

LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN ET LA RÉANIMATION

[Raphaël Minjard](#)

Martin Média | « [Le Journal des psychologues](#) »

2015/8 n° 330 | pages 40 à 44

ISSN 0752-501X

DOI 10.3917/jdp.330.0040

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2015-8-page-40.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Martin Média.

© Martin Média. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



Raphaël Minjard

Psychologue clinicien,
PhD

Maître de conférences
en psychopathologie
et psychologie clinique,
université Lumière-
Lyon-II (CRAPC)

Vice-président de
la Société Auvergne
Rhône-Alpes Douleur
(SARADoI)

Le psychologue clinicien

De nombreux psychologues travaillent maintenant dans les centres hospitaliers publics ou privés en service de soins somatiques. Quels que soient les services dans lesquels ils exercent, ces psychologues de formations différentes – psychologie clinique et psychopathologie, psychosomatique, psychologie de la santé, neuropsychologie – sont confrontés à la question du corps, des maladies, des différents traitements et dispositifs de soins et de leur valence administrative. L'exercice de la psychologie clinique en centre hospitalier demande aux psychologues de se situer non seulement dans le rapport aux patients et à l'équipe, mais aussi dans ou au regard de logiques administratives, financières et économiques. Il est attendu de ces psychologues des « réponses », tant vis-à-vis des patients que des institutions. Cela n'est pas nouveau. Nous devons travailler avec les notions de traçabilité, de résultat, de preuve, de reproductibilité, d'évaluation de nos pratiques en vue de soins et de rentabilité. La logique actuelle demande que l'on fasse la preuve de notre efficacité pour qu'ensuite les moyens nous soient alloués ou pas. Le psychologue se situe sur différents plans, différents cadres emboîtés les uns dans les autres, mais qui ne semblent pas toujours articulés. La multiplicité des demandes adressées au psychologue, qu'elles soient institutionnelles ou qu'elles proviennent des patients, des équipes, nous poussent à questionner nos dispositifs et notre capacité d'adaptation, afin de recentrer le travail psychothérapeutique sur la rencontre avec le patient sans se couper des enjeux dans lesquels cette même rencontre est prise. Cette capacité d'adaptation très actuelle n'est pas aussi simple que cela à mettre en œuvre. En effet, s'adapter sous-tend la mise au travail de la position même du psychologue au sein de l'institution et du service dans lequel il exerce.

Dans les services de réanimation où la technologie est prédominante, où toute subjectivité semble abolie, où les équipes sont centrées sur l'objectivité du corps, la présence du psychologue vient rappeler la présence de la vie psychique et l'importance de tenir compte du sujet ici aussi. Une rencontre qui se fait au chevet du patient, au côté des équipes soignantes pour venir faire le lien entre le vécu de la période de coma et l'après, être le témoin parlant de cet entre-deux... L'être-là du psychologue prend ici tout son sens...

Cette demande d'adaptation interroge la notion d'engagement pour le psychologue là où le « S » de « s'engager » renvoie nécessairement à la part propre du sujet qui s'engage.

Autrement dit, il n'y a pas un engagement, mais des engagements différents en fonction de celui qui s'engage, de l'objet (qu'il soit patient ou institution) envers lequel il s'engage et de ce à quoi une telle relation engage. La place du psychologue est un lieu d'articulation entre le couple thérapeutique (formé par le psychologue et le patient) et le groupe soignant et/ou familial dans lequel il se trouve pris de façon réelle ou fantasmatique. Cette place est aussi inscrite dans le cadre institutionnel et/ou sociétal, c'est-à-dire en lien d'interdépendance avec les enjeux de politique de santé publique – piloté par la Haute autorité de santé (HAS) et relayé par les agences régionales de santé (ARS) – et de fonctionnement économique des structures publiques ou privées. N'oublions pas que le poste de psychologue est inscrit au rang de cadre dans l'institution. La question de fond étant cependant de savoir comment, dans de telles logiques, nous pouvons entendre la souffrance des patients et leur apporter une écoute singulière

et la réanimation

permettant l'expression de leur subjectivité et la création d'un dispositif de prise en charge adaptée à leurs différents besoins ?

DES PSYCHOLOGUES EN SERVICE DE RÉANIMATION ?

Pour développer cette question, je propose de m'appuyer sur mon expérience de psychologue en service de réanimation pour ouvrir une réflexion sur la spécificité de l'approche psychologique en réanimation.

Conçu pour subvenir aux besoins vitaux des patients en danger de mort, la tâche primaire (Kaës, 2005) d'un service de réanimation est de préserver, voire de redonner la vie. Face à l'obligation de moyens, le corps médical met tout en œuvre pour permettre aux patients de dépasser la crise somatique aiguë.

En pratique, deux types de prise en charge coexistent en permanence :

- Le « traitement », qui se réfère à une thérapeutique à visée curative ou à une technique de suppléance d'une défaillance d'organe (« *to cure* » : guérir une affection ou s'efforcer de le faire).
- Les soins de base, « de confort » et « de support », associent les soins d'hygiène, la prise en charge de la douleur et de la souffrance (« *to care* » : prendre soin), etc. S'il est possible d'interrompre certains traitements, les soins devront toujours être poursuivis.

Techniques et technologies sont prédominantes dans ces services. Les patients sont surveillés et veillés par des moniteurs sonnants et oscillants qui transmettent l'état des constantes vitales aux soignants.

En réanimation, il est nécessaire pour les soignants de tout voir et tout entendre du patient afin de réagir au plus vite et au mieux, pour ajuster, supprimer ou changer le traitement. Cette nécessité de réponse rapide est sous-tendue par la précarité vitale dans laquelle se trouvent les patients.

C'est dans cet enchevêtrement de techniques médicales et de relations au réel du corps que se distingue la place du psychologue, qui, par sa présence et son mode d'action, rappelle la présence de la vie psychique au plus proche du soma. Cette présence n'est pas toujours évidente, car elle confronte d'emblée à la présence de la vie psychique aux confins du somatique et, du coup, restaure immédiatement une position de sujet potentiellement affectée au sein des services, faisant émerger du même coup la notion de pulsionnalité dans la rencontre entre soma et psyché. Cette rencontre aura pour effet de pousser le patient à réinvestir un certain nombre de traces mnésiques et perceptives selon l'exigence de travail imposé au psychisme par le moi, du fait de son lien avec le soma.

À cet endroit, le psychologue est un « aidant », un « soignant », parmi les autres et fait partie de l'équipe pluridisciplinaire qui gravite autour du patient. Pour autant, si cette position semble claire, le vécu est autre.

Plusieurs auteurs, comme Caroline Doucet (2008) et Michèle Grosclaude (2002), s'accordent à montrer les difficultés que rencontrent les psychologues face à des cadres de travail qui ne sont pas toujours pensés en connaissance de cette profession. Comment articuler savoir médical et approche psychodynamique dans un tel endroit ? Il y a une question de reconnaissance mutuelle entre le représentant de la vie psychique et celui de la vie du corps. Un travail de reconnaissance qui présuppose une rencontre. Cette rencontre ne peut avoir lieu qu'au chevet du patient, une rencontre de sujets là où toute subjectivité semble abolie. Trouver un autre sujet là où on ne l'attend pas, un témoin parlant ; c'est un des rôles du psychologue en réanimation.

En endossant ce « rôle de témoin parlant » (Minjard, 2014), il vient remplir une des fonctions de l'objet. Un objet transformateur sollicitant la dynamique psychique.

La présence du psychologue dans l'équipe représente là →

→ un enjeu majeur de la question de la vie psychique et de son accompagnement lors du coma et de l'éveil. Le travail d'entourage du patient va former dans son ensemble une enveloppe physique et psychique avec ses rythmes propres, internes, tentant de se rapprocher au mieux des besoins physiologiques primaires des patients. Cette enveloppe joue le rôle d'appareil psychique externe qui lui servira d'espace de projection et d'élaboration de son vécu au fil de son éveil.

Ainsi, les nombreux patients relatent au moment de l'éveil des histoires semblant délirantes. Ces histoires sont le reflet de leur vécu durant la période de coma, empreint de leur histoire subjective. Le psychologue est convoqué comme témoin pour entendre la réalité de la subjectivité et accompagner la lente transformation de ce récit qui confronte les soignants, car eux sont à l'écoute de la réalité de l'objectivité.

RÉORGANISATION PSYCHIQUE

« *C'était horrible. Je ne sais pas où j'étais, mais ce n'était pas moi...* » Ces paroles d'une patiente s'éveillant après quelques jours de coma situent les enjeux du travail auquel doit s'atteler l'appareil psychique pour faire face à ce moment vécu comme une absence de soi à soi.

L'expérience du coma pose la question du fonctionnement de l'appareil psychique dans le cadre de traumatismes engendrant une défaillance organique vitale et de la prise en charge psychologique des patients en service de réanimation, autrement dit de l'élaboration d'un dispositif clinique spécifique pour les patients en état de précarité vitale.

L'entrée dans le coma est vécue comme un débordement de l'appareil psychique le privant, notamment, de sa capacité d'effectuer l'opération d'actualisation visant à transformer un stimulus, de provenance intra psychique et/ou extérieur, en perception. Autrement dit, quelles que soient les causes du traumatisme, sa violence est telle que l'on peut envisager un effondrement de l'appareil psychique selon un double mouvement : la pénétration active de la situation traumatique endogène ou exogène et le mouvement de rupture des relations du sujet avec le monde extérieur. Que cette rupture soit l'œuvre d'un choc ou d'une sédation, le traumatisme est consécutif à la rupture elle-même.

La violence de ces stimulations d'abord dirigées contre le corps (accidents, tentative de suicide, diabète, alcoolisme, etc.) entraîne des répercussions dans l'appareil psychique qui, pour survivre, effectue un mouvement de régression à un mode de fonctionnement antérieur, proche des solutions bio-logiques développées par René Roussillon

(1999). C'est alors que l'on peut envisager une coupure ou une suspension d'activité, de relation, avec le monde extérieur, dans un mouvement de désintrinsication pulsionnelle, de désinvestissement du monde extérieur (Freud, 1923). Ainsi, les rêveries dramatiques, appelées « *vécus oniroïdes*¹ », rapportées par les malades, sont les représentants de la création d'un espace fantasmatique, d'une interface support en creux d'éléments et d'événements de vie vécus et investis par des fragments du moi comme salutaires. Le processus soutenant ces rêveries est un processus hallucinatoire.

L'ÉVEIL DE COMA

L'éveil de coma est un espace intermédiaire entre le coma et la vie de veille où le sujet passe d'un état de corps semblant inerte à celui d'un sujet (se) pensant et (se) mouvant. Cet espace observable dans le travail clinique où les patients « *donnent à voir* » en s'éveillant souligne l'existence de mouvements intrapsychiques complexes représentés en premier lieu par des mouvements corporels, puis par des mots semblant délirants.

L'éveil est le lieu de la réintrinsication pulsionnelle. Il se joue à la fois des tentatives de liaisons de la part du moi réinvestissant la conscience et des effets de déliaison comme des répercussions de la charge traumatique ayant engendré le coma. Parmi ces effets de déliaison, il est à entendre aussi les restes de l'alliance que le moi a dû passer avec le ça pour préserver, même de manière morcelée, des fragments d'identité.

Lors de l'éveil, la conscience réinvestit progressivement l'appareil psychique. Ce mouvement revisite des traces mnésiques et perceptives et associe des événements vécus dans la période de coma, des événements survenus au moment de l'éveil et des éléments du passé. Ce processus entraîne des « *télescopages* » (Minjard, 2014) qui, du fait de l'étrangeté de la rencontre entre la réalité objective et l'activité fantasmatique, créent des parties élémentaires qui effectuent un ajustement, une actualisation du vécu, sous une forme délirante, traduite dans un récit oniroïde. Ce processus se déroule de façon concomitante à la levée des substances sédatives.

Les patients se trouvent pris dans un espace de césure qui demande un passage par l'objet en sollicitant sa capacité d'être secourable pour qu'une mise en récit ait lieu et soit plus aisément appropriable par le moi réinvestissant la conscience. L'objet, représenté alors à travers l'entourage proche (soignants, parents, psychologue), reprend vie pour le patient dans des mouvements d'actualisation et d'échange autour de son vécu. La clinique nous montre que ces moments sont fondateurs, ils sont des moments

de transformation et d'appropriation par le sujet de son vécu informe et traumatique. L'expérience nous montre également que, si cette première élaboration commence déjà à l'éveil, les perspectives de relance d'une bonne dynamique psychique en sont augmentées.

Dans ce temps, le patient va osciller entre un récit issu de son vécu oniroïde et les éléments de récit racontés par l'entourage soignant ou familial. Le compromis entre savoir et non-savoir sera l'histoire du corps racontée par les autres et appropriée progressivement par le patient dans lequel ce dernier introduira certains éléments connus seulement par lui.

La passivation et la perte de la maîtrise du corps, engendrées par une période de coma, poussent le sujet à s'en remettre au discours de l'autre. L'histoire du corps vue par l'autre devient histoire du sujet apportant ainsi un sens au temps d'absence de soi à soi, comme la passivité de la psyché en après-coup de la passivation du corps. Ce qui est raconté par l'autre et les vécus disparates du patient ne coïncident souvent pas. Il se produit un lent travail d'ajustement, ponctué de recul, de refus, de déni.

Ainsi, le refoulement du vécu psychique de la période que l'on peut résumer par « je ne me souviens de rien » agit comme souvenir écran (Freud, 1899-1900) face au traumatisme engendré par le retrait de la conscience. Ce moment sera suivi d'une période de construction fantasmatique secondaire coordonnant des impressions, des ressentis et des rêves par « *une représentation-mot grâce à une logique secondaire et à l'appareil de langage* » (Roussillon, 2001).

Si l'éveil de coma interpelle par la primauté de la précarité somatique du sujet et l'urgence relative à l'activité biologique, il n'en reste pas moins que cet état de débâcle corporelle fait écho à une précarité psychique dominée par la déliaison et l'effondrement. Le travail de l'éveil s'impose au carrefour de faits somatiques, traumatiques et de mouvements psychiques allant de l'effondrement des frontières du moi révélant le fond hallucinatoire de la psyché jusqu'à la relance de l'activité de représentation, dont le délire et la fonction de témoin sont les jalons.

LE POSITIONNEMENT DU PSYCHOLOGUE

L'être-là du psychologue en réanimation se décline donc à la fois sur le plan institutionnel dans une dimension d'immersion au sein de l'équipe soignante et dans l'espace de la rencontre singulière de sujets au fondement de ce qui détermine l'être humain. Le psychologue se tient sur la ligne du champ opératoire, témoin vivant du vécu des patients. Sa situation en entre-deux (ni soignant opérant ni observateur passif) le dispose à un rôle de métabolisation avec le malade,

un travail à la fois d'archéologue et d'architecte, entendant le délire des profondeurs et accueillant le vécu actuel et affecté du malade pris dans une histoire. Il effectue un travail d'interface patient-soignant-famille, quel que soit le devenir du malade.

Deux positions me semblent révélatrices de la position du psychologue en réanimation au regard de la subjectivité et de l'objectivité médicale :

- La position de « résistance au-dedans » nécessite de forts appuis au-dehors, des étayages, ce qui demande du temps, du travail et de l'engagement à l'intérieur comme à l'extérieur de l'institution. Position d'immersion qui engage le psychologue au partage du quotidien avec les soignants. Être en immersion en réanimation, c'est se trouver souvent seul aux prises avec les enjeux de vie ou de mort et la réalité du trauma et des corps. Cette position impose au psychologue de faire perdurer en lui une vibration permanente du côté de la vie. Cette vibration doit être facilement accessible et modulable pour accueillir autant la détresse mortifère que les mouvements hypomanes souvent adoptés par les équipes dans un instinct de survie. Cette place nécessite un discours engagé et suffisamment ancré dans la vie pour supporter les mouvements projectifs des équipes et entendre et accompagner les détresses des familles. Sous cet angle de vue, la « résistance au-dedans » serait synonyme « d'aller vers » pour introduire, injecter (pour prendre un vocabulaire très soignant et économique) du décalage, du jeu de mots, de la pensée, de l'altérité.
- Le « retrait pour penser sur et-ou sûr... » entraîne un travail sur le décalage pour penser du dehors ce qui se joue dedans. Ce mouvement propre à la position analytique doit être relié de façon vivante à la clinique institutionnelle pour ne pas tomber dans un mouvement contestataire sans issue ou risquer l'isolement, la déréalisation ou l'enfermement dans une construction intellectuelle. Penser sûr, c'est utiliser les outils de la métapsychologie pour entendre les mouvements psychiques et corporels des patients, de leurs familles et des équipes. Cette position fait directement écho à la position de l'analyste de pratique. Position difficile à tenir dans ces services tant il est évoqué par les soignants une nécessité de partager l'expérience de « vivre avec ». Pour autant, ces espaces sont sollicités par de nombreux soignants désireux de comprendre les enjeux de leur pratique. Le retrait →

Note

1. Voir l'intervention de Hélène Priest, « Un cas clinique d'état oniroïde : le Hongrois du service de réanimation », lors de la II^e Journée d'étude de l'Association pour le maintien du lien psychique en soins intensifs, en 1996.

→ pour « penser sur » fait également écho à une position de soutien, un accueil et un appui « toujours là », rythmé et organisé pour que les professionnels éprouvent le fait d'être accompagnés.

LE TRAVAIL DU PSYCHOLOGUE

L'éveil ou la traversée d'une période de réanimation ne relève pas seulement d'une problématique strictement médicale, mais aussi de la relance ou de l'entretien de processus relatifs au narcissisme primaire et à la relation avec le premier objet d'amour.

Dans cette traversée du service de réanimation, le patient n'est pas seul. Il est accompagné par un autre, le psychologue, qui ne « fait rien », mais qui est là pour lui offrir une résonance avec son vécu. Le psychologue est un point d'ancrage actuel dans le vivant, un support du lien renaissant avec l'environnement². La situation d'abord insoutenable devient supportable par la continuité de cette présence attentive et parlante qui crée, presque de toutes pièces, un espace de survie psychique.

C'est la disponibilité qui fait du psychologue en réanimation un soutien pour l'équipe et pour le patient, un ancrage dans la vie psychique maintenu envers et contre tout. Le psychologue en service de réanimation est porteur de cette continuité. Il est aussi capable de la restituer au patient en éveil, comme un premier fait de mémoire. Les échanges avec les soignants montrent que, tant que le psychologue n'a pas partagé l'expérience de ce qu'ils vivent dans leur quotidien auprès du patient, il n'est pas possible

d'organiser une pensée dont ils puissent utilement se saisir. Le psychologue se positionne en entre-deux. Il a à la fois la possibilité de parler au patient, mais aussi celle de « voir » avec les soignants. Cet entre-deux est le lieu du décalage et du paradoxe. Il interroge la position soignante tout en préservant un clivage fonctionnel nécessaire à l'exercice de sa pratique. Les soignants doivent pouvoir se protéger, mais ne pas se couper de la relation.

Le psychologue est là pour apporter un décalage qui transforme les traces en indices, puis les indices en potentialités de mise en écho, jusqu'à la possibilité d'une réponse et d'une interaction. Le psychologue est attentif aux liens entre l'environnement et le patient. Il les reçoit comme des tentatives de correspondance entre le soignant et le malade. Ces tentatives forment des réponses du service en écho aux rythmes et processus d'éveil de coma. Il y aurait alors dans cet écho des traces, des tentatives de relance des processus de symbolisation pour le patient.

Ainsi, il apparaît que la relance des processus de symbolisation passe par des jeux de miroirs entre les projections du patient sur son environnement et la manière dont cet environnement se saisit de ces projections. Pour accompagner les patients dans cette « traversée » (Labro, 1996), le fonctionnement soignant manque à « être présent ». « Lorsque la parole devient elle-même informelle, lorsque la voix semble se défaire et se soustraire à faire tenir le corps, il resterait peut-être ce que la mémoire du corps a à dire » (Laufer, 2005). C'est « l'être-là » du psychologue, disponible là où les soignants ne le sont pas, qui permettrait alors d'entendre.

La présence du psychologue au sein d'un service de réanimation oscille dans l'entre-deux, dans la césure du vécu et de la parole, dans le « vivre avec et le parler sur », au cœur des espaces où la rencontre peut advenir. C'est au sein de ces espaces fragiles et incertains que l'affect peut émerger, drainant avec lui la conflictualité qui donne à la rencontre sa potentialité reconstructrice et éveillante.

L'être là suppose que le psychologue accepte cette rencontre qui dénuode, qui emmène au plus proche du réel dans lequel se trouve le patient, là où les mots manquent, mais où l'on sent que la vie psychique bat en corps. ▶

Note

2. Voir la thèse de doctorat de Philippe Spoljar (2001), « Problématiques de la reconstruction du lien en service de réanimation. L'élaboration de la parole et du récit en situation clinique et thérapeutique », sous la direction du P^r Sylvie Le Poulichet, Université Paris-7.



Organisme de formation continue
intervenant dans toute la France
au profit des salariés et agents publics

**NOUS RECHERCHONS
DES INTERVENANTS VACATAIRES :**

psychologues cliniciens

- Vous souhaitez transmettre vos savoirs et savoir-faire, quelle que soit votre spécialité, dans les secteurs :

**SOCIAL, MÉDICO-SOCIAL, ÉDUCATIF
SANTÉ, COLLECTIVITÉS**

- Vous avez le goût des contacts et de la pédagogie.
- Vous pouvez consacrer **4 ou 5 jours consécutifs, une ou plusieurs fois par an, à des vacances.**

Pour mieux nous connaître, consultez notre site : www.cerf.fr

CONTACTEZ-NOUS PAR COURRIER
7 rue du 14 juillet - BP 70253 - 79008 NIORT Cedex
OU PAR MAIL : candidatformateur@cerf.fr