



HAL
open science

Paroles de réanimés, énigme de la mort en réanimation

A. Frenay

► **To cite this version:**

A. Frenay. Paroles de réanimés, énigme de la mort en réanimation. In *Analysis*, 2020, 4, pp.173 - 176.
10.1016/j.inan.2020.06.014 . hal-03491146

HAL Id: hal-03491146

<https://hal.science/hal-03491146>

Submitted on 14 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

PAROLES DE REANIMES, ENIGME DE LA MORT EN REANIMATION

WORDS OF THE REANIMATED, ENIGMA OF DEATH IN INTENSIVE CARE

Aurélie FRENAY

aurelie.frenay@gmail.com

Psychologue clinicienne.

Services de réanimation polyvalente, Centre Hospitalier Saint Joseph Saint Luc, 20 quai Claude Bernard, 69007 Lyon, France et Médipôle Lyon-Villeurbanne, Ramsay GDS, 158 rue Léon Blum, 69100 Villeurbanne, France.

Doctorante en psychopathologie et psychologie clinique.

Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC), Laboratoire EA 653, Université Lumière Lyon II, 5, avenue Pierre Mendès-France 69500 Bron, France.

Cet article ne présente aucun conflit d'intérêt.

Résumé

Contexte

Au travers de notre clinique quotidienne de psychologue clinicienne en réanimation et d'un travail de recherche doctorale intitulée « *Rêves de réa. Vécus de coma en réanimation polyvalente adulte* », a émergé une réflexion sur le vécu des patients durant le coma, l'éveil et après la sortie de soins intensifs. Pour beaucoup d'entre eux, l'hospitalisation en réanimation est traumatique et l'état confusionnel de l'expérience du coma l'est autant, voire plus que la crise somatique qu'ils traversent. Depuis plusieurs années, les travaux sur les processus psychiques en réanimation ont beaucoup évolué. Enrichie des apports de M.Grosclaude et R.Minjard notamment, la considération de ces *récits réanimatoires* a ouvert la voie à une approche psychologique du delirium. Il est défini, selon l'Association Américaine de Psychiatrie dans le DSM IV, par une perturbation de la conscience, accompagnée de modifications cognitives. Les étiologies sont variées et les signes cliniques sont caractérisés par une perturbation de la conscience, des troubles mnésiques, une désorientation, des hallucinations, une modification du comportement psychomoteur (formes hypo ou hyperactive), une inversion du cycle veille-sommeil.

Objectifs

Ce travail de recherche a une visée théorique en proposant une modélisation du vécu du coma et son éveil à travers le contenu subjectif des récits réanimatoires, au-delà d'éléments objectivés par des échelles, globalement peu utilisées par des soignants non formés à la psychiatrie. Ce travail a également une visée clinique et de sensibilisation du corps soignant à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de ce syndrome.

Méthodes

C'est la clinique qui a en premier lieu motivé ce travail, par une approche qualitative, lors d'entretiens semi directifs, de patients et leurs proches durant l'hospitalisation ou dans les suites. L'espace thérapeutique proposé permet de rendre partageable aux équipes pluriprofessionnelles de la réanimation cette expérience de delirium, dans le but d'améliorer les pratiques. La clinique est étroitement articulée au champ théorique psychanalytique, pour l'écoute et la lecture des entretiens. La population étudiée est centrée sur douze patients ayant séjournés en réanimation en postopératoire ou suite à une défaillance d'organe et vécu un coma artificiel.

Résultats

Ce travail de recherche est en cours, mais se dessinent les difficultés à identifier et prendre en charge ces vécus traumatiques par les équipes de soin. Cela s'explique par le manque de formation des soignants sur ce sujet mais aussi le peu de présence des psychologues dans ces services. La question traumatique est centrale pour les patients. Au travers du travail du rêve, du fantasme de mort et d'un vécu « morcellaire », il y aurait une tentative de figuration de l'expérience du corps.

Conclusions

L'approche clinique et psychanalytique est nécessaire pour développer et maintenir une présence psychique dans ces services de haute technicité. L'« être avec » les patients entremêlé au travail pluriprofessionnel constituent le socle du sujet vivant et désirant, tout en défendant la liberté et l'accueil des mots.

Mots clés

Réanimation, coma, mort, éveil, vie psychique.

Abstract

Context

Through our daily clinic of clinical psychologist in resuscitation along with the doctoral research work entitled "*Dreams of resuscitation. Experiences of coma in adult intensive care unit*", a reflection emerged on the experience of patients during coma, as well as the awakening and post discharge from intensive care. For many of them, resuscitation's hospitalization is traumatic and the confused state of the coma experience is as much, if not more, than the somatic crisis they are going through. Work on psychic processes in intensive care has evolved a lot, in the past several years. Enriched with the contributions of M.Grosclaude and R.Minjard in particular, the consideration of these resuscitative stories paved the way to a psychological approach to delirium. It is defined, according to the American Psychiatric Association in DSM IV, by a disturbance of consciousness, accompanied by cognitive changes. The etiologies are varied and the clinical signs are characterized by a disturbance of consciousness, memory disorders, disorientation, hallucinations, modification of psychomotor behaviour (hypo or hyperactive forms), an inversion of the sleep-wake cycle.

Objectives

This research work has a theoretical aim by proposing a modeling of the coma experience and its awakening through the subjective content of resuscitation stories, beyond elements objectified by scales, generally barely used by care workers not trained in psychiatry. This work also has a clinical aim as well as to provide awareness of the caregiver to the prevention, screening and management of this syndrome.

Methods

It was the clinic that first motivated this work, using a qualitative approach, during semi-structured interviews with patients and their families during hospitalization or in the aftermath. The therapeutic space offered makes it possible to share this delirium experience with multi-professional resuscitation teams, with the aim of improving practices. The clinic is closely linked to the theoretical psychoanalytic field, for listening and reading interviews. The population studied is centered on twelve patients who have been in intensive care; postoperative or due to organ failure, and experienced an artificial coma.

Results

This research work is progressing but the challenge to identify and take care of these traumatic experiences by the care teams are already taking shape. This is explained by the lack of training of caregivers on this subject but also the lack of psychologists in these services. The traumatic issue is central to patients. Through dream work, the fantasy of death and a "fragmentary" experience, there would be an attempt to represent the experience of the body.

Conclusions

The clinical and psychoanalytic approach is necessary to develop and maintain a psychic presence in these highly technical services. "Being with" patients intertwined with multi-professional work constitute the foundation of the living and desired subject, while defending freedom and the acceptance of words.

Keywords

Resuscitation, coma, death, awakening, psychic life.

PAROLES DE REANIMÉS, ENIGME DE LA MORT EN REANIMATION

WORDS OF THE REANIMATED, ENIGMA OF DEATH IN INTENSIVE CARE

Résumé

Contexte

Au travers de notre clinique quotidienne de psychologue clinicienne en réanimation et d'un travail de recherche doctorale intitulée « *Rêves de réa. Vécus de coma en réanimation polyvalente adulte* », a émergé une réflexion sur le vécu des patients durant le coma, l'éveil et après la sortie de soins intensifs. Pour beaucoup d'entre eux, l'hospitalisation en réanimation est traumatique et l'état confusionnel de l'expérience du coma l'est autant, voire plus que la crise somatique qu'ils traversent. Depuis plusieurs années, les travaux sur les processus psychiques en réanimation ont beaucoup évolué. Enrichie des apports de M.Grosclaude et R.Minjard notamment, la considération de ces *récits réanimatoires* a ouvert la voie à une approche psychologique du delirium. Il est défini, selon l'Association Américaine de Psychiatrie dans le DSM IV, par une perturbation de la conscience, accompagnée de modifications cognitives. Les étiologies sont variées et les signes cliniques sont caractérisés par une perturbation de la conscience, des troubles mnésiques, une désorientation, des hallucinations, une modification du comportement psychomoteur (formes hypo ou hyperactive), une inversion du cycle veille-sommeil.

Objectifs

Ce travail de recherche a une visée théorique en proposant une modélisation du vécu du coma et son éveil à travers le contenu subjectif des récits réanimatoires, au-delà d'éléments objectivés par des échelles, globalement peu utilisées par des soignants non formés à la psychiatrie. Ce travail a également une visée clinique et de sensibilisation du corps soignant à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de ce syndrome.

Méthodes

C'est la clinique qui a en premier lieu motivé ce travail, par une approche qualitative, lors d'entretiens semi directifs, de patients et leurs proches durant l'hospitalisation ou dans les suites. L'espace thérapeutique proposé permet de rendre partageable aux équipes pluriprofessionnelles de la réanimation cette expérience de delirium, dans le but d'améliorer les pratiques. La clinique est étroitement articulée au champ théorique psychanalytique, pour l'écoute et la lecture des entretiens. La population étudiée est centrée sur douze patients ayant séjourné en réanimation et vécu une période de coma artificiel.

Résultats

Ce travail de recherche est en cours, mais se dessinent les difficultés à identifier et prendre en charge ces vécus traumatiques par les équipes de soin. Cela s'explique par le manque de formation des soignants sur ce sujet mais aussi le peu de présence des psychologues dans ces services. La question traumatique est centrale pour les patients. Au travers du travail du rêve, du fantasme de mort et d'un vécu « morcellaire », il y aurait une tentative de figuration de l'expérience du corps.

Conclusions

L'approche clinique et psychanalytique est nécessaire pour développer et maintenir une présence psychique dans ces services de haute technicité. L'« être avec » les patients entremêlé au travail pluriprofessionnel constituent le socle du sujet vivant et désirant, tout en défendant la liberté et l'accueil des mots.

Mots clés

Réanimation, coma, mort, éveil, vie psychique.

Abstract

Context

Through my daily practice as a clinical psychologist in an intensive care unit, along with my doctoral research work entitled "*Dreams of resuscitation. Experiences of coma in adult intensive care unit*," emerged a reflection on the experience of patients in a coma, as well as during awakening and after their discharge from intensive care. For many of them, a hospitalization in the I.C.U. is traumatic and the confused state of the coma experience is just as disorienting, if not more so, than the somatic crisis they are going through. Work on psychic processes in intensive care has evolved significantly over the past several years. Enriched with the contributions of M. Grosclaude and R. Minjard in particular, the consideration of these resuscitative stories paved the way to a psychological approach to delirium. The latter is defined, according to the American Psychiatric Association in the DSM-IV, as a disturbance of consciousness, accompanied by cognitive changes. The etiologies are varied and the clinical signs are characterized by a disturbance of consciousness, memory disorders, disorientation, hallucinations, modification of psychomotor behavior (hypo- or hyperactive forms), and an inversion of the sleep-wake cycle.

Objectives

This research work has a theoretical aim of proposing a way of modeling the coma experience and its awakening through the subjective content of resuscitation stories, beyond elements objectified by scales, which are generally barely used by care workers not trained in psychiatry. This work also has a clinical aim: to provide awareness to the caregiver about the prevention, screening, and management of this syndrome.

Methods

This work emerges from clinical practice, using a qualitative approach, during semi-structured interviews with patients and their families during hospitalization or in its aftermath. The therapeutic space offered makes it possible to share this delirium experience with multi-professional resuscitation teams, with the aim of improving practices. The clinical work is informed by psychoanalytic theory, which is used, especially, in listening and in reading interviews. This study focuses on twelve patients who have been in intensive care and who have experienced a period of artificial coma.

Results

This research work is in progress, but the challenges faced by professionals regarding the identification and the caring for these traumatic experiences are already well-defined. This is explained by most caregivers' lack of training on this subject, but also by the lack of psychologists in these services. The traumatic issue is central to patients. Through dream work, the fantasy of death, and a "fragmentary" experience, there would be an attempt to represent the experience of the body.

Conclusions

The clinical and psychoanalytic approach is necessary in order to develop and maintain a psychic presence in these highly technical services. "Being with" patients, along with investing in multi-professional work, constitute the foundation of the living and desiring subject, and allow one to defend the notion of freedom and to welcome the subject's discourse.

Keywords

Resuscitation, coma, death, awakening, psychic life.

La réanimation est un monde d'inquiétante étrangeté, où tout vacille. Cette expérience extrême (re)met à découvert ruptures, effractions et traumatismes. Elle convoque en chacun de nous l'infantile et l'infans, celui qui ne parle pas encore.

Le psychologue se tenant auprès du patient hospitalisé en réanimation, le regarde, le touche parfois, l'écoute et lui parle, le reconnaissant ainsi comme humain et sujet. Sa sensorialité comme l'un de ses outils, il observe et accompagne cette vie psychique en éveil. Il n'est a priori pas familier d'un service hospitalier aussi médicalisé, où la technique et l'urgence sont omniprésentes. Après un premier temps de saisissement, la pratique clinique faite d'écoute, d'échange (non) verbal, de rencontre refait surface.

Le patient, quant à lui, fait très souvent l'expérience du coma (artificiel ou du fait de sa pathologie), pour une durée variable. L'éveil de ce coma, le retour à la conscience dans un environnement totalement étrange et étranger, l'absence de repères de temps, de lieu, de sens, peuvent provoquer un sentiment de suspension voire de rupture de sa vie psychique.

Dans ces services en tout ou rien, où l'inattendu est à chaque recoin, c'est un long travail pour construire sa place, tout est à créer et rien n'est jamais acquis. Être dedans et rencontrer les patients dans leurs vécus les plus archaïques permet ou oblige un après-coup pour penser et leur permettre de raconter ce voyage incroyable au plus près de leur inconscient.

Ce travail d'écoute, d'observation, de mise en mots permet de se laisser aller à rêver à leur chevet, pour eux, avec eux ... parfois se tromper mais toujours avec la volonté de maintenir ce lien, ce fil pour écouter leurs histoires, leurs rêves, leurs hallucinations et tisser du sens, essayer de comprendre cette étrangeté, cet étranger familier en eux, autour d'eux, effrayant et sidérant. Le « délire » parfois très silencieux du patient comateux se manifeste dans l'éveil, souvent assimilé à la réorganisation spatio-temporelle et à l'élimination de substances sédatives. Le séjour en réanimation, voire dans d'autres services hospitaliers ne permet pas toujours de parler de ce vécu.

Ma pratique est celle de psychologue clinicienne en service de réanimation polyvalente adulte depuis plusieurs années. Je rencontre des patients dont la conscience est altérée mais avec qui le lien est possible. Il est à inventer, chaque jour et avec chacun d'eux. L'accompagnement des proches, parfois dans des vécus très similaires à ceux qu'ils viennent visiter donne une dimension historique à ces rencontres. Enfin, le lien aux équipes qui travaillent jour et nuit à leurs côtés est indispensable à ce positionnement au plus près du sujet.

Si les patients ou leurs proches le souhaitent, des entretiens peuvent avoir lieu après la réanimation, en médecine, chirurgie, ou après leur sortie de l'hôpital. C'est parfois l'occasion pour eux de rencontrer un médecin qui leur explique de façon chronologique ou thématique leur séjour dans le service, les raisons de l'hospitalisation... Ils peuvent visiter le service, comme un « pèlerinage » sur les lieux et auprès de l'équipe. Il s'agirait de raconter, se raconter et se faire raconter, comme plusieurs temps ou facettes de cette expérience traumatique.

Au fur et à mesure des années, il m'a semblé nécessaire, vital même d'essayer d'en théoriser quelque chose. Pour les aider mieux encore, pour m'aider à penser cette clinique, souvent, aux confins de la subjectivité. C'est pourquoi j'entame ma deuxième année de doctorat, même si l'avancée n'est pas si facile, articulant au quotidien l'être clinicien et l'être chercheur. Cette position de praticien chercheur s'est construite grâce aux expériences passées (Master 2 Recherche) mais aussi actuelles qui en font un travail en immersion pour construire un positionnement de psychologue clinicien au sein d'un service de réanimation. Il y a quelques années encore, parler à/avec un patient de réanimation était « fou » ! Comme nous l'avons évoqué précédemment, la perception de la vie psychique dans ce type de service évolue. Néanmoins les interrogations, voire la surprise quant à notre travail auprès de ces patients restent très présentes.

Ce travail a plusieurs origines, une pratique clinique en réanimation et le projet d'une recherche clinique sur la vie psychique dans les situations extrêmes. Le choix de l'objet de recherche est-il d'ailleurs si éclairé et si délibérément choisi ? Ne serions-nous pas choisis par un sujet de recherche, venant raconter quelque chose de notre propre énigme de l'existence, d'une croyance ?

Reprenons le titre de cette présentation : « *Paroles de réanimés. Enigme de la mort en réanimation* ». Voici quelques vignettes cliniques.

Mr B. a 48 ans, il travaille dans le domaine artistique et il est hospitalisé pour une grave infection respiratoire. Il a vécu deux semaines de coma durant lesquelles il a pensé être mort plusieurs fois, tout en venant se remplacer lui-même. Comme le héros d'un jeu vidéo, ayant plusieurs vies en réserve. Il se demande si c'est vraiment lui qui est revenu, il pense parfois que non et cela l'effraie beaucoup. Il s'inquiète de savoir que tous ces éléments « *délirants* » sont en lui mais qu'il ne le savait pas. Il évoque le décès de son père, il y a quinze ans environ et pense avoir fait enfin son deuil par sa propre expérience de la mort.

Mme P. a 71 ans et elle est hospitalisée pour un problème cardiaque durant plusieurs semaines. Très fermée lorsqu'elle est intubée, elle bouge légèrement son visage, cela est presque imperceptible. Elle me suit du regard dans la chambre et j'observe de légers mouvements de sourcils et de tête lorsque je lui parle. A son extubation, ses propos sont désorientés, parfois confus. Elle pense être dans un autre hôpital, militaire qui serait le lieu d'un jeu télévisé auquel elle aurait été inscrite à son insu. Elle demande plusieurs fois à être ramenée dans sa chambre et au médecin qui ne veut pas la laisser sortir elle dira « *Mais vous êtes complètement inconscient Docteur !* ». Un jour, alors qu'elle regarde son corps et l'écran du scope, elle me dit « *Ce matin, je ne reconnais pas cet ordinateur. Vous savez ils ont fait des travaux, je ne sais pas si l'on peut ouvrir la porte* ». Ensuite, elle sera très critique de cette période, évoquant sa honte à avoir tenus ces propos, à avoir eu ces idées. Après des semaines dans le service, elle s'est éteinte tout doucement, me parlant régulièrement de la mort, de sa mort qui ne lui faisait plus peur.

Mme A. a 72 ans, elle était infirmière. Après un mois et demi de réanimation et quelques semaines de coma, je la rencontre d'abord alors qu'elle est encore intubée, assise au fauteuil. Son regard est dans le vague, je me demande si elle m'entend. Deux semaines plus tard, elle va mieux, n'a plus d'assistance respiratoire mais semble très ralentie. Je la revois alitée, entourée de ses proches. Je me tiens debout au pied du lit, elle me regarde à côté, je ne sais pas si je suis là ou là-bas, et me dit « *Mais toi, tu es où là ?* ». Je lui dis que je suis là, que j'étais là avant, quand elle s'est réveillée, je lui raconte. Elle me dit qu'elle se rappelle de beaucoup de choses, de cauchemars effrayants et qu'elle aurait préféré ne pas revenir.

Mme S. a 64 ans. Elle est hospitalisée pour une très grave détresse respiratoire après un examen courant. Elle reste dix jours en réanimation et vit quelques jours de coma. Je la rencontre dans le service, puis en médecine, et elle demande à revenir en entretien. Ses souvenirs sont flous, elle a l'impression d'être attachée, mise dans une civière et d'être emmenée en funiculaire. Elle revoit un tunnel noir avec l'impression d'être descendue très profond et d'être remontée. Elle était accompagnée d'un médecin qui s'adressait à elle mais dont elle ne comprenait pas un mot. Quelqu'un lui aurait dit alors, « *vous pourriez faire un effort, il vient de perdre sa tante, il a besoin de soutien !* ». Elle a pensé qu'elle était morte, se disant alors qu'elle pouvait lâcher et ne plus se battre. A son réveil, elle s'est vue sous un drap, un voile blanc, l'empêchant de communiquer avec ses proches qu'elle voyait autour du lit. Cette impression d'être décédée, qu'elle décrit avec calme et acceptation, lui fait dire

qu'elle pense parfois qu'elle aurait « *mieux fait d'y rester* » car elle ne se sent plus comme avant.

Mme B. a 88 ans. Elle est hospitalisée quelques jours en réanimation suite à une opération cardiaque. Durant ses deux jours de coma, elle entend des chants religieux, accompagné d'une vierge noire au voile doré qui semblait très accueillante. Autour d'elle se déplaçaient des formes, des présences peu définies qui chantaient elles aussi. Elle a rêvé de personnes connues d'elle mais décédées, son lit s'est retrouvé chez eux, l'ici était le là-bas et inversement. Elle s'est demandé si elle était vivante ou morte, comme si elle devait choisir, elle continue d'ailleurs à se poser la question, sans aucune inquiétude. Elle parle alors de la mort accidentelle de son mari, alors qu'elle était enceinte de huit mois de leur troisième enfant et de la vision qu'elle avait eu de lui, avant d'être informée par les gendarmes, vision de sa tête bandée venant lui dire au revoir. Son second compagnon vient de décéder, après vingt-cinq ans de vie commune, elle quitte leur maison pour une résidence médicalisée. Mme B. lit beaucoup sur la vie après la mort et s'interroge plusieurs fois sur le choix qu'il y aurait à faire entre les deux. Depuis ce coma, ses rêves ont changé, ils contiennent beaucoup de personnes décédées et entretiennent la confusion.

Un premier axe de réflexion concerne *ces états oniroïdes*, que March (1970) définit comme un onirisme hallucinatoire sans confusion mentale, un état de rêve qui se greffe sur la pensée vigile et consciente du sujet. Un état délirant caractérisé par « l'infiltration de constructions du rêve dans la pensée vigile » selon Ey et Rouart (1955). Mais de tels processus altèrent l'organisation de la vie mentale et constituent toujours un moment de discontinuité dans la trajectoire existentielle qui sera modifiée. Ces états crépusculaires diminuent plus ou moins durablement la vigilance et sont accompagnés de désorientation, d'amnésie. Nous distinguons une rêverie diurne (lors de l'éveil de coma ?) qui semble pouvoir être partagée avec l'environnement, sous une forme « délirante » et une rêverie nocturne, vécue de façon interne, par le sujet seul, dont il pourra éventuellement rendre compte dans l'après-coup, si l'effroi et la terreur ne gèlent pas le mouvement. Y aurait-il des thèmes universels qui structurent la psyché ? Et l'expérience subjective du coma, de la sortie et l'après ? Dans notre clinique, ils pourraient être regroupés sous le terme **d'archétypes du coma**, dans une perspective d'organisation de cet « inconscient collectif » particulier.

Un deuxième axe de réflexion serait *ce vécu traumatique « encapsulé »* pendant le coma. La vie psychique semble se déployer ailleurs, sur une autre scène. Le patient participerait comme rêveur à cette expérience traumatique dont il est autant présent qu'absent. Le travail de condensation effectué par l'inconscient pendant le rêve doit céder la place au cours de l'éveil au rétablissement de la temporalité. Le processus hallucinatoire permet de rationaliser la situation, tente de fournir une explication logique aux éprouvés cataclysmiques que ressent le patient. Ce serait la crise dans la crise, des traumas par emboîtement, cumulatifs. Comme la rencontre violente de deux mondes, réel et fantasmatique, ce que Meltzer (1984) appelle la « continuité narrative ». Nous proposons de développer le concept de **constellation narrative traumatique**, rendant compte d'un vécu parcellaire et morcelé, faisant trauma dans sa mise en récit. Comme une épopée dont le patient serait le héros, la symbolique du voyage, de l'étranger, ailleurs et en soi est très présente. Mais quand et comment faut-il confier ces récits ? La narration semble l'étape essentielle, mais difficile, d'une (ré)appropriation de réalité qui lui aurait échappé.

Un troisième axe de réflexion serait autour d'**une métapsychologie quantique**. Il y aurait une suspension physique et temporelle, qui ferait vivre au sujet un ici et là-bas en même temps. Persuadé d'avoir réellement vécu ce qu'il raconte à son réveil, il en est également critique. Par un léger détour par la physique quantique et la théorie de la relativité, on apprend que l'espace-temps est composé de minuscules bouts d'informations appelés « particules ». Elles nous apprennent également que l'espace n'est pas indépendant du temps et peut prendre une forme courbe pour aller d'un point à un autre. Les patients décrivent cette distorsion spatio-temporelle (le sol devient le mur face à eux, le lit occupe plusieurs places en même temps, le temps s'allonge). Ces particules composeraient-elles alors notre constellation narrative ? Des vécus de distorsion du temps, d'apesanteur (se sentir flotter) ou de gravitation (se sentir extrêmement lourd) questionnent sur des reviviscences archaïques et des expériences originaires. Comment comprendre les processus qui permettraient au sujet d'appréhender l'espace dans lequel il se trouve pour se le représenter ?

Enfin, un dernier axe de réflexion serait autour **du voyage réanimatoire**. Cette expérience, rarement traversée sans traces, sans séquelles pourrait être entendue comme un déplacement vers une tentative de figuration (au sens du travail du rêve), de mise en sens. Pour survivre

aux éprouvés mortifères de la réanimation et des causes de l'hospitalisation, le patient construirait une nouvelle histoire, traumatique en miroir mais pour reprendre ce temps « volé » par le coma et l'absence à lui-même. Dimension spirituelle sacrée

La psychanalyse occupe une place inattendue et pourtant tout à fait légitime dans un champ médical peu habitué à la question psychique. Elle permet d'appréhender les formes archaïques, somato-psychiques et originaires à l'œuvre dans cette clinique. Malgré les transformations des réanimations ces dernières années, l'approche psychique reste encore trop peu répandue et ce travail de recherche, prenant « corps » progressivement dans la pratique quotidienne, tente de donner forme, contenant et pensée au trauma.

Références bibliographiques

CROZES et al., 2018, Mesures de prévention non pharmacologiques du delirium de réanimation, in *Méd. Intensive Réa* (2018) 27 :484-495, Paris.

FREUD S., 1900, *L'interprétation du rêve*, in Œuvres Complètes Psychanalyse, T.IV, Paris, PUF, 2010.

FREUD S., 1920, « *Au-delà du principe de plaisir* », in Œuvres complètes Psychanalyse, T. V, Paris, PUF, 2001.

GROSCLAUDE M., 2002, *Réanimation et coma. Soins psychique et vécu du patient*, Masson, Paris.

MINJARD R., 2014, *L'éveil du coma, Approche psychanalytique*, Dunod, Paris.

OPPENHEIM-GLUCKMAN H., 1996, *Mémoire de l'absence, Clinique psychanalytique des réveils de coma*, Masson, Bibliothèque de clinique psychanalytique, Paris.