

## **États oniroïdes en réanimation**

États oniroïdes, c'est le terme qu'on a trouvé par prudence, pour le substituer à celui qui était utilisé : délire. Je ne sais pas si vous en avez l'expérience, mais « délire », dans un service médicalisé, a des connotations immédiates. Le terme implique presque immédiatement psychose. Et comme il y a généralement danger, en réanimation, que la personne ne s'agite quand elle est délirante, la conséquence en était, dans le service où nous avons commencé à travailler, une neuroleptisation massive des personnes qui manifestaient un trouble de cet ordre.

Nous avons donc été d'emblée assez prudents quant au terme utilisé, d'autant que, vous le verrez, il ne s'agit pas de délire au sens psychotique, au sens de la structure psychotique du délire.

Mais avant de commenter quelques cas cliniques, essayons de donner quelques traits caractéristiques, de ces états que l'on peut observer en réanimation :

Le moment de déclenchement en est tout à fait variable :

- soit immédiatement au réveil, après l'intervention, la personne est confuse, métabolise sous cette forme ce qu'elle a vécu pendant l'opération, en particulier ce qu'elle a pu entendre, ce qui a pu s'inscrire en elle, sans qu'elle le sache, et ce qui est repris par rapport à son propre inconscient.

- soit après un réveil qui se passe bien apparemment, et après quelque jours en réanimation. On peut alors observer le déclenchement « à retardement » d'un épisode du même type.

Dans les services où l'on pratique des greffes, le facteur invoqué, qui peut être un facteur favorisant, est, dans le discours médical l'administration nécessaire de doses très importantes de cortisone qui provoque, on le sait, c'est un fait d'observation et très certainement « favorisant », un état d'excitation, voire de confusion. Ceci est d'ailleurs invoqué de façon contradictoire : c'est tout autant au moment où les doses sont très importantes, qu'au moment où le sujet est sevré du produit que le déclenchement peut avoir lieu. C'est donc extrêmement variable. D'autant que dans d'autres services de réanimation, mais sans aucune prescription de cortisone, on peut être confronté au même phénomène.

On peut y ajouter, la métabolisation nécessaire des produits anesthésiants, les modifications du rythme nyctéméral.... et sans doute bien d'autres facteurs incontestables... qui ne suffisent pas à rendre compte du surgissement inattendu de périodes délirantes, qui inquiètent autant l'entourage, que les médecins.

Je voudrais pour aborder la question de la réanimation, vous citer deux extraits d'un texte de FREUD concernant le rêve : *Compléments à la*

*métapsychologie du rêve*, sur lequel Joseph GAZENGEL avait attiré mon attention, et qui me semble particulièrement bien introduire à une recherche sur notre sujet.

« Nous ne sommes pas habitués à attacher beaucoup de pensées au fait que l'homme, chaque nuit, dépose les enveloppes psychiques dont il a revêtu sa peau, et aussi, éventuellement les pièces complémentaires de ses organes corporels, dans la mesure où il a réussi à en couvrir les manques par un substitut, tel que les lunettes, faux cheveux, fausses dents etc...il est permis d'ajouter qu'en allant dormir il procède à un déshabillage tout à fait analogue de son psychique, renonce à la plupart de ses acquisitions psychiques instaure un extraordinaire rapprochement avec la situation qui fut le départ du développement de sa vie. »

On pourrait, pour faire image, dire que cela correspond assez bien à la réanimation, mais avec une différence de taille, sans doute à l'origine des phénomènes transitoires dont nous allons parler, **l'absence de sommeil**. C'est-à-dire sans la contrepartie de la régression narcissique **dont parle FREUD à propos du sommeil** : narcissisme de l'état de sommeil nous dit FREUD, et par rapport auquel le fonction du rêve est bien connue.

Donc la réanimation, c'est en partie ça : quelqu'un qui laisse ses points de repère au vestiaire, et aux mains expertes des médecins. Sans la contrepartie narcissique dont parle FREUD, puisque la personne ne peut dormir, car il y a les machines, la lumière est allumée tout le temps, et si l'on écoute un peu les personnes qui sont en réanimation, ce dont elles se plaignent le plus, c'est de ne pouvoir dormir **dans cette situation là**.

Désarrimage du corps, qui au début ne peut bouger, et est privé comme dit Freud « d'une première orientation dans le monde » : « Nous avons considéré, nous dit FREUD toujours dans le même texte, que l'organisme encore en état de détresse avait la capacité de se procurer ses premières orientations dans le monde grâce à ses perceptions, en distinguant dehors et dedans selon leur relation avec une action musculaire. Une perception qu'une action peut faire disparaître est reconnue comme extérieure, comme réalité ; si cette action ne change rien, c'est que la perception vient de l'intérieur du corps, n'est pas réelle. C'est une chose précieuse pour l'individu de posséder un tel signe distinctif de la réalité, signe qui est en même temps un moyen de se protéger de la réalité, et il voudrait bien être pourvu d'un pouvoir semblable contre ses revendications pulsionnelles souvent inexorables. C'est pour cela qu'il se donne tant de mal pour déplacer à l'extérieur, pour projeter ce qui venant de l'intérieur, lui devient importun. » **C'est ce que Freud appelle l'épreuve de réalité.**

Eh bien, cette épreuve de réalité, il y a un moment, variable selon chacun, où —par l'effet des produits dont nous avons parlé, et par l'effet des « branchements » divers— le patient en est privé, et il lui devient difficile de faire la part entre l'extérieur et l'intérieur.



Le texte de Freud n'a rien à voir avec la réanimation, mais ces deux citations me semblent bien indiquer à partir de quoi peut se développer un état oniroïde.

Pour vous donner une idée du travail que nous avons été amenés à faire, j'ai rassemblé trois cas cliniques, marquants à plus d'un titre. Vous verrez qu'à chaque fois il y a de l'inattendu. J'essaierai d'aborder à la fin de l'exposé, ce que l'on peut théoriser de ces états oniroïdes par rapport à la théorie du rêve, ainsi que sur un plan plus pratique quelques questions sur la fonction de notre écoute.

La première personne dont je vous parlerai, est d'ailleurs une des première personne « délirante » que j'ai été amené à rencontrer à l'hôpital. Il s'agissait d'un homme, qui se posait essentiellement la question de la vérité de ce qu'il avait pu percevoir. Il appelait donc tout le monde à son secours, pour raconter son histoire. Il n'était pas du tout confus, extrêmement vigile, et cette histoire était apparue à la sortie de l'anesthésie. Il appelait tout le monde, les aides soignantes, les infirmières, qui au bout d'un certain temps l'envoyaient promener en lui disant « mais monsieur machin vous délirez. » Et chaque fois qu'on lui disait cela il insistait et était encore plus angoissé, parce qu'il y avait pour lui une épreuve de vérité dans cette histoire.

Il appelait sans cesse pour raconter et demander si ça s'était vraiment passé. En résumé, il avait entendu une nuit dans une autre chambre de réanimation, un brouhaha énorme ; il avait aperçu des motards qui emmenaient un enfant noir qui devait être soigné. Mais tout ceci se passait dans une atmosphère transgressive : c'est par une sorte de passe droit qu'on avait emmené l'enfant (copinage avec Mitterrand), qu'on avait essayé de réanimer, et tout ce récit se développait avec force détails luxuriants concernant sa famille venue d'Afrique. Sa mère était auprès de lui, et ça avait été atroce, et puis finalement, il y avait eu un complot politique, et on avait tiré une balle dans la tête de cet enfant, et il était mort.

Tout le délire était construit autour du fait qu'on n'avait absolument pas pu sauver cet enfant (pour des raisons plus politiques que médicales). Et en même temps, ce qui m'avait beaucoup surpris, c'est la tonalité, l'atmosphère de transgression qui revenait dans des détails étonnants : ainsi il insistait avec force sur ce point, il avait senti les gardes du corps de cet enfant (fils d'un personnage africain important) fumer de gros cigares en salle de réanimation, alors que bien évidemment c'est interdit. Cette insistance de transgressions, me semblait indiquer ce que lui avait ressenti comme forçage lors de l'intervention, mais laquelle ?

Bref j'ai écouté tout ce récit, qui me dépassait quelque peu, et je me souviens qu'il est immédiatement passé à des détails biographiques, sans que je lui pose de questions, comme quelqu'un qui raconterait un rêve et dirait ensuite autre chose.

Les éléments biographiques étaient extrêmement poignants. Cet homme avait une confiance absolue en son chirurgien. Il pensait qu'il devait suivre toutes les indications qu'on lui avait données, et était persuadé que la greffe était la solution qui le sauverait à coup sûr. Il s'était décidé dès qu'on l'avait appelé au téléphone et

n'avait éprouvé aucune angoisse tant il était « partant ». Il n'avait émis qu'un seul souhait, qui, pour des raisons de circonstance et d'urgence médicale, n'avait pas été entendu comme quelque chose de vital pour lui : il ne voulait absolument pas subir de transplantation au mois de janvier, car son fils avait eu l'année précédente un accident de voiture, et il avait passé tout le mois de janvier à soutenir ce fils en réanimation, fils qui avait fini par être amputé d'une jambe. Ce souhait était tellement vif, que j'ai pensé que le « délire » tournait en partie autour du souhait non respecté.

De m'avoir fait part de ces éléments l'avait apaisé, d'une certaine façon, et il était passé assez vite à ce qu'il avait éprouvé dans la position de « spectateur » quand son fils avait été en réanimation.

Je me souviens assez bien de ce que j'ai pu lui dire à l'époque et que je formulerais sans doute autrement aujourd'hui. Je lui ai dit, que parfois on se faisait plus de souci pour les autres que pour soi-même, formule un peu vague qui ménageait ce qu'il pouvait dire de son souhait.

Il faut dire que cela l'avait énormément apaisé, mais la conviction d'avoir été le témoin, d'avoir entendu tout ce qu'il m'avait rapporté n'a disparu —et encore— qu'à la sortie de la réanimation.

C'est quand même ce qui fait la différence d'avec un rêve : lui, ce qu'il voulait savoir, c'était la raison d'une histoire aussi épouvantable et insensée mais vraie. Puis il a admis, en en parlant, que c'était de l'ordre du cauchemar.

Nous en sommes d'ailleurs resté là. Lorsqu'il est sorti de l'hôpital j'aurai bien aimé qu'il m'en dise un peu plus, mais il m'a indiqué la limite à ne pas franchir. Me rencontrant un jour dans les couloirs de l'hôpital, il m'a présenté à sa femme de la façon suivante « voilà le monsieur qui m'a expliqué mes rêves » et là-dessus m'a planté là. Je ne l'ai revu que lors d'une deuxième transplantation à laquelle il n'a pas survécu.

Les mécanismes sont donc très proches du rêve, la personne qui « délire » ainsi tente de figurer quelque chose, avec les mêmes mécanismes que dans un rêve.

Toutefois, se pose un problème théorique sérieux : si dans le rêve latent on retrouve un désir, où se trouve le désir dans ces états ? Qu'est-ce qui tente d'y être figuré ? Je pense et j'y reviendrai qu'il y a effectivement figuration de quelque chose qui touche à l'atteinte narcissique, au narcissisme.

Deuxième exemple : il s'agit d'une patiente dont je me suis beaucoup occupé ; je l'avais reçue avant l'intervention et avais pressenti, parce qu'elle me l'avait indiqué, qu'elle aurait quelques difficultés en réanimation. Elle avait annoncé qu'elle ne voulait voir personne de sa famille, d'ailleurs réduite à son fils de dix huit ans — c'était d'ailleurs, compréhensible—, elle connaissait la réanimation pour avoir une grande expérience des tables d'opération : elle subissait, de façon répétitive, une



intervention chirurgicale par an, presque à date fixe ; ce rythme était impressionnant, surtout si l'on ajoute, que, comme elle le formulait « son mari l'avait laissée sur le billard », c'est-à-dire, qu'il y avait eu séparation lors d'une de ces opérations, je ne sais plus laquelle.

Nous avons donc convenu que je viendrais la voir au réveil, ce que je fis. Tout s'était fort bien passé : réveil parfait, elle avait repris conscience et supporté l'intervention. Premier jour, très bien, deuxième également, troisième jour ça continue, et tout le monde est soulagé, car c'est un cap....sixième jour explosion d'un délire et d'un état d'agitation incompréhensibles. Elle se trouvait à Beyrouth, bombardée de partout, dans un état confusionnel impressionnant, à tel point, que quand je suis arrivé, on lui avait déjà administré des neuroleptiques. Puis, l'état d'agitation ne cédant pas, chaque interne avait quelque peu augmenté la dose, si bien qu'en plus du « délire » elle présentait un syndrome extra-pyramidal la faisant trembler de façon incoercible, et que les infirmières l'engueulaient parce qu'elle tremblait : une situation à devenir vraiment folle.

Il a fallu reconstruire l'histoire de ce qui s'était passé. Tout allait bien, elle devait sortir de réanimation le lendemain et par manque de place (ce dont on ne l'avait pas avertie), elle n'était pas sortie. Mais on ne lui avait rien dit, et ça avait provoqué un véritable effondrement, car elle s'était crue tout à coup perdue et avait voulu se sauver, se débrancher. D'où des mesures de contention, qui peuvent toujours s'expliquer, mais qui peuvent aussi être évitées. Peut-être aurait-il suffi de lui dire qu'il fallait attendre le lendemain. En tout cas, le « délire » a cessé quand elle est sortie de réanimation.

Cette patiente devait revenir un an après pour subir une deuxième transplantation. Elle redoutait beaucoup la réanimation se souvenant « d'y avoir débloqué énormément ». Les infirmiers et médecins étaient également inquiets.

À la deuxième transplantation, je suis aussi allé la voir tout de suite, pour constater qu'elle délirait à nouveau, avec une modification tout à fait étonnante du thème : elle n'était plus elle-même, elle n'était plus là en tant que malade, mais participait aux soins infirmiers. Pour se protéger de ce qu'elle avait vécu comme sadique lors de son premier passage, elle s'était mise du côté des infirmières ; elle avait beau être sur son lit, elle disait « on va préparer les perfusions », ce qui d'ailleurs faisait plutôt sourire les infirmières et en tout cas les gênait moins que la première fois. Elle s'était délibérément située dans une autre réalité.

Ce qui était vraiment étonnant c'était la confrontation des deux moments délirants, celui où elle était complètement engloutie dans la situation, et celui où connaissant la réanimation et la redoutant, elle est repartie dans une création onirique : passer du côté des infirmières.

Là aussi les choses se sont tassées lorsqu'elle est sortie de réanimation.

La troisième personne dont je vous parlerai est une patiente dont je me suis occupé, en prenant le relais d'Hélène PETITPIERRE qui ne pouvait pas être là tout le temps. Je ne l'ai pas, pour ma part, reçue avant l'intervention. Il s'agissait d'une femme qui n'avait pas voulu de l'intervention. Elle l'avait finalement acceptée sur l'injonction de ses enfants et bien que pas du tout convaincue. L'intervention s'était là aussi bien passée, le réveil fort bien, Hélène Petitpierre s'étant occupée d'elle. Là dessus survient un délire, une sorte de cauchemar, dont il fallait absolument qu'elle parle : elle s'était absentée quelques heures de la réanimation parce qu'elle revenait de l'enterrement de ses enfants qui, étant venus la voir à l'hôpital, avaient eu un accident de voiture. Il n'y avait eu aucun survivant. Ce qu'elle ne disait pas, mais qui était tout à fait explicite, c'est que c'était vraisemblablement un accident de voiture qui avait permis la transplantation, et il y avait condensation entre l'accident et les enfants qui avaient souhaité l'intervention.

Elle était donc persuadée que tous ses enfants étaient morts, qu'elle n'avait plus personne, elle pleurait de façon pathétique et il n'y avait évidemment aucun moyen de discuter de cela. C'était pour elle un fait établi qui la propulsait dans un deuil impressionnant.

En même temps d'ailleurs, et cinq minutes après, elle pouvait passer à autre chose, puis revenir à l'objet de sa douleur.

La phrase qui revenait le plus était « plus rien ne sera plus comme avant », c'est-à-dire que plus rien ne serait plus comme avant à cause de ce deuil, alors qu'on pouvait aussi entendre aussi, que rien ne serait plus comme avant à cause de l'intervention. Elle ne pouvait figurer autrement cette perte narcissique, qu'à travers la perte imaginée de ses enfants.

Pour revenir, en conclusion, à l'abord de ces moments critiques, il me semble que l'écoute est d'une importance parfois vitale. Écouter sans renvoyer à un non sens qui angoisse énormément. Mais s'arrêter là. Ne pas interpréter me paraît une seconde règle. D'abord parce que ces états ne sont pas interprétables comme des rêves, même si le mécanisme de figuration est proche.

Ils ne sont pas interprétables, parce que personne ne nous demande de les interpréter, et c'est déjà largement suffisant. Par contre, entendre, comme disait Freud « **Les points de brisure du moi au moment où le narcissisme s'effondre** » peut servir de point d'appui, car on entend bien ce qui essaye de se figurer dans ces « délires » et qui touche généralement au narcissisme

La plupart du temps, je ne dis pas tout le temps, il semble que la personne qui se trouve dans cette situation de branchement, dont le corps est désarrimé, se trouve en perte d'appui narcissique, et cet effondrement ne peut se figurer qu'à travers la perte des autres. C'est mon hypothèse actuelle. En fait tout ce qui se passe dans le « délire », comme dans le rêve, concerne la personne elle-même, figure quelque chose d'elle-même. Mais, ça ne peut se figurer autrement, car nous



sommes ici aux confins d'un effondrement, et ce qui est important c'est d'entendre ces lignes de fractures, d'accepter de les entendre, et non des les interpréter, d'accepter comme disent certains de servir de « contenant », et c'est ce qui permet à la personne de reprendre pied, de prendre appui, de se servir de l'autre pour que l'épreuve de réalité en quelque sorte puisse avoir lieu.

C'est une gymnastique assez délicate, où il s'agit de faire preuve du plus de doigté possible, parce que très souvent ça se passe dans l'agitation, dans l'urgence, mais au fond, je crois que malgré l'aspect cauchemardesque de ces « délires », il y a une certaine vérité à reconnaître, à entendre : vérité enrobée dans des images effrayantes, où se figure, souvent à propos des autres, une atteinte narcissique.

Il reste donc à faire une sorte de métapsychologie de ces moments « délirants », ce que je vous ai apporté ce soir n'étant qu'un point de départ.