pas la priorité à une telle écoute dans cette unité de haute technicité. Dinah Farhi décida alors la création d'une association selon la loi de 1901. Avec ses amis, elle a pensé une consultation de soutien psychologique pour les malades en réanimation. Grâce à une subvention, un cycle de conférences a pu être organisé, un stage était à trouver par chacun des stagiaires dont je décidais de faire partie. J'ai relaté dans un compte rendu de recherche cette expérience, avec le titre : « *POUR UNE AUTRE REANIMATION : Psychologue-psychanalyste en service de réanimation médicale* ».

Par ailleurs, à la SPF, Claude Sevestre nous a invités, quelques uns, à lire les textes dits théoriques de Wilfred Bion. Nous nous sommes réunis chez François Levy, quelques temps, avant de commencer le séminaire que François a poursuivi depuis. Claude Sevestre, décédé depuis, a traduit les « *Séminaires cliniques* » de Bion⁵ dont François Levy a rédigé l'importante préface.

Mon impression à cette lecture des textes de Bion était d'avoir déjà rencontré ce que nous lisons. Je souligne ceci pour indiquer **l'écart qu'il y a entre vivre une expérience, se l'approprier, la faire sienne puis parvenir à la traduire, et encore la penser et l'élaborer.**

Pour vous parler aujourd'hui, il y a donc à la base cette expérience vécue en réanimation. Il y a aussi les Journées d'étude d'AML, avec l'expérience de nombreux cliniciens qui viennent partager leurs éprouvés, leurs idées et pensées dans un groupe clinique mensuel. Nous reconnaissons facilement qu'on ne sort pas indemne d'une réanimation. C'est une expérience qui reste vive. Ainsi, je propose d'en **dégager quelques faits et de les penser** avec les outils que j'ai glanés, en particulier à partir des séminaires cliniques de Wilfred Bion, entre 1975 et 1979, à Brasilia, Los Angeles, Rome, New-York, Sao Paulo, à la Tavistock...

Un praticien hospitalier d'un service de réanimation médicale m'a reçue. Il m'a interrogée sur mon projet et à propos de la scientificité de ma recherche. Faire entendre que l'objet de cette recherche était de découvrir quelle écoute psychanalytique j'allais pouvoir prêter aux malades, ne fut pas facile. J'affirmais seulement ma conviction que ces malades nécessitaient une écoute psy. Notre constat est qu'il est inhumain de laisser un réanimé sans lui faire entendre le son de notre voix, sans lui adresser nos mots avec le souffle qui les porte, même lorsqu'il est dans le coma. Ne pas lui parler serait le laisser dans un silence mortel, dans un **isolement** dont il ne peut sortir seul, dans un état de grande **déréliction**, cet état d'abandon et de solitude morale complète. Là est l'urgence : arriver à reconnaître que là bas pointe un sujet qui ne peut se dire autrement qu'à « ex-ister » une vie, qui émet des signes comme on crie, comme on lancerait des lettres sans adresse.

Ce que je demandais, aussi incongru que cela pouvait paraître, c'était l'accès aux malades en réanimation. La surveillante m'avait ouvert une place, reconnaissant des souffrances "*qui ne sont pas de notre ressort*" disait-elle, désignant de la sorte le soin médical. J'étais, pour ma part, prête à me lancer dans une approche psychanalytique, c'est-à-dire à la découvrir, à en faire l'expérience et à apprendre de celle-ci. Pour tout protocole, j'ai indiqué être là **pour une autre réanimation et favoriser la prise d'un autre souffle.**

⁴ AML Soins intensifs, 19 rue Tournefort Paris 5^e, aml@rea-psy.com, <http://www.rea-psy.com>

⁵ W. R. Bion, *Séminaires cliniques*, 1987, Ed° Ithaque, trad. C. Sevestre, préf. F. Levy, 2008.

Les malades qui séjournent en service de réanimation, sont ré - animés, ranimés, or animé veut dire « **doué de vie** ». C'est donc reconnaître qu'ils possèdent une âme, fabriquent une psyché, « pensent » avec leur corps, ce que Bion développe tout au long de son travail.

Comme dans mes autres pratiques, il s'agissait d'offrir son écoute, son regard, sa présence, ses paroles. J'ai trouvé dans **cette offre** ma propre assise. Elle interroge **la notion de présence** avec l'accueil et le recueil de tous les signes qui se présentent, sans préconception, sans compréhension signifiante tout d'abord, puis elle questionne **une fonction d'accueil** : offrir une matrice psychique, un espace prêt à recevoir, une capacité de rêverie... etc. Le plus souvent, je me suis tenue debout au bord du lit, au chevet du malade. Je rappelle souvent que ce sont **cette proposition d'écoute et cette offre de paroles qui ont posé mon cadre de travail**. Elles font d'un malade notre patient. Nous avons avancé, à l'AML, les expressions d'une « écoute parlante » et d'un « regard qui parle ».

Avec quelques exemples, j'aimerais remarquer combien **la situation que vit un patient et celle que vit l'analyste peuvent être pensées, également**.

La fille de Bion, Parthénopé, dans la préface à *Pensée sauvage, Pensée apprivoisée*⁶ précise : *Le présent article est un modèle de clarté, il souligne certaines constantes de la pensée de Bion : principalement que ses remarques sur le développement des pensées chez le patient et l'usage que celui-ci en fait, peuvent tout aussi bien s'appliquer à l'analyste. Dans la mesure où ce dernier est humain, il souffre également des caprices et limites de la capacité humaine à penser et communiquer. Je ne veux pas dire qu'il s'agisse pour Bion de contre-transfert ... mais plutôt qu'il s'efforce d'établir un système permettant de déterminer, après coup, ce qui s'est passé pendant la séance.*

Dans un premier temps, faisant le tour du service avec la surveillante, **je me tenais là, sans rien faire, sans rien dire non plus, j'observais**. A l'arrivée en urgence d'une malade, l'équipe soignante s'affairait, oh combien rapide, précise. Un relais s'établissait entre l'équipe de soins d'urgence et celle de la réanimation médicale. Les dosages étaient vérifiés. Les gestes s'enchaînaient entièrement commandés par l'urgence, comme prédicés. Ce n'était pas le temps d'une réflexion. J'ai mesuré, là, la nécessaire « conscience en suspens »⁷ des soignants, et aussi combien il est facile de passer à côté de la vie psychique d'un patient dont on dit couramment qu'il est « inconscient » ou plutôt « seul face à son inconscient »⁸ selon Diane Chauvelot.

Auprès d'un homme dans le coma, vers qui je suis allée avant de rencontrer sa femme et sa mère, j'ai raconté dans mon compte rendu de recherche : « Dans un premier temps rien ne m'apparaissait bouger. Comment parler ? Immobilisée moi-même, j'ai pu me saisir de cet arrêt et ouvrir d'autres sens. On utilise l'expression « se ressaisir », comme on fait l'expérience de reprendre son souffle, de s'arrimer à nouveau en soi. Je me suis rendu compte que parler d'inertie n'était pas vrai. L'absence de regard m'avait happée et immobilisée certes, mais laissant venir un « va-et-vient psychique » entre mes impressions et ce que j'observais, j'ai pu l'imaginer beau malgré ses blessures, ses yeux surtout qui laissaient couler un liquide jaunâtre à la place de tout regard.

Observant à nouveau, je me centrai sur cette cage thoracique et remarquai la stature de cet homme : costaud, grand et fort ! Je fus, alors, frappée par le contraste de cette force face à l'atteinte qui immobilisait à ce point cet homme.

⁶ W. R. BION, *Pensée sauvage, Pensée apprivoisée*, idem, Préface, (p.14)

⁷ H. C. PRIEST, « La conscience en suspens des soignants », Les cahiers du réseau n°5, 1996, *Actes 4^e journées du REIRPR* : La conscience en suspens. Les comas aujourd'hui : idées, problèmes, résultats. Etat de la question.

⁸ D. CHAUVELOT, *47 jours hors la vie, hors la mort. Le coma un voyage dans l'inconscient*, Albin Michel, 1995.

Percevoir un mouvement, entendre le souffle, voir puis regarder longtemps cette cage thoracique ... C'est là qu'était la vie. J'ai repéré son rythme. Ai-je senti, à ce moment-là mon diaphragme monter et descendre plus tranquillement, en accordage ? Certainement. Et, devant ce rythme calme et cette respiration régulière, j'ai pu ressentir quelque chose de paisible. Je me suis, alors, accrochée à leur fil pour concevoir l'apaisement de cet homme que j'ai réussi à verbaliser.

Je n'avais pas pu beaucoup parler. J'avais oublié le prénom de son enfant dont je m'étais promis de lui parler, sa femme, sa mère que j'allais rencontrer... Avec elles, ce jour-là, nous avons partagé ce sentiment d'apaisement que M. R. montrait depuis qu'il était dans ce service, après la souffrance qu'il avait manifestée. Comme j'avais pu le faire, ces femmes s'étaient accrochées au fil de cette respiration paisible. >>

J'ai souvent communiqué dans mes exposés cette vignette clinique avec l'idée du risque pour le clinicien de coller à la situation et de **rester dans un certain état de mort psychique**. Mesurons la dimension de fixité mortifère de ces nombreuses positions : être happé, sidéré, stupéfait, sans voix, figé, hébété, coi..., elles indiquent toutes l'absence de mobilité psychique et d'énoncés verbaux.

En fait, si le clinicien peut, un peu, parvenir à penser ce qui lui arrive, ce qui se passe pour lui-même, **ce qui passe** entre lui-même et son patient, ce qui **se** passe entre l'un et l'autre, - qu'en est-il du malade réanimé ?

Des traces de transferts.

Dans un premier temps peut-être, c'est le propre « **allant** » **du clinicien vers un transfert**, comme j'aime l'appeler, qui est mis à l'épreuve, et qui rencontre la phrase souvent citée de Cyrano de Bergerac : « Mais qu'allait-il faire dans cette galère ? ». Il s'agit de ces conflits psychiques à l'œuvre dans le transfert, mouvements psychiques internes entre soi et soi-même !

Les « cliniciens d'AML », tels que nous les nommons, s'appuient sur la réflexion sur la réanimation que nous animons, celle-ci prenant appui sur la psychanalyse. Nous avons repensé **le transfert du clinicien à ses patients** : une façon de reconnaître ce que nous engageons, et aussi dans le sens que c'est au psy de créer des images et fantasmagories, véritables pensées auprès des patients en réanimation qui ne peuvent faire œuvre de représentations. Nous retrouvons, là, l'idée sous-jacente à la théorie classique du concept de transfert : **ce sont des images qui sont transférées, entre l'un et l'autre**.

Dans ses séminaires à la Tavistock clinic⁹, Bion énonce : « *Le transfert serait ce qui prend forme entre patient et analyste, ce qui se commerce, ce qui est transféré, ce qui est en route, ces petits colis, ces petits morceaux d'entre-deux. Peut-être verrez-vous une idée zigzaguer au long de sa trajectoire. D'où vient-elle ? Où va-t-elle ? Je n'en sais rien mais elle peut être observée comme en passant... Mais comment « investiguer le domaine de ces idées qui n'ont jamais été conscientes ?* », poursuit-il.

Muriel Derrien, stagiaire d'AML¹⁰, a relevé « *l'apparition d'une larme pendant la rencontre ou l'entretien* », qu'elle a conçue « *telle une arme qui indiquerait l'acceptation de ce qui s'est passé et la possibilité d'un passage vers autre chose.* » Bion écrit : « *... 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...* » Souvent, dans le

⁹ W. R. BION, *Séminaires italiens, Bion à Rome*, 1977, Ed° in Press, 2005, (p.43-59)

¹⁰ M. DERRIEN, Actes XIe Journée AML soins intensifs, « *Les corps en réanimation. Que nous apprennent-ils ?* » 10 avril 2013, Paris. « *Ces larmes apparaissent comme un lapsus, comme une goutte d'eau qui fait déborder le vase, ce sont juste des larmes. ... Un symbole serait qu'on trouve dans l'eau des larmes, un reflet de lumière. L'interprétation ou la parole du psychanalyste pourrait être comparée à cette lumière indirecte d'un reflet lunaire... A défaut de décrocher un sourire, permettre une larme aux patients en réanimation pourrait vraiment aider ces personnes à traverser cette épreuve* ».

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* »¹¹, selon Françoise Davoine, des impressions captées mais qui n'ont pu être parlées.

Il est fréquent de comparer le clinicien en réanimation à un équilibriste ou un alpiniste qui grimpe à mains nues, selon l'expression des journalistes. Une « clinique de l'extrême » est évoquée. L'alpiniste qui grimpe sans être encordé, l'équilibriste **savent**, ils ont **l'expérience de leurs gestes dans leur corps même**. Leur centre de gravité semble les porter.

Le psychologue clinicien, lui, est **doté de toutes ses capacités sensorielles**, s'il les fait fonctionner et y prête attention. Ces acceptations : « s'il s'en saisit, s'il prête attention » sont récurrentes dans mes écrits. Il s'agit, toute notre sensorialité en éveil, tous « nos pores ouverts », de nous mettre à l'écoute de ces indicateurs. « *Beaucoup de ce que nous apprenons est crûment perceptible grâce à nos sens* » écrit Bion. Patiemment il s'agit de tisser, puis retisser la toile de ce qui nous anime et qui est toujours à renouveler : tenir au pied d'un lit, rester vivant, humain, c'est à dire sentir, et aussi parvenir à se décentrer, à **favoriser un écart**, à **changer de vertex**, jusqu'à concevoir une transformation, voire une pensée qui pourra être communiquée. « *Echappons-nous vers la fantaisie, cette sorte d'enfance de notre propre pensée.* » écrit Bion « *Freud a décrit les deux principes du fonctionnement mental, je propose les « Trois principes de vie » : premièrement, sentir ; deuxièmement penser dans l'anticipation, (une pensée entre l'impulsion et l'action) ; troisièmement, sentir, plus penser, plus Penser (développer l'appareil à penser)* »¹²

La compréhension passerait-elle par le corps « psychisé » du clinicien ?
C'est une **expérience** que j'ai saisie en réanimation.

Je suis allée rencontrer Alexiane, à la demande de son médecin, scandant des rencontres sur un week-end. Elle était hospitalisée auprès de la mer où elle était allée plonger, et avait reçu une bouteille de plongée sur la tête. J'ai eu l'impression, auprès d'elle, d'apprendre à saisir les nouages de l'existence d'un sujet. Ne voyant plus, elle était tournée vers la lumière de la fenêtre. Son corps dans son recroquevillé était tendu à l'extrême. Il fut signe du mot qui m'est venu : une lutte. Ainsi au plus près d'un mot, de ce qui peut faire tracé et dessiner une offre de parole, l'écoute du psychanalyste doit être prête à se poser, loin d'un savoir de maître. Ce qui est signe a la qualité du cri d'un tout petit, il est relatif à quelque chose qui n'a pas encore trouvé de mot pour se dire. Repérer les signes d'une trace de vie et les signifier en retour fait acte de vie. Le sens établit le fil qui nous lie les uns aux autres de façon vivante. Il y avait eu donc rencontre pour l'une et l'autre. Dans l'après-coup, elle avait manifesté de l'agitation, une réaction donc. Pour ma part, j'avais pu lui parler, même si j'avais eu l'impression de puiser au plus profond de moi-même, pour trouver quelques mots au plus près de la vie qui se présentait. Et j'étais repartie épuisée, comme ayant pris dans mon corps cette lutte forcenée d'Alexiane, celle-là même que j'avais pu lui témoigner avec mes mots.

A leur réveil, les malades sont absents à eux-mêmes, **ne font plus de lien entre leurs perceptions et leurs ressentis**, bien souvent hagards, ils semblent loin, pas là, dans un autre monde ? S'adresser aux malades avec quelques mots est parfois suffisant pour leur permettre de se relier à eux-mêmes et à ce qui les entoure, tellement plein d'étrangetés, et faire acte de symbolisation.

¹¹ F. DAVOINE, *La folie Wittgenstein*, E.P.E.L., 1992, (p.53)

¹² W. R. BION, *La preuve et autres textes*, Ed° Ithaque, 2007, chap. II « La preuve » 1976, (p.33 et p.40) ; chap. IV « Contre mauvaise fortune bon cœur » 1979, (p.57)

Il est tout à fait remarquable que le titre de la première journée d'AML ait été : « Vivre en réanimation » ! C'est aussi le titre du premier livre de Joseph Gazengel¹³, et celui que j'ai retenu pour un exposé lors d'une journée sur « Le pulsionnel dans la cure »¹⁴, comme si le psy avait comme tâche d'aller réveiller des pulsions restées endormies, comme s'il s'agissait de trouver, je cite Bion, « *une étincelle sur laquelle souffler jusqu'à ce qu'elle devienne une flamme de façon à permettre à l'individu de vivre la vie qu'il a encore, d'utiliser le capital vital qu'il a en banque...* »¹⁵ L'objectif des professionnels de réanimation est bien de redonner vie, et force est de constater que les patients en appellent à la vie, témoignent du « vivant », ... si nous y regardons de près !

Cependant, **la mort plane en réanimation**. La vie/ la mort, la mort/ la vie, la bascule est fragile. **Ce fait** est palpable avec les familles, elles nous le font sentir, l'idée de la mort semble devant leurs yeux constamment. Plus ou moins vite, nous nous faisons une idée du fait que le réanimé est bel et bien un ressuscité. Nous disons facilement qu'il revient de loin, mais est-ce que nous saisissons d'emblée à quel point il a rencontré la mort, qu'elle s'est présentée à lui, d'une façon certaine ? Réanimation se dit bien en Anglais « resuscitation » ! **Il n'est pas facile d'accueillir ce fait**. Pourtant, nous découvrons, **telle une vérité**, que le malade qui arrive en réanimation a vécu un arrêt dans sa trajectoire de vie psychique. Une anesthésie est à entendre telle une mort symbolique, les liens sensoriels ayant été rompus. Alors, comment les réanimés vivent-ils avec ce fait ?

Alors que François Levy, dans son séminaire, approchait de la fin de la lecture du livre de Bion « *Eléments de psychanalyse* », je relevais que **l'attaque contre les pensées et contre les liens serait une façon d'atomiser la douleur**. Cependant, Bion précise que « *à la suite de la fragmentation, les fragments conserveraient une association suffisante entre eux, pour permettre la pénétration d'un problème, ... pour continuer de remplir des fonctions d'ingestion et d'introjection* ».¹⁶ Je pus alors saisir la venue de morts dans les énoncés de patients qui sortent d'une réanimation, qui « reviennent » d'un temps hors temps, dans le coma, comme **une association qui viendrait au secours d'un éclatement et d'une déréliction complètes**. Il arrive qu'ils témoignent d'avoir retrouvé leurs morts, c'est à dire des proches, morts il y a plus ou moins longtemps. Le temps, la date n'ont aucune importance. Il est frappant de constater que les individus morts évoqués par ces malades sont ceux qu'ils aiment, avancerai-je au présent. Philippe Labro dans un prologue à son livre¹⁷ « *La traversée* » les appelle « *Les visiteurs... Je les ai tous aimés... Ce sont les morts de ma vie* » écrit-il. Je propose de dire que ces malades ont retrouvé leurs morts de façon vivante. Nous pouvons entendre que ces malades-là n'étaient d'une certaine façon pas dans les affres d'un vécu de leur propre mort. Aussi lorsque ces malades pour qui nous témoignons aisément « Vous revenez de loin ! », « Vous l'avez échappé belle ! », se mettent à évoquer leurs « revenants », le moins que l'on puisse dire c'est qu'apparaît une certaine cohérence entre ce/ceux qu'ils évoquent et leur propre état émotionnel : comment ils ont fait avec ce qu'ils ont vécu ou qu'ils sont encore en train de vivre. Faire venir ses morts auprès de soi dans un moment pareil : rencontrer, frôler la mort, est à considérer comme **une tentative de donner un sens, un ordonnancement à ce sentiment d'exister qui se disperse, s'atomise, se fragmente**.

Je propose de saisir ainsi la venue de revenants comme une possibilité d'apprendre, au malade en soins intensifs et à celui qui l'écoute, ce qui est traversé, rencontré, perçu, et comme une tentative de l'intégrer.

¹³ J. GAZENGEL, *Vivre en réanimation « Lazare ou le prix à payer »*, L'Harmattan, 2002.

¹⁴ H. C. PRIEST, *Les Lettres de la S.P.F.*, n°25, La pulsion et ses embarras, « Vivre en réanimation ! », 2011

¹⁵ W. R. BION, *Séminaires italiens. Bion à Rome, 1977*, Ed° in Press, 2005. (p.128)

¹⁶ W. R. BION, *Eléments de psychanalyse*, 1963, PUF, Bibliothèque de psychanalyse, trad. 1979, Paris. Chap. 18, (p.83)

¹⁷ Ph. LABRO, *La traversée*, Gallimard, 1996. « *Ils sont debout, en un seul rang serré, en ligne droite, le long du mur... et ils sourient tous... Tout dans leur attitude semble vouloir me dire : - Viens !* »

C'est **ce fonctionnement par associations** qui m'a permis très souvent d'arriver moi-même à penser l'état psychique de patients. Ainsi un infirmier, lors d'une conférence consacrée à la notion de détresse, avait relaté combien il avait été interpellé par un malade qui se détachait, s'extubait lui-même. « Il ne veut plus vivre ! » disaient certains de ses collègues. Cependant, inlassablement ces soignants venaient contrôler l'ensemble des canules, fils, sondes, conduits, branchements... indispensable à sa réanimation. Mais, par la suite, ce malade avait continué à dérouter son monde, racontant des histoires invraisemblables. « Même le psychiatre s'était fait avoir ! ». Et moi de lui dire au fur et à mesure de son récit : « Mais votre patient dit, vous dit sa déroute. Répétant des gestes désespérés, il projette ces/ses associations insensées jusqu'à débrancher les fils indispensables pourtant à sa survie corporelle. Son vécu est là à entendre dans cette expression largement ressentie par l'entourage : « de la déroute », ou ce qui pourrait être encore repéré comme : dérouter des branchements non intégrables, qui ne pouvaient avoir d'autre sens que du dérangement, de l'intrusion, voire de la persécution ! ... Le contraire d'un attachement sécurisant ! »

Les moments hallucinatoires des malades sont bien connus des soignants de réanimation. Ils surviennent pour chacun différemment : au réveil, après une dose importante de cortisone...etc. Ils impressionnent fort les familles qui ne reconnaissent plus leur malade. L'étrangeté est là. L'agitation devenant trop importante, le « bruit » trop intense, l'équipe médicale, la plupart du temps, va médiquer et attacher le malade.

Tout au long de ses séminaires, Bion interroge la distinction que peuvent faire les patients entre un fait en état de veille et un fait pendant le sommeil. « *Lorsque vous êtes dans cet état mental de veille, en état de conscience, avec tous vos sens entièrement disponibles, et que vous affirmez avoir rêvé, quelle relation y a-t-il entre ce que vous dites avoir rêvé et ce que vous éprouvez lorsque vous êtes dans un état différent, à savoir celui du sommeil ? On me relate parfois qu'un patient a fait un rêve car une certaine chose s'est produite... Il y a diverses façons de le nommer : rêve, délire, hallucination, et ainsi de suite.* »¹⁸. A l'AML, l'expression d'un « état oniroïde » a été avancée.

Un malade inquiétait beaucoup l'équipe médicale et soignante, il désignait « Hongrois » un infirmier du service qui soignait un malade dans le box voisin et qui semblait représenter un réel danger pour lui. Comprenant qu'étant éveillé, ce malade témoignait comme d'un rêve, tout en le vivant intensément, j'allais à son chevet, sereine et disponible. Intubé, ne pouvant parler, il avait un calepin sur lequel il écrivait. Le contenu des feuillets, la qualité de l'écriture, les mots lancés prenant traces, le roulement des yeux, permettaient de relever **la grande charge émotionnelle de M. P.** Quand j'ai pu le reconnaître lui-même Hongrois, un soulagement s'ensuivit pour lui et pour moi. Bion précise : « *Quand l'identification projective est hyperactive, les objets bizarres dont la partie psychotique de la personnalité se sent entourée, se composent de divers éléments dont l'un est une partie de la personnalité du patient lui-même.* »¹⁹ Par la suite, il me fit de plus en plus de place dans ses écrits, des « vous » apparaissaient, soulignés, mais d'autres éléments inquiétants surgissaient. Et quand il introduisit dans ses écrits le mot « Madone », j'avais pu penser à celui qui au plus profond de sa détresse fait appel à la Madone. L'accueil de toutes ces productions a été de l'ordre d'une *transformation*. En termes Bioniens nous pouvons dire que des éléments β ont été transformés en éléments α , que j'avais assuré une fonction contenante qui avait permis une détoxication des éléments persécutifs très nombreux. Le plus remarquable est que M. P. m'ait remis, quand j'ai dû le quitter, les feuillets qui contenaient toutes ces projections mauvaises qu'il arracha furieusement, me

¹⁸ W. R. BION, *Séminaires italiens, Bion à Rome*, idem, (p.41)

¹⁹ W. R. BION, *Réflexion faite*, 1967, PUF, 1983, (p.81)

les confiant. Il a continué, alors, à écrire dans sa langue maternelle. Un apaisement certain était apparu. Deux jours après, quand je revis M. P. il me présenta à sa femme comme une vieille connaissance. Il n'avait aucun souvenir de cet épisode oniroïde.

Par la suite, j'avais réalisé un travail « le Hongrois du service de réanimation »²⁰, à partir du contenu des feuillets que le patient m'avait remis. Je m'étais alors appuyée sur le *Complément métapsychologique à la théorie du rêve* de Freud. J'avais avancé l'idée que « **La production oniroïde du malade en soins intensifs apparaît comme une activité psychique intense qui le protège des sollicitations constantes qui le maintiennent en état d'hyper vigilance. Même si le patient dans cet état peut difficilement parvenir au sommeil, il peut par cette activité "oniroïde" parvenir jusqu'à un fonctionnement narcissique, qui lui procure un apaisement, le mettant en retrait par rapport aux investissements du monde environnant.** »

Joseph Gazengel avec lequel j'anime le groupe clinique de la réanimation à AML m'avait dit : « *accepter ou créer une interlocution - à soi seul - fonde l'autre comme sujet. Tu as été pour ton Hongrois une adresse. En s'adressant à toi, qui a accepté d'être son récipiendaire, il a pu refonder sa subjectivité.* » C'était reconnaître la qualité des transferts, celui du patient et celui de l'analyste, et ce qui s'était passé dans la relation, « *cette coopération créative entre deux personnes* »²¹. Là, est **l'expérience analytique** que nous avons vécue. Je concluais : « *La parole de M. P. avait été déposée dans et par le transfert et il y avait eu **refoulement*** ».

Nous avons progressé, ce patient et moi, dans la connaissance l'un de l'autre. Il avait accepté ma lecture de ses écrits, mes gestes, mes observations et j'avais pu accueillir d'abord, puis saisir et penser parfois les faits contenus dans ses productions. D'être parvenu à les traduire en des énoncés acceptables avait rendu cette rencontre fructueuse de vie et de sens. Une amélioration de l'état de M.P. s'était produite. Pour ma part, **j'avais eu la chance de vivre quelque chose en train de se produire. Connaître ce sentiment là est une expérience intense.**

Je terminerai avec cette phrase que répète Bion à ceux qui l'interrogent : « *Il y a des millions d'interprétations et une seule expérience : l'expérience que l'analyste ici présent a vécu avec ce patient.* »²²

²⁰ H. C. PRIEST, « Le Hongrois du service de réanimation. Un cas clinique d'état oniroïde. » *AML Soins intensifs, Actes Ile Journée d'étude* : « La Réa un exploit : la vie psychique de vos malades », 30 mars 1996, Paris, La Salpêtrière ; in *Les lettres de la SPF*, n° 12, Clinique, 2004.

²¹ W. R. BION, *Bion à la Tavistock*, Ed° Ithaque, trad. Ana de Staal, préf. A. et J. Goyena, 2010, (p.131)

²² W. R. Bion, *Séminaires cliniques*, 1987, Ed° Ithaque, trad. C. Sevestre, préf. F. Levy, 2008. (p.9)