

collection fondée par Didier Anzieu

Raphaël Minjard

# **L'éveil du coma**

**Approche  
psychanalytique**

DUNOD

En couverture :

Peuch-Lestrade J.  
*Psyché de Narcisse* (2001)  
Photographie de Chanonat A.  
[www.audrey-chanonat.com](http://www.audrey-chanonat.com)

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2014

5 rue Laromiguière, 75005 Paris  
[www.dunod.com](http://www.dunod.com)

ISBN 978-2-10-071300-4

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

*« Avoir des pensées est un phénomène très différent de celui de parler de ses idées et parler de ses idées est très différent de présenter celles-ci par écrit »  
(Ogden, 2007).*

*« Ce qui importe pour le moment ce sont les pensées sauvages pour lesquelles on ne peut retrouver aucune trace de propriété ni de généalogie. Il me semble alors que le meilleur moyen d'aborder le problème est de considérer la nature de cette étrange pensée. On peut en avoir une idée en se rappelant l'état d'esprit dans lequel on se trouvait quand elle est venue se mêler à notre mode de pensée. Cela s'est peut-être passé dans notre sommeil. J'utilise cette phrase "dans notre sommeil" car elle évoque un état que tout le monde croit connaître, ce qui permet ainsi de débiter par quelque chose de familier » (Bion, 1977).*



---

# TABLE DES MATIÈRES

<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	V
<i>PRÉFACE</i> ALAIN FERRANT	IX
<i>AVANT-PROPOS. MATERNITÉS VOLANTES ET PSYCHÉ DE NARCISSE</i>	
<i>INTRODUCTION</i>	1

## PREMIÈRE PARTIE

### PSYCHOLOGIE ET RÉANIMATION

Revue de la littérature et situation de la recherche	12
<b>1. Psychologue en service de réanimation</b>	17
Un psychologue en service de réanimation médicochirurgical adulte ?	17
<i>Psychologue chercheur, 20 • Échafaudage d'une méthodologie de la pratique en service de réanimation, 21</i>	
Dispositifs cliniques et méthodes de travail	24
<i>Méthode de travail, 28</i>	
Les patients	32
<i>Les patients cérébro-lésés, 33</i>	
Sédation enjeux et paradoxes	34
<i>La sédation : un endormissement salvateur ?, 38</i>	

Limites	48
<i>Cas clinique, 48 • Questions soulevées par les limites, 50</i>	
<b>2. Le coma et l'éveil considérés comme processus</b>	<b>57</b>
Questions soulevées par les cas de Pedro et de Cécilia concernant l'éveil	58
Le coma sous l'angle du traumatique	60
<i>Question du fonctionnement de l'appareil psychique au moment de l'éveil de coma. Pourquoi penser en termes de processus ?, 63</i>	
<b>3. Éthique et réanimation</b>	<b>67</b>
Rencontre et intime	72
<i>Notion de l'intime, 72 • Rencontre, 74</i>	
<b>DEUXIÈME PARTIE</b>	
<b>LIEUX DE L'ÉVEIL, ÉCHOÏSATION ET PROCESSUS DE SYMBOLISATION</b>	
<b>4. Coma : définitions et perspectives</b>	<b>77</b>
Propédeutique du coma	77
<i>Perspective médicale, 78 • Perspective neurologique, 83 • Perspective psychiatrique, 85 • Perspective psychodynamique, 86</i>	
Échoïisations transférentielles	91
<i>Tâche primaire, inscription institutionnelle et demande, 93 • Architecture réanimatoire, 96</i>	
Espaces atopiques et modalités d'écho	101
<i>Enveloppe soignante et seconde peau, 103 • Les trois temps du regard, 104</i>	
Problématiques réanimatoires	109
<i>Comment entendre et que faire des subjectivités exprimées lors de l'éveil ?, 110 • Une demande de permanence, 112</i>	
<b>5. Théâtre de l'éveil</b>	<b>117</b>
L'éveil dans l'équipe soignante	121
<i>L'observation et l'examen clinique, 121 • L'éveil comme espace de création et de questionnement, 123 • La réanimation, protocoles, défenses et rencontre avec un corps, 127</i>	

Place des familles en réanimation	132
<i>Les familles en réanimation, de l'amour angoissant, 133</i>	
Relance des processus de symbolisation	136
Le choc de l'éveil	138
<i>Honte et conscience de soi face au système soignant, 142</i>	

### TROISIÈME PARTIE

#### COMA(S) ET PARTIES ÉLÉMENTAIRES

<b>6. Enjeux autour du coma</b>	151
Différents comas	151
<i>La problématique somatique, 151 • La problématique psychique, 152 • La problématique environnementale et réanimatoire, 153</i>	
Les lieux du coma	154
<i>La chambre de réanimation, un Soi hors Soi, 157 • Le coma se définit de l'extérieur, 159</i>	
Différentes enveloppes	162
<i>L'enveloppe physique, 162 • L'enveloppe éthique, 163 • L'enveloppe psychique, 163 • Le coma comme enveloppe, 164</i>	
Les sujets extrêmes, aux limites de la mort	167
<i>Limites externes, 167 • Limites internes, 168 • Limites soignantes, 169 • Les sujets extrêmes, 171 • Vie et mort, 173</i>	
Parties élémentaires et télescopes éclairants	176
<i>Le sonore et le tactile, 178 • Le regard et la parole, réémergence du langage, 185</i>	
Le parcours du patient, émergence d'une historicisation	195
<b>7. Mémoires et histoires</b>	199
L'éveil, un entre-deux	200
Actualités de la mémoire et de ses modèles	203
Mémoires et comas : ce qui pose question	207
<i>Effort de mémoire et reconstruction ?, 209 • Mémoire inconsciente ?, 210 • La place de l'affect, 211</i>	
Extensions des modèles au regard des cliniques de l'extrême	212
<i>Mémoire intrapsychique, 212 • Co-mémoration, 221</i>	

Entre corps et mémoire, le parcours de la sensorialité à l'affect <i>Discussion, 230 • Le travail de l'affect en réanimation : un aide-mémoire ?, 237</i>	227
<b>8. Les pathologies de l'éveil</b>	243
État végétatif chronique	244
 <u>QUATRIÈME PARTIE</u>  LE TRAVAIL DE L'ÉVEIL	
<b>9. Au-delà du principe du délire</b>	257
<b>10. L'inconscient et son rapport au féminin</b>	267
Ambiguïtés dans le rapport du féminin et de l'éveil	268
La figure de l'étrange comme passeur de l'éveil	273
<b>11. Le travail de l'éveil : modèle psycho-dynamique de l'éveil de coma</b>	279
Le modèle de la tresse	289
<i>Brin somatique, 290 • Brin psychique, 294 • Brin énergétique, ou liant, 296</i>	
Faut-il souffrir de l'absence de douleur ?	301
Inquiétante étrangeté et représentation de mots	302
Le double de soi comme autoreprésentation nécessaire à la vie psychique	305
Du rapport entre chaos et hallucinatoire	312
Du rapport du délire et du double	313
En quête d'éveil, du délire à la réalité psychique	314
Le « rêve de réa », ou la relation de l'après-coup et de l'éveil	316
<b>12. Preuve, cause et rapport à la perte</b>	325
<i>CONCLUSION. VERS DE NOUVELLES RÉANIMATIONS ?</i>	331
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	335
<i>INDEX DES AUTEURS</i>	343



---

# PRÉFACE

Alain Ferrant <sup>1</sup>

**L**A DÉMARCHE de Raphaël Minjard est fondamentalement clinique. Le psychologue est *a priori* peu familier des services hospitaliers très médicalisés. Le travail du psychologue clinicien relève en effet classiquement de l'échange verbal, de l'intersubjectivité et de l'après-coup. Il s'efforce d'aider le patient et son entourage à se représenter ce qui s'est passé, à l'intégrer, à en construire l'histoire et à en repérer les enjeux. Le domaine privilégié du psychologue clinicien est l'intersubjectivité, individuelle ou plurielle. Il s'accommode mal de l'hyper technicité de certains services dans lesquels on ne lui fait guère de place.

Raphaël Minjard est entré au cœur du monde hospitalier, dans un service de réanimation, et il a construit pas à pas l'espace spécifique d'un psychologue clinicien. Il faut rendre hommage aux équipes qui l'ont accueilli ouvrant ainsi une voie féconde pour la pratique et la recherche en psychologie clinique. Dans ce domaine, position praticienne et position de recherche sont indissociables. Le livre de Raphaël Minjard est exemplaire de cette nécessaire position de praticien-chercheur dans la mesure où il explore un champ jusque-là peu fréquenté par les psychologues et y déploie une remarquable sensibilité clinique.

Face aux attaques qui visent la psychologie clinique étayée sur la métapsychologie psychanalytique, Raphaël Minjard apporte la preuve par l'expérience que le *traitement*, entendu comme la mise en œuvre de dispositifs extérieurs au patient et se développant selon une logique spécifique, peut faire bon ménage avec le *soin*, étayé par le souci de l'Autre et la spécificité de ses rythmes. Au sein du monde hospitalier, le psychologue doit intégrer les obligations institutionnelles, l'omniprésence de la technicité et de l'urgence. S'appuyant sur une notion élargie

---

1. Alain Ferrant, Professeur émérite de Psychopathologie Clinique, CRPPC, Université Lumière Lyon 2, psychanalyste (SPP).

de l'espace psychique, dans le prolongement des travaux de Jean Pierre Pinel, Raphaël Minjard postule que la psyché du patient plongé dans le coma est exterritorialisée : elle est non seulement portée par la famille mais aussi par le personnel hospitalier. La psyché habite les lieux, les bruits, les sensations et quelquefois les hante.

Cette position est indissociable d'une ouverture à d'autres champs que la psychologie clinique. Ce travail touche évidemment au domaine de l'affect et du deuil, au cœur du drame traversé par les familles. Il concerne aussi l'organisation hospitalière, ses enjeux, ses failles et son quotidien. Il interroge également la neurologie et les neurosciences, entre autre à travers les conséquences multiples des lésions cérébrales. Il ouvre enfin un domaine énigmatique : comment définir la conscience et au-delà, l'identité ?

Le titre du livre : *L'éveil du coma – approche psychanalytique*, conjoint deux termes essentiels à la démarche du chercheur clinicien : *travail* et *approche*.

Le *travail* dont il est question est d'abord celui du sujet lui-même, plongé artificiellement ou non dans le coma. Que garde-t-il comme traces de ce qui s'est produit en lui et autour de lui ? Comment ces traces sont-elles élaborées, transformées et plus ou moins intégrées dans la trame de son existence ? C'est ensuite le travail qui se développe à partir de lui, autour de lui, en cercles concentriques et qui est fondamentalement un travail d'humanisation. C'est ce que Raphaël Minjard désigne comme un *processus d'échoïstation transférentielle* entre l'appareil psychique du patient comateux et son environnement.

Le terme *approche* rappelle que tout savoir est potentiellement incomplet et infini. Il en est ainsi non seulement du savoir relatif aux sciences « dures », comme la physique ou les mathématiques, mais du savoir relatif aux sciences humaines. Ces dernières, compte tenu de la particularité et de l'hyper complexité de leur objet, s'appuient sur une épistémologie et des méthodes spécifiques. Les exigences d'objectivité et de reproductibilité de l'expérience sont inapplicables, dans la plupart des cas, en ce domaine. Les sciences humaines, la psychologie clinique en particulier, sont confrontées à des phénomènes qui associent à la fois les éléments et des effets somatiques, physiologiques, psychiques, impliqués dans tout comportement et dans toute relation intersubjective, mais aussi une dimension sociale et culturelle. Le terme *approche* contient cette marge d'incertitude consubstantielle à toute recherche, qui nécessite une démarche à la fois prudente et méthodique pour mettre en travail ces situations complexes.

Comment construire un positionnement de psychologue clinicien au sein d'un service de réanimation ? Le livre décrit comment le psychologue s'immerge d'abord dans l'environnement, dans la façon de penser et d'éprouver du service. Ce travail d'immersion est nécessaire afin de partager le quotidien des équipes et de créer les conditions d'un partage d'affect. Il n'est cependant pas suffisant. Il risque de produire des effets d'anesthésie et d'émousser la sensibilité spécifique du psychologue qui se retrouve alors dans un état psychique un peu comateux. Il doit faire un pas de côté, il doit se décaler légèrement, afin d'incarner la présence de l'affect, pas seulement dans ses mots mais dans sa posture, sa gestuelle et dans ses actes.

Raphaël Minjard évoque l'idée d'un *vagabondage*, d'une *errance*, comme dimensions centrales de la présence d'un psychologue au sein du service de réanimation. Le psychologue clinicien s'efforce en effet d'incarner, de présentifier, le travail associatif propre à la vie psychique, propre aussi à l'activité neuronale. Ce décalage nécessaire par rapport aux autres membres de l'équipe fait apparaître en contraste l'ombre du modèle hyper médicalisé que Raphaël Minjard désigne comme un *spectre* ou un *étrangement inquiétant*. On s'aperçoit alors que le service hospitalier se veut sans histoires. D'une part, on ne tient pas à ce que les patients « fassent des histoires » – on les préfère endormis –, et d'autre part on ne sait pas d'où on vient, on reste en état de méconnaissance de son propre passé institutionnel. Raphaël Minjard dessine en quelques pages toute la difficulté de la fonction du psychologue clinicien, et au-delà de tout psychiste, voué à incarner le *spectral* autant du sujet singulier que de l'institution, au cœur d'un monde qui, souvent, n'en veut rien savoir.

À la lecture de ce livre, on est parfois saisi et comme immobilisé. Ce mouvement d'emprise, de contrainte, constitue un effet post-traumatique non seulement de l'accident qui a plongé le patient dans le coma et l'a conduit dans le service, mais du psychologue lui-même, immergé dans un monde où il se sent souvent impuissant, terrassé par le poids du somatique, sa gravité, et de la technicité. On peut repérer, dans les pages qui suivent, les traces de l'effroi qui saisit chaque être humain lorsqu'il est confronté aux limites du pensable.

La vie psychique suppose une fonctionnalité cérébrale minimale. On peut se demander s'il n'y a pas un seuil en-deçà duquel la vie psychique du sujet ne peut être qu'une hypothèse, une simple représentation d'attente voire une illusion. Toute l'argumentation de Raphaël Minjard est soutenue par la nécessité humainement essentielle de cette hypothèse, assumant les risques de la projeter artificiellement chez le sujet. Le réveil

de coma est une affaire de mémoire et les entrecroisements des récits des uns et des autres, tissés aux bribes de ce que le patient lui-même peut s'en représenter, frayeront les traces dont le moi à besoin pour se réinventer.

Comment ne pas soutenir, envers et contre tout parfois, le pari d'une vie psychique ? Comment se prémunir d'un côté contre le risque de fourvoisement et de l'autre contre une mécanisation abusive de la psyché ? Comment se tenir toujours en décalage ? Comment animer le spectre, sans perdre le contact avec les équipes, sans passer pour un fantasque ou un saltimbanque de la vie psychique ? Il y faut un peu de poésie, un soupçon d'humour et une certaine dimension théâtrale. Autant de qualités qui, associées à la rigueur méthodologique et à l'ouverture conceptuelle, constituent les outils du psychologue praticien chercheur confronté à un domaine particulièrement complexe et douloureux.

## *Avant-propos*

---

# MATERNITÉS VOLANTES ET PSYCHÉ DE NARCISSE

**A**CCOUCHER dans un avion reste un fantasme de notre hyper modernité dont les compagnies aériennes s'efforcent de ne pas favoriser la réalisation. La puissance de ce fantasme tient au paradoxe qu'il met en scène : venir au monde, mais hors du monde. Dans celui-ci sont associées deux suspensions : une artificielle dans les airs, rendue possible par la technique et une naturelle que constitue tout accouchement dans la mesure où c'est l'événement jamais totalement prévisible du passage de la maternité du dedans à celle du dehors.

Si, de mon point de vue, les services de réa pourraient être qualifiés de maternités volantes, c'est parce qu'il pourrait s'y agir (au contraire des avions) de réaliser ce fantasme. En effet, le projet est bien de (re-)venir au monde, mais là aussi hors du monde du fait de l'importance de la technique, qui seule permet cette suspension du sujet, même si cette fois-ci ce n'est pas dans les airs mais entre la vie et la mort. Ce suspens y a donc deux faces, une naturelle et une technique, qui s'y trouvent provisoirement confondues.

Dans la série « Phikaipsy » dont ce tableau fait partie, j'insiste à penser le suspens au cours du même geste d'écriture entre le  $\varphi$  et le  $\psi$ , suspens

qui permet le passage d'une lettre à l'autre, voire par déplacement celui de la physis à la psyché.

J'ai été surpris de découvrir que ce que je croyais être ma trouvaille remontait peut-être aux temps de la Grèce archaïque, celle de Mycènes et d'Agamemnon, dans laquelle des enjeux comparables à ceux de l'Égypte des Pyramides concernant l'écriture et la sépulture, fondent en Europe ce qui deviendra notre civilisation. Deux types de petites sculptures en terre omniprésentes dans les fouilles, potentielles représentantes de divinités féminines, y ont été retrouvées et semblent avoir été des objets de culte. Elles sont répertoriées par les archéologues comme « figures de type  $\phi$  », au ventre rond pouvant représenter une maternité interne côté grossesse et comme « figures de type  $\psi$  » aux bras ouverts, pouvant représenter une maternité externe. Tant la vierge à l'enfant des chrétiens que la mère suffisamment bonne « adorée » des psychanalystes me semblent pouvoir s'inscrire dans cette lignée des « figures de type  $\psi$  ».

Tout au long de ce livre, Raphaël Minjard nous montre combien il est important de savoir prendre en compte, dans toute sa complexité, le suspens que représente pour tout sujet qui s'y trouve confronté, le passage en réanimation ; mais à prendre en compte aussi les effets de miroir qu'il suscite entre le vécu des personnels des services de réanimation et celui des patients tant pendant la phase de coma qu'au cours du travail d'éveil qu'ils font lorsqu'ils retrouvent progressivement un statut de sujet langagier. Il nous permet de voir l'omniprésence d'un féminin archaïque dans les représentations qui y circulent entre soignants et patients. Il souligne enfin le risque de fascination par la technique qui pourrait nous faire croire qu'il suffirait de se vouer entièrement aux « figures de type  $\phi$  », côté physiologie et médecine opératoire. Mais non, pour sortir du trou-réa comme dans d'autres circonstances moins artificielles, faire une place aux « figures de type  $\psi$  » reste nécessaire, au moins pour les humains que nous sommes, qui continuons ainsi à ressembler aux habitants de Mycènes, 3000 ans avant J.-C.. Une place pour chacune de ces figures de type  $\phi$  et  $\psi$ , ainsi la psyché de Narcisse ne pourra plus jamais se confondre ni avec le miroir qu'elle est aussi, ni avec les neurones qui s'y reflètent pourtant...

Jean Peuch-Lestrade, août 2013<sup>1</sup>

---

1. Jean Peuch-Lestrade, psychiatre, psychanalyste membre du IV<sup>e</sup> Groupe, est aussi peintre.

Le peintre Jean Peuch-Lestrade travaille le pigment pur à la main sur toile et papier japonais. Ce qui m'a particulièrement touché dans la rencontre avec ce tableau lors d'une de mes visites dans l'atelier du peintre, c'est ce travail sur l'émergence lors de la suspension du geste. La suspension provoque là l'activité de représentation en confrontant la psyché à sa propre capacité de représentation. En ce sens, suspendre c'est mettre en œuvre un processus potentiellement créateur. Mes différents regards portés sur ce tableau ont été évolutifs, ils se sont transformés, offrant à l'esprit à la fois la possibilité du chaos et celle de la voie vers la symbolisation. Ce tableau représente pour moi ce que je vais définir tout au long de ce texte et que je nomme « Le travail de l'éveil de coma ».

Le problème n'est pas de tout expliquer mais d'accompagner l'inexplicable, accompagner la traversée de « l'inquiétante étrangeté ».

Raphaël Minjard





---

# INTRODUCTION

*« Il existe une causalité psychique spécifique que l'on ne peut ramener ni à celle qui est à l'œuvre dans les sciences de la nature, ni à celle que l'on peut dégager des sciences humaines socio-anthropologiques. [...] Le psychisme humain est sous l'influence d'un double déterminisme, naturel et culturel. Il en émerge, comme une création originale, dans sa spécificité (irrécusable) et son autonomie (relative). »  
(Green, 1995)*

CETTE CITATION AU SUJET de la causalité psychique est à entendre ici comme le fil d'une réflexion qui rend compte des interrogations relatives à la question du coma et de l'éveil.

Ce travail présente un cheminement de recherche de plusieurs années au sujet de ce moment d'absence qu'est le coma. Cette démarche rappelle ce que décrit M. Grosclaude à propos du fonctionnement des patients sortis de réanimation : comme un pèlerinage (Grosclaude, 2002), un retour sur les lieux de l'absence, une volonté de savoir. Nous allons découvrir ce savoir sur l'absence au travers d'un travail de théorisation de la place du psychologue clinicien en service de réanimation auprès des patients comateux et la mise à jour des processus psychiques inhérents au *travail de l'éveil* de coma.

Nous allons montrer la nécessité et la difficulté de la place du représentant de la vie psychique dans les services de prise en charge de patients en état de crise somatique aiguë. Nous verrons aussi comment le psychologue contribue, par l'espace de projection qu'il représente et le

travail de la pulsion anarchiste (Zaltzman, 1998)<sup>1</sup> qu'il permet, au *travail de l'éveil* des patients comateux.

Cette réflexion concerne la question de l'intrication pulsionnelle chez les patients en état de précarité vitale et la construction d'un modèle de l'éveil de coma abordé selon l'angle de la psychologie des processus que je nomme « *Le travail de l'éveil* ».

Ce modèle théorico-clinique est élaboré en appui sur le travail du psychologue clinicien en service de réanimation. Il soulève différents questionnements sur l'affection somatique et sa liaison avec la problématique psychique dans la déconstruction/reconstruction du lien à l'autre.

Tout au long de ce travail, nous ferons les distinctions nécessaires entre le coma et l'état végétatif chronique, l'état pauci-relationnel ou le handicap lourd.

Distinguer ces états, c'est aussi distinguer des espaces qui nous pousseront à situer la place des réanimations dans la cartographie des soins et des enjeux de politique de santé, croisés aux désirs des soignants officiant en réanimation.

Avant de pousser la porte du service de réanimation à proprement parlé, nous allons rencontrer Pedro dans un service de soins de suite de coma où sont hospitalisés les patients sortis de réanimation, mais dans l'incapacité de rejoindre directement un service de médecine car encore trop lourdement appareillés.

Dans ces services ou les séjours peuvent durer de plusieurs mois à plusieurs années, les patients ne sont pas tous dans les mêmes difficultés. Celles-ci sont décrites sous forme de stades : l'état végétatif chronique, l'état pauci-relationnel, le handicap lourd ; autant d'états que l'on peut aussi entendre comme différents questionnements de l'affection somatique et de sa liaison avec la problématique psychique de la déconstruction/reconstruction du lien à l'autre.

C'est là qu'ont pris forme mes premières interrogations concernant cette vie suspendue que peut représenter la période de coma, ou plutôt

---

1. Nous entendrons dans notre propos la définition de la pulsion anarchiste selon la proposition de N. Zaltzman : « L'aiguillon de la mort rassemble les forces de la pulsion de mort. Dans un rapport de forces sans issues, seule une résistance née de ses propres sources pulsionnelles de mort peut braver la mise en danger mortelle. J'appelle ce courant de la pulsion de mort, le plus individualiste, le plus libertaire, la pulsion anarchiste. La pulsion anarchiste sauve une condition fondamentale du maintien en vie de l'être humain : le maintien pour lui de la possibilité d'un choix, même lorsque l'expérience-limite tue ou paraît tuer tout choix possible. [...] Seule l'énergie dissociative de la pulsion de mort peut propulser la poussée libertaire. »

sur ce que peut devenir un sujet après une période de coma. Qu'a-t-il ou n'a-t-il pas, sur quel manque s'établit cet état dans lequel un sujet se trouve pris comme en transit entre la vie et la mort ?

**Pedro**

C'est ainsi que je rencontre Pedro, victime d'un grave accident de la route alors qu'il effectue son travail de représentant en matériel biomédical. Suite à une période de coma de plusieurs semaines, il s'éveille mais ne peut aller au-delà du stade pauci-relationnel et il est transféré dans le service de soins de suite.

Stationnaire pendant de nombreux mois, il évolue vers un handicap lourd. Pendant cette évolution, nous développons avec Pedro une méthode de communication qui consiste à utiliser un alphabet électronique géant comprenant aussi des mots et des images.

Nous avons pu nommer un jour ensemble cette étrangeté pour lui de se servir du matériel pour lequel il a, une grande partie de sa vie, fait l'article. Il y a bientôt cinq ans que cet accident a eu lieu lorsque la femme de Pedro annonce à l'équipe qu'elle vit avec un autre homme et qu'elle est en train de demander le divorce et de vendre la maison. Le fils de Pedro, âgé de huit ans, est au courant et supporte le poids de ce terrible secret, sans doute aussi lourd que le handicap de son père qu'il vient voir une fois par semaine.

La rencontre avec Pedro a ouvert sur un travail quotidien qui m'a permis de voir combien cet homme a su le désinvestissement progressif de sa femme. Il sentait la présence d'un autre homme et ne refusait pas ce qui devait advenir. Cependant, il investissait de façon forcenée avec de grands passages de désespoir les moyens mis en œuvre pour améliorer son quotidien. Ensemble, avec le médecin et la kinésithérapeute, nous avons construit le projet d'une sortie au cinéma. Il a choisi « Parle avec elle ». Étrange choix de la part de cet homme qui a traversé de si rudes épreuves que de se confronter de nouveau à cette expérience... et en même temps n'est-ce pas là une façon de se voir ? De voir ce qu'il a été, et dont il n'a que de vagues souvenirs, des fantasmes ?

La sortie au cinéma marquait pour moi la fin de mon stage. J'ai cependant eu des nouvelles de Pedro qui pendant plusieurs semaines a été mû par un élan vital surprenant l'ensemble de l'équipe.

Le travail qui suit propose une réflexion et une construction théorique face à un questionnement qui concerne l'appréhension du patient dans sa globalité.

Il s'inscrit aussi dans le cadre d'un questionnement concernant les espaces interstitiels et les modalités de rencontre et d'articulation entre métapsychologie psychanalytique et neurosciences cognitives.

Malgré les transformations des réanimations ces dix dernières années, leurs tentatives d'ouvertures (horaires, accueils...), la création des pôles regroupant différents services et mutualisant les moyens, la pratique psychologique et psychothérapeutique en réanimation reste marginale et peu connue du grand public.

Seuls quelques services sont, en France, pourvus de temps de psychologue dédié uniquement à la réanimation. De manière générale, ce sont les services de réanimation néonatale et pédiatrique qui bénéficient de ces temps. La réanimation polyvalente adulte, elle, bénéficie des services de l'unité de psychiatrie de liaison.

Le propos de ce livre est issu de la réflexion d'un psychologue clinicien chercheur sur un travail engagé dans la pratique et la rencontre des patients en service de réanimation médico-chirurgicale adulte (ou polyvalente) dans un lieu où ne préexistait pas de poste de psychologue. Ce travail présente, dans une articulation théorico-clinique, des points de discussion avec les pratiques de soins actuelles dans les réanimations adultes en France.

Ce questionnement a pour but la présentation d'un modèle de l'éveil de coma ancré sur la prise en compte des processus psychiques et de l'intersubjectivité.

On recense de nombreux travaux sur le développement des techniques de soins de pointe, mais peu d'écrits théorico-cliniques concernant une approche bio-psycho-sociale du malade de réanimation. La tendance est à « l'artisanat » lorsqu'il s'agit d'évoquer des notions comme l'affect, le lien... pourtant reconnus par les sciences humaines comme les éléments primaires de l'inscription du sujet dans le monde. De même, lorsqu'il s'agit d'interroger les dispositifs de travail des psychologues au sein de services tels que les réanimations, nous nous trouvons rapidement dans des impasses, des paradoxes, des revendications, montrant que nos cadres ou dispositifs « types » sont en échec, ou peu efficaces dans la rencontre avec les malades de tels services.

Ainsi, face à un champ jeune et peu exploré du fait de la résurgence d'un lien primaire à l'objet excluant le tiers vécu comme dangereux, les écrits en psychologie et réanimation restent peu nombreux et font l'objet de l'exclusivité du travail de quelques personnes, au risque, du même coup, d'un enfermement de la pensée.

Cet ouvrage offre de faire un pas de côté pour penser et élaborer sur ce qui, d'un premier abord, pourrait s'apparenter à des lieux de « non pensée ».

Ce pas de côté mène parfois à suivre des « pensées vagabondes » illustrant par-là ce que peut faire vivre et mobiliser comme défenses la

« plongée » dans l'univers de la réanimation. Ces défenses peuvent se transformer en ressources notamment pour le psychologue clinicien.

## Éveil

### Cécilia

Lorsque je passe devant la porte de sa chambre, elle m'appelle d'un signe. Elle est toute rouge et boursoufflée : une nouvelle allergie aux médicaments, semble-t-il, qui justifie sa mise en isolement.

« Ben, ils m'ont tout enlevé, même le tuyau du nez... Vous savez, je vous ai pris pour quelqu'un d'autre, depuis longtemps. (« Ah ? »). Oui pour F., le copain de ma fille, j'en ai même parlé à mon mari, mais vu qu'il sait tous les trucs que je prends, il me disait que je me trompais. Je lui disais qu'il faisait peut-être deux travaux. »

« Cela a dû vous paraître bizarre ? »

« Ben oui ça m'a fait un truc, mais je ne vous ai pas parlé ? »

« Non... je parlais pour vous, et vous expliquais ce qui se passait autour de vous pour que vous ne soyez pas trop effrayée. »

« Je ne m'en rappelle pas, plus aucun code, je ne me rappelle que de l'éveil, enfin le clic de l'éveil s'est fait quand j'ai entendu la voix de mon grand frère, pas vu, hein ? Mais entendu. Là, j'étais réveillée, avant j'étais en sommeil profond, je ne sais pas où j'étais. Mais le chirurgien m'a dit ce matin que je ne risquais plus rien. »

Cécilia est une femme de 48 ans, d'origine italienne, mère de quatre enfants et femme au foyer. C'est une petite femme brune qui semble avoir du caractère. J'apprendrai plus tard qu'elle « dirige » le fonctionnement de sa maison. Elle est arrivée dans le service de réanimation dans un état critique suite à un syndrome occlusif fébrile. Le dossier médical de cette patiente rapporte qu'elle s'est fait poser un anneau gastrique en 1994. Dix ans plus tard, après consultation de son chirurgien, une nouvelle opération est décidée visant à extraire un abcès occasionné par un glissement de l'anneau. L'opération s'est bien déroulée et le chirurgien autorise la sortie de Cécilia deux jours plus tard, malgré une légère fièvre persistante. Ne se sentant pas très bien, elle consulte son médecin généraliste le lendemain qui lui prescrit une fibroscopie. L'examen réalisé, elle est conduite d'urgence à l'hôpital dans un état semi-comateux. Intubée et ventilée, elle est plongée dans un coma artificiel avant de s'éveiller et d'être extubée 28 jours après son entrée.

Quelques jours plus tard elle racontera de nouveau ce qui pour elle a fait éveil :

« C'est la voix de mon frère, une voix d'abord forte et dure puis enchantresse, la voix de mon mari est aussi forte, mais pas la même, en plus il me massait les pieds, il ne pouvait pas parler, trop ému, mais quand j'ai entendu mon frère, là ça a fait un déclic... Mais je pense que c'est à l'hôpital que j'ai

attrapé ça ; les médecins, ils sont tellement occupés avec la sécurité sociale qu'ils ne doivent pas toujours nettoyer comme il faut ; ou alors il m'a fait sortir trop tôt ; de toute façon j'irai le voir quand je sortirai. »

### *Déclic*

Le « déclic », comme de nombreux patients dont les séquences cliniques figurent dans cet ouvrage, Cécilia l'a eu et le retranscrit comme un passage, un changement d'état, brusque et surprenant.

Les théories actuelles de la métapsychologie psychanalytique proposent de penser l'appareil psychique en termes de processus. Très ancrées dans la pratique clinique, ces théories offrent une nouvelle lecture de la métapsychologie, apportant des aspects dynamiques à une pensée structurale et exigeant de ce fait un travail théorique, rigoureux et novateur car impliquant de penser le « mouvement psychique » comme objet d'étude. Cette lecture nous rapproche peut-être encore plus de la découverte de S. Freud présentant le Moi comme une surface et la pulsion comme limite entre le corporel et le psychique.

Extrait du langage courant, « être dans un état comateux », c'est être dans un entre-deux états, essentiellement en « navigation » entre veille et sommeil, dans un moment préconscient. Mais c'est aussi être dans un processus, un mouvement.

Le patient dans le coma se situe à un carrefour, un point nodal porteur d'énigme. Le coma et l'éveil sont des moments particulièrement complexes tant pour le patient que pour l'entourage soignant ou proche. Ces nœuds sont constitués d'interrelations de faits somatiques traumatiques engendrant et engendrés de désordres et de désorganisations homéostatiques. Médicalement, la perte causée par ces désordres et désorganisations est celle de la conscience. Un autre nœud se dessine alors, comme une nouvelle énigme, positionnant la pulsion au centre de la réflexion. Le coma comme objet de recherche peut être envisagé comme un processus réactionnel, défensif et protecteur pour le Moi, et ce quelle que soit son issue, aussi fatale fût-elle. Cela mène à questionner le coma comme un passage par une débâcle somatique et psychique pour faire face à quelque chose qui serait pire encore que la mort.

L'éveil de coma représente un dénouage possible dans une réappropriation de son corps par le sujet. Cette réappropriation passe par des mouvements psychiques et somatiques extrêmes très dépendants de la relation à l'autre. L'éveil de coma pose la question de la relance de

l'activité pulsionnelle et de ses avatars. Reprendre conscience serait alors se ressaisir et se réorganiser sur le plan somatique, mais aussi sur le plan topique, économique et dynamique au sein d'un environnement particulier. Le coma et l'éveil sont des processus qui engendrent des mouvements psychiques et corporels, nécessitant un accompagnement constant. Ainsi, le coma et l'éveil ne peuvent être pensés hors des lieux dans lesquels ils se jouent.

Cet ouvrage s'articule selon trois temps :

1. *Un premier temps* consacré à la rencontre avec les sujets comateux, le service de réanimation, les modèles actuels de pensée du coma et le positionnement professionnel du psychologue clinicien. Cette partie interroge la position d'un psychologue au sein d'un service que l'on peut décrire d'un premier abord comme peu expérimenté à la présence d'un « psy ».

C'est le *relevé topologique de l'environnement du patient comateux* qui permet de trouver dans les fonctionnements de l'équipe de réanimation des traces du processus de l'éveil de coma et de soutenir, en appui sur la notion « d'homologie fonctionnelle » (Pinel, 1996), la notion de processus d'échoisations transférentiels entre l'appareil psychique du patient comateux et son environnement.

Cette notion conduit à penser les perceptions ou les modalités perceptives et leurs résonances affectives en écho avec l'environnement. Pendant le coma, les nombreux stimuli adressés au corps du patient comateux sont maintenus à l'état de contenu en attente de signification, de subjectivation. *La période de l'éveil est le lieu de la reprise des processus de symbolisation.*

2. *Le deuxième temps* de ce travail est axé sur le coma comme processus articulatoire de différents états, comme point nodal entre psyché et soma, interne et externe, réel et imaginaire, perceptif et représentationnel, vie et mort, individu et groupe...

Dans *Le Moi et le Ça*, Freud indique que l'une des caractéristiques de notre appareil psychique est d'être condamné à signifier ce qui lui arrive (Freud, 1923b) ; cela implique alors la dimension de l'inquiétant, généré par l'actualisation des perceptions internes et externes au moment de l'éveil. Autrement dit, les qualités des stimuli et leurs lieux de résonances joueraient un rôle dans les processus de l'éveil. Cet axe, consacré à la question des *processus hallucinatoires comme parties élémentaires en jeu dans la période de coma et en relation avec le « travail de l'éveil »*, propose un travail de décondensation de ces différents nœuds.

La question de la mémoire et des traces mnésiques sera abordée sous l'angle des incongruités dues à la rencontre de ces parties élémentaires les unes avec les autres, convoquant alors le sujet à un travail de signification, de remémoration, puis de commémoration. Autrement dit, nous allons nous interroger sur le devenir des stimuli reçus pendant la période de coma et demeurés latents par manque de capacité d'actualisation de la part du sujet, ce qui générerait au sein de l'appareil psychique, et plus précisément pour le Moi renaissant à la conscience, de l'inquiétant. Ainsi, *le Moi est pris entre perceptions actuelles et traces mnésiques. Leur « télescopage » est générateur d'inquiétant ; l'espace entre perception et traces mnésiques, espace atopique, est un espace hallucinatoire complexifiant le modèle car représentant un potentiel piège pour le sujet.*

3. *Enfin, le troisième temps est consacré au travail de l'éveil pris comme un processus de réappropriation subjective par la rencontre et le tressage des éléments somatiques, psychiques et énergétiques sur la scène d'un service de réanimation. Cette dernière partie présente la construction d'un modèle de pensée des processus psychiques au moment de l'éveil ouvrant sur trois voies : l'éveil, l'état végétatif chronique (et ses différentes déclinaisons) ou la mort. Le travail de l'éveil propose un modèle de fonctionnement théorique de l'appareil psychique en situation de crise somatique aiguë.*

Ce troisième axe concerne le travail de mise en sens de cet inquiétant qu'effectue le patient et sa relation à une réorganisation de l'appareil psychique, le passage par le sens incluant la notion de conflit et de sa potentialité réversible et réflexive, entraînant l'appel à l'autre comme étai, mais posant aussi le problème de la vérité.

Lors de l'éveil, le Moi effectue un travail d'actualisation qui passe par l'interprétation de sensations. Mais cette présentification ou actualisation ne se fait pas sans la mise en travail de l'inquiétant.

La mise en récit prend sens comme un épisode interprétatif restructurant pour l'appareil psychique du sujet. Cette interprétation sous-tend une question concernant le rétablissement du refoulement et le lien avec le fonctionnement de l'appareil psychique lors du coma où la conscience est dite suspendue, en otage. *Le coma se trouve alors du côté d'un processus de survie, ancré sur un fond hallucinatoire.*

*La troisième idée poursuivie propose d'entendre le « délire du comateux » comme une tentative de signification, de maîtrise de l'excitation hétéromorphe due à l'afflux de stimuli non encore signifiés.*



Vu sous cet angle, l'éveil est synonyme de mouvement de réorganisation de l'appareil psychique passant par un travail d'actualisation des perceptions, de « dés-embouteillage » perceptif et de réinvestissement pulsionnel du fonctionnement psychique, une remise en mouvement.

Ce travail propose de révéler les processus sous-jacents aux mouvements de l'appareil psychique s'éveillant.

*La réflexion se termine sur les questions engendrées par la présentation d'un modèle de l'éveil nécessitant la pensée d'une place du patient comme sujet au sein du processus soignant.*



# PARTIE 1

---

## PSYCHOLOGIE ET RÉANIMATION

**A** PRÈS une revue de la littérature, la première partie nous plonge dans un univers auquel, jusqu'à présent, les psychologues n'ont eu que peu accès.

Historiquement, les portes de la réanimation étaient en premier lieu ouvertes à la psychiatrie de liaison convoquée sur demande, comme le demande la loi<sup>1</sup>, souvent suite à des tentatives de suicide, ou pour apporter un diagnostic psychiatrique concernant un patient ayant un éveil très agité ou du ressort de l'hôpital psychiatrique.

Le premier chapitre présente la construction d'une méthodologie de la pratique pour le psychologue en réanimation. Il montre les difficultés rencontrées dans la construction d'une méthode de travail, heurtée aux

---

1. Décret des réanimations n°2002-466 du 5 avril 2002, applicable en 2007 : Art. D. 712-110 : « L'établissement de santé doit [...] disposer [...] d'un psychologue ou d'un psychiatre et de personnel à compétence biomédicale. »

limites du coma et au fonctionnement du service. Ce chapitre est le lieu d'une articulation entre psychologie clinique et recherche en psychologie, d'un questionnement sur les modalités de travail avec les patients en éveil de coma, l'utilisation de la sédation et les limites de la réanimation.

Le deuxième chapitre traite du coma et de l'éveil comme processus et non comme état. Deux cliniques sont présentées venant interroger quant à l'éveil de coma. C'est sous l'angle du « traumatique » (Bokanowski, 2002)<sup>1</sup> qu'est abordée la question du coma et de son éveil, pour entrer dans la clinique des processus.

Le troisième chapitre de cette première partie traite de notions fondamentales d'éthique au travers de deux axes, celui de l'intime et celui de la rencontre, articulés à la question de la précarité vitale et de la survie.

## REVUE DE LA LITTÉRATURE ET SITUATION DE LA RECHERCHE

Constituer une revue de la littérature en psychologie et réanimation demande de croiser des champs différents pour spécifier le domaine clinique entre spécialité médicale (néonatalité, cardiologie, rééducation fonctionnelle...) et état (coma, éveil...). Une première revue de la littérature a été établie par l'équipe du Réseau Européen Interdisciplinaire en Psychologie et Réanimation (REIRPR)<sup>2</sup> et publiée dans les « Cahiers du Réseau » n° 6 en 1996. Ce premier recensement est établi sur l'ensemble des références internationales des origines de la réanimation (soit 1938 pour les premiers travaux recensés à 1989). L'objet de ce premier travail est de faire état d'une question concernant l'expérience subjective de la réanimation et les troubles et difficultés psychiques associés à celle-ci.

« Qu'avait-il été pensé, écrit, tenté relativement à ces points tandis que nous étions nous-mêmes confrontés à une clinique du psychique jusque-là impensée, voire impensable ? » (Grosclaude et Dupeyron, 1996)

---

1. Le traumatique vient plus spécifiquement désigner l'aspect économique du traumatisme (le défaut de « pare-excitant », etc.) ; ce principe économique entraîne un type de fonctionnement à propos duquel on pourrait parler de fonctionnement à « empreinte traumatique » ou « en traumatique » ; même si une partie de ses effets peut être représentable, figurable et symbolisable, ils ne le sont jamais totalement.

2. Réseau Interdisciplinaire de Recherche en Psychologie et Réanimation (REIRPR) qui depuis 1990 a pour but de « diffuser travaux, idées et expériences, de faciliter les contacts, de promouvoir la recherche et ses perspectives tant théoriques, que d'application dans les services – de Réanimation, Rééducation Fonctionnelle... », *Les Cahiers du Réseau* (1994), 3, p. 3.