



HAL
open science

**La co-subjectivité soignant–famille–psychologue :
soutenir la vie psychique du patient en réanimation. À
propos de l’article de B. Golse et S. Missonnier “
Plaidoyer pour une troisième topique ”**

A. Laurent, M. Bonnet

► **To cite this version:**

A. Laurent, M. Bonnet. La co-subjectivité soignant–famille–psychologue : soutenir la vie psychique du patient en réanimation. À propos de l’article de B. Golse et S. Missonnier “ Plaidoyer pour une troisième topique ”. In *Analysis*, 2020, 4 (2), pp.144 - 147. 10.1016/j.inan.2020.06.015 . hal-03491199

HAL Id: hal-03491199

<https://hal.science/hal-03491199v1>

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

La co-subjectivité soignant- famille- psychologue : Soutenir la vie psychique du patient en réanimation. **A propos de l'article de B. Golse et S. Missonnier « Plaidoyer pour une troisième topique »**

Caregiver/Family/Psychologist Co-subjectivity: Supporting the psychic life of the patient in intensive care. **Comments on B. Golse's and S. Missonnier's article “[Advocacy](#) for a third topography”**

The co-subjectivity health care professional - family – psychologist : To support the psychic life of the patient in intensive care unit. **About the article by B. Golse and S. Missonnier « Advocacy for a third topic »**

Alexandra Laurent^{1,2*}, Magalie Bonnet³

¹Laboratoire de Psy-DREPI EA 7458, Université Bourgogne Franche-Comté, 2100 Dijon, France

² Service de réanimation chirurgicale, C.H.U. Dijon, 21000 Dijon, France

³Laboratoire de psychologie EA3188, Université Bourgogne Franche-Comté, 25000 Besançon, France

*Auteur correspondant

Université de Bourgogne

Laboratoire Psy-DREPI, EA7458

Esplanade Erasme, Pôle AAFE, 21000 DIJON, France

alexandra.laurent@u-bourgogne.fr

La co-subjectivité soignant-famille-psychologue : Soutenir la vie psychique du patient en réanimation. **A propos de l'article de B. Golse et S. Missonnier « Plaidoyer pour une troisième topique »**

Caregiver/Family/Psychologist Co-subjectivity: Supporting the psychic life of the patient in intensive care. **Comments on B. Golse's and S. Missonnier's article “[Advocacy](#) for a third topography”**

Résumé

Objectifs et champ de connaissances exploré :

En réanimation, la question du lien se pose avec acuité lorsque le patient n'est plus conscient, est sédaté, intubé, qu'il semble absent psychiquement à la relation. Peut-on alors parler d'intersubjectivité supposant une forme d'interaction dynamique avec le patient ?

Méthode

L'enjeu est ici de montrer à partir du texte de B. Golse et S. Missonnier que les dimensions intrapsychiques se trouvent du côté du soignant et de la famille et qu'il est possible en passant par l'intersubjectivité du soignant et de la famille de réinscrire le patient dans sa fonction de sujet. Ce texte a pour objectif de questionner la nature des espaces thérapeutiques à proposer dans les services de réanimation pour les psychologues cliniciens et la nature des investissements du lien alors que le sujet est déstructuré psychiquement.

Résultats

La famille apparaît essentielle pour que le soignant se représente le patient comme sujet resitué dans une histoire individuelle, familiale, affective, et relationnelle et permettre l'émergence d'une co-production de représentations vis-à-vis du patient. Ainsi s'engage entre soignant et famille un processus de co-subjectivité soutenant les processus de subjectivisation du patient. En réanimation, la co-subjectivité famille-soignant serait donc une voie possible vers une intersubjectivité patient-soignant-famille et serait une alternative à l'émergence de l'intrapsychique du côté de patient.

Conclusions

Ce travail de co-subjectivité repose sur le repérage par le psychologue de la place que le patient occupe pour le soignant, pour l'équipe, pour la famille. Le psychologue rend ainsi possible l'élaboration et la mise en sens des éprouvés des soignants et des familles et par cette

intermédiaire une réappropriation du patient des éléments somatiques et psychiques « asensée » vécus en réanimation.

Abstract

Abstract

Objectives and field of knowledge explored:

In intensive care, the question of bonds becomes acute when the patient is no longer conscious, is sedated, intubated, and seems psychically absent from the relationship. Can we then speak of intersubjectivity presupposing a form of dynamic interaction with the patient?

Method

The challenge here is to show, making use of an article by B. Golse and S. Missonnier, that the intrapsychic dimensions are present in the caregiver and in the family, and that it is possible, through the intersubjectivity of the caregiver and the family, to reintegrate the patient into his or her function as a subject. The aim of this text is to question the nature of therapeutic spaces to be proposed in intensive care units for clinical psychologists and the nature of the investments of bonds when the subject is psychically unstructured.

Results

The family is an essential element that allows the caregiver to represent the patient as a subject, situated in an individual, family, affective, and relational history, and that facilitates the emergence of a co-production of representations of the patient. In this way, a process of co-subjectivity is engaged between the caregiver and the family, supporting the patient's subjectivization processes. In intensive care, family/caregiver co-subjectivity would thus be a

possible path towards patient/caregiver/family intersubjectivity and would be an alternative to the emergence of the intrapsychic on the patient's side.

Conclusions

This work of co-subjectivity is based on the psychologist's identification of the place that the patient holds for the caregiver, the healthcare team, and the family. In this way, the psychologist makes it possible to elaborate upon and to make sense of the experiences of caregivers and families and, through this, to reappropriate for the patient the “senseless” somatic and psychological elements experienced in the intensive care unit.

Mise en suspend de la vie psychique du patient en réanimation

L'hôpital est un lieu où patients, familles, soignants sont confrontés à un excès de douleurs physiques et psychiques. Roussillon (2012) parle de situations extrêmes car elles mobilisent des affects qui vont bien au-delà de l'impuissance et de la détresse, elles sont situées au-delà du pensable, et attaquent les possibilités de se sentir « sujet ».

En réanimation, la dimension d'extrême se dessine au travers des soins d'entre la vie et la mort, où le corps est soudainement technicisé à l'extrême afin de relayer les organes vitaux touchés. Les patients font l'expérience des limites du corps et du psychisme, limites du pensable et du représentable. La prise en charge médicale est une véritable catastrophe somatique et psychique (Minjard et al., 2013; Spoljar, 2004). Elle génère des éprouvés de déplaisir extrême : détresse, sidération, confusion, allant jusqu'aux hallucinations. Bien souvent, ni les mots du soignant, ni ceux du patient ne trouvent leurs places dans ces temps de prise en charge, privant le patient de mettre un sens à la violence de ses éprouvés (Laurent et al., 2015).

Ce passage en réanimation s'inscrit pour le patient comme une « mort psychique » (Roussillon, 2012), une « détresse psychique » (Estellon & Marty, 2012), un « corps exproprié » (Gori, 2004), un « corps d'outrance » (Schwering, 2015). Nombre d'auteurs ont tenté de nommer cette extrême vulnérabilité somato-psychique pour décrire la rupture du lien que la maladie grave provoque avec soi-même et avec son propre corps. Grosclaude (2009), dans le contexte spécifique de la réanimation, symbolise l'irreprésentable par le concept de « trou-réa » pour définir l'interruption d'existence somato-psychique, le trou identitaire vécu par le patient de réanimation « où quelque chose du sujet est resté, traumatisme sans autre matériel que des fragments perceptifs insensés ».

En réanimation, le patient est confronté à une perte de repères et une totale impuissance face à un environnement inconnu et à des ressentis corporels et psychiques intenses. L'extrême

vulnérabilité dans laquelle il se trouve est similaire à la vulnérabilité des premiers instants de la vie et oblige le patient à compter concrètement sur la présence de l'autre pour tenter de survivre physiquement et psychologiquement.

La question du lien se pose avec acuité lorsque le patient n'est plus conscient, est sédaté, intubé, qu'il semble absent psychologiquement à la relation. Peut-on alors parler d'intersubjectivité, que nous entendons comme la rencontre de deux psychismes et qui suppose une forme d'interaction dynamique ?

Ainsi la question de Bernard Golse et Sylvain Missonnier sur l'élaboration d'une troisième topique pour redessiner la relation thérapeutique avec des patients qui « s'absentent de la scène » psychique de par la gravité de leur maladie et de l'intensité de la prise en charge, nous semble primordiale. Le texte des auteurs pose la question de la nature des espaces thérapeutiques à proposer dans les services de réanimation pour les cliniciens, la nature des investissements du lien alors que le sujet est déstructuré psychologiquement. L'enjeu selon nous est ici de montrer que les dimensions intrapsychiques se trouvent du côté du soignant et de la famille et qu'il est possible en passant par l'intersubjectivité du soignant et de la famille de réinscrire le patient dans sa fonction de sujet, en quelque sorte de réanimer subjectivement le patient.

Construction du lien soignant-patient par les soins du corps

Les relations précoces et plus particulièrement le rôle contenant de la mère dans le développement psychique du bébé peut nous aider à penser la capacité du soignant à soutenir la subjectivité de l'autre par des soins contenant. La fonction contenante de la mère consiste à recevoir et transformer les affects irréprésentables éprouvés par son bébé en des éléments assimilables psychologiquement, les éléments α (Bion & Robert, 2003). Ce processus fondamental

permet d'évacuer la souffrance psychique ressentie, d'établir une différence entre réalité intérieure et réalité extérieure et de développer la capacité de discerner et de penser. Ici, les enjeux relationnels sont importants, et s'inscrivent dans les possibilités de celui qui prend soin, à penser, se représenter les éprouvés angoissants/déstructurants et à leur donner un sens. Ainsi à la lumière de la théorie de Bion (Bion & Robert, 2003) et d'Anzieu avec le Moi-peau (Anzieu, 1995), nous pouvons avancer que c'est au moment des soins que le patient peut faire l'expérience d'une contenance : être touché, tenu, manipulé, lavé, caressé, le tout accompagné de paroles. Dans ce contexte, c'est le corps du patient qui fournit au soignant le matériel nécessaire pour lui permettre de transformer les éprouvés corporels qui lui ont été projetés en des éléments symbolisés par la parole, le touché, le regard (Cupa, 2004). Les gestes du soignant, le corps du soignant, le regard et sa parole sont alors assimilés à une surface enveloppante, contenant, et deviennent la condition pour que l'objet puisse advenir à nouveau. La resubjectivation du patient passe par la réalité externe, la réalité des soins.

C'est donc bien la réalité des soins et ce qu'elle mobilise chez le soignant qui participe non seulement à la construction du lien mais aussi, à la construction du patient comme sujet. Golse et Missonnier propose une nouvelle topique de la représentation mentale du lien avant même l'émergence de l'objet dans le champ de la périnatalité. Dans le champ de la réanimation, la dimension archaïque du sujet renvoie non pas à l'immaturité psychique du patient, contrairement au nourrisson, mais à son extrême dépendance physique. L'objet pré-existe donc au lien soignant/soigné puisque même inanimé, le patient est psychiquement constitué. Le lien devient effectivement une condition sine qua non, en résonance aux propos des auteurs, à l'émergence du sujet. L'objet est un objet de soins tout autant qu'un sujet en devenir. La théorie de l'attachement est assez éclairante sur la façon dont ce lien se construit par la capacité à prendre soin, ce que les attachementistes appellent caregiving, se construit à partir de ses propres expériences avec ses figures d'attachement, mais aussi en fonction de ses

nouvelles expériences en tant que *caregiver* (la naissance d'un enfant par exemple). Les soins de nursing, ceux que le soignant a reçus et ceux qu'il a déjà dispensés participent à la construction du lien soignant de deux façons : d'une part, ils réactivent des sensations, perceptions, des gestes déjà expérimentés et d'autre part, ses soins mobilisent, en fonction de ses objets internes, des imagos qui imprègnent la relation de soin de la dimension familiale. Ce patient est bien un objet sensoriellement (re)trouvé pour le soignant qui peut avoir le sentiment d'avoir accès à l'intimité d'un père, d'une mère, d'avoir à imaginer la mort d'un fils, d'une fille.

L'enjeu est donc que le soignant puisse s'ajuster à son expérience subjective, tout en reconnaissant au patient des affects propres, ce que Fonagy (2001) définit comme « conscience réflexive ». Cela induit la capacité du soignant à mentaliser, se refléter les états mentaux du patient. Nous pourrions définir cela comme une sorte de reconnaissance des affects, de la volonté de l'autre, permettant de l'inscrire dans une relation intersubjective. Cette situation intersubjective permet une « autoreprésentation » du sujet, un lien avec lui-même. En terme « Winnicottien » on parlera d'une « continuité d'être ». Cela nécessite du soignant d'être disposé et disponible à entendre, concrètement mais aussi psychiquement c'est-à-dire être mis au travail par les impacts des souffrances primitives (Mellier, 2006). Dans ce cadre, la psyché du soignant doit être en mesure de recevoir et soutenir le matériel a-sensé du patient. Cupa (2004) mentionne l'importance d'une certaine disponibilité intérieure à éprouver dans son propre corps les difficultés de son patient, le travail ici est d'aller du corps à la pensée, mais pour cela il faut que le soignant ait déjà pris le temps de ressentir.

Mais comment demander aux soignants de travailler de manière concomitante le soma et la psyché du patient ? Si aujourd'hui les souffrances des soignants prennent le nom d'« épuisement professionnel », de « détresse morale » c'est bien parce que souvent ils se

retrouvent profondément démunis face à l'intensité des émotions véhiculées dans la relation de soin. Le travail de contenance décrit précédemment est d'autant plus complexe pour le soignant que ce processus de subjectivation s'appuie sur l'émergence d'angoisses et de fantasmes issus de sa propre histoire.

Les enjeux d'une co-subjectivité soignant-famille-psychologue

On mesure ici que la relation de soin se différencie des premières relations parents/enfants. La dimension subjective du patient inanimé en réanimation n'est pas à trouver/créer (Winnicott et al., 2015) mais soignant et famille devront retrouver/recréer le sujet. Le patient n'est pas immature psychiquement mais semble absent à la relation. Il s'offre ainsi comme surface de projections multiples qui participent tout autant à la construction du lien qu'à la possible souffrance du soignant.

La présence et le rôle de la famille apparaissent essentiels pour que le soignant se représente le patient, non pas comme un objet de soin aux prises avec les identifications projectives du soignant mais comme sujet resitué dans une histoire individuelle, familiale, affective, et relationnelle (Laurent et al., 2015, 2017). C'est dans la confrontation et le truchement de ces espaces intersubjectifs entre soignant et famille que le patient peut advenir comme un objet différencié, subjectivé, (re)créé. La présence des familles va permettre l'émergence d'une co-production de représentations vis-à-vis du patient. Cette co-production tient compte à la fois de la vie fantasmatique du soignant, de ce que renvoient le patient et la famille au soignant, et du vécu du patient porté par la famille. Ainsi s'engage entre soignant et famille un processus de co-subjectivité soutenant les processus de subjectivisation du patient. En réanimation, la co-subjectivité famille-soignant serait donc une voie possible vers une intersubjectivité

patient-soignant-famille et serait une alternative à l'émergence de l'intrapsychique du côté de patient.

Mme B est admise en réanimation pour insuffisance respiratoire aiguë, elle est rapidement intubée et reste extrêmement angoissée, son alarme à la main elle appelle de manière incessante les soignants. Ces derniers rentrent dans la chambre vérifient le matériel, lui expliquent sa situation, la repositionnent, allument, éteignent la télévision, modifient l'intensité de la lumière, etc mais rien ne calme Mme B. Fatigués, les soignants décident d'enlever l'alarme à Mme B afin d'avoir un peu de répit avec cette patiente.

La psychologue du service questionne les soignants sur la patiente, ils expliquent la solution trouvée pour parvenir à prendre en charge cette patiente qui « n'est jamais contente ». La psychologue propose alors de parler de la famille de la patiente venue la veille à son chevet. Ils évoquent ensemble les liens affectifs avec son mari et ses enfants. La réinscription de la patiente au sein d'une histoire familiale amène les soignants à parler de leurs propres angoisses "si j'étais à sa place, me réveiller avec un tube dans la bouche, moi aussi je serai angoissée, je les comprends les patients, je leur dit que si j'étais à leur place j'enlèverai tout de suite le tube".

L'introduction de la famille de la patiente, contenue et soutenue par la psychologue permet la verbalisation pour les soignants de leurs propres angoisses en lien avec leurs identifications. Dans cette clinique de l'interstice (Kaës & Bleger, 2019), le psychologue crée des espaces pour que ces mouvements émotionnels s'expriment et viennent dire quelque chose de la mise à mal des soignants dans les soins qu'ils prodiguent. Ces espaces vont être propice à l'émergence de cette co-subjectivité, où le psychologue met en dialogue les angoisses du soignant, de la famille et du patient afin de retisser du lien et, dans notre exemple, de permettre à la demande du patient d'advenir et d'y trouver une place dans les soins.

Dans cette perspective, les dispositifs de soins psychiques à l'hôpital et plus particulièrement en réanimation impliqueraient que le psychologue clinicien ne soit pas le seul détenteur de la dimension psychique auprès du patient mais qu'il se place comme médiateur indispensable. La particularité de sa fonction est qu'il ne travaille pas directement avec la demande du patient. La demande est bien souvent verbalisée dans la clinique des interstices (Kaës & Bleger, 2019), et elle émane principalement du soignant aux prises de son lien au patient et à la famille. Ainsi, le psychologue répond à la fois à la demande imaginée du patient, à la demande plus ou moins consensuelle de la famille et à la demande du soignant lui-même. A l'instar des exemples repris par Golse et Missionnier en guise d'ouverture (la demande des parents pendant la grossesse, des bébés...), la demande des familles et des soignants renvoie à l'investissement de leur lien au patient plutôt qu'au patient lui-même. Tout l'enjeu du système soignant-famille-psychologue-patient (en écho au système père-mère-bébé) consiste à faire advenir la demande du patient et à le replacer au cœur du dispositif de soin. Il en va du « sentiment d'exister » du patient.

Si le psychologue clinicien doit se rendre disponible et contenant pour les familles, avec les professionnels, cette fonction de contenance reste essentielle puisqu'il doit pouvoir soutenir la construction du lien soignant-patient-famille. Cette relation passe par la création d'espaces de rencontre entre soignants, familles et patients afin de soutenir l'émergence d'une co-production d'expériences, d'éprouvés et de sens. Ce processus de co-subjectivation que nous soutenons nécessite une création commune, une réunification des pensées morcelées et effractées par le contexte de la réanimation. C'est un travail de liaison des expériences subjectives de chacun autour du patient. Ce travail est soutenu par le psychologue qui prend en compte non seulement les espaces de la singularité (la souffrance intra individuelle du soignant et de la famille) mais aussi ensembles plurisubjectifs (le contexte et l'organisation du

service, l'équipe). Ces espaces sont certes hétérogènes mais suffisamment continus pour qu'ils puissent être co-activés, associés, interférents (Kaës, 2010). Ainsi, le travail de subjectivisation du patient repose sur le repérage par le psychologue de la place que ce patient occupe pour le soignant, pour l'équipe, pour la famille dans un service où la technicité occupe une dimension importante, sinon essentielle.

Dans les services de réanimation, rendre possible ces espaces de co-subjectivation ne sont pas nécessairement tels qu'on les imagine dans une clinique « traditionnelle », c'est ici un véritable dispositif dans le sens où le psychologue est obligé d'inventer des rencontres « hors cadre » qui se créent et évoluent en fonction de ce que les souffrances et l'environnement de la réanimation produisent sur les sujets. C'est par exemple le psychologue qui accompagne le soignant dans la toilette du patient douloureux en posant des mots sur chacun des gestes du soignant pour agir à la fois comme filtre et transformateur des affects bruts ressentis de part et d'autre, soignant et patient ont accès à une mise en représentation, une mise en sens de ce qui se joue au sein de la relation.

Ainsi, le psychologue s'engage avec les soignants dans un processus de développement réciproque de l'activité associative, ce que Widlocher (2007) appelle une co-pensée, envisagée comme un espace de passage de la communication d'inconscient à inconscient. L'interprétation du psychologue comme le souligne Stern (Stern, 2005) s'inscrit alors dans un travail d'élaboration partagée entre soignant, famille, patient permettant une co-construction de sens sur la valeur des souffrances psychiques comprises comme une réponse aux souffrances et angoisses partagées. Ici, l'interprétation ne touche pas aux aspects transférentiels, au regard de l'état du patient mais repose sur les dimensions contre transférentielles multiples que le patient mobilise du côté du soignant, de la famille. Ce jeu transféro-contre transférentiel s'inscrit dans le contenu et la dynamique associative de la co-pensée auquel participe le psychologue par son analyse.

Ces espaces de co-subjectivité sont primordiaux car c'est rendre possible l'élaboration et la mise en sens des éprouvés des soignants et des familles, mais c'est aussi de cette manière que l'on peut soutenir le patient dans sa réappropriation des éléments somatiques et psychiques « asensée » et remettre en fonction son activité représentationnelle et sa subjectivité.

Références

Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Dunod.

Bion, W.-R., & Robert, F. (2003). *Aux sources de l'expérience*. Presses Universitaires de France - PUF.

Cupa, D. (2004). *L'attachement: perspectives actuelles*. Ed. E.D.K.

Estellon, V., & Marty, F. (2012). *Cliniques de l'extrême*. Armand Colin.

Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. Karnac Books.

Gori, R. (2004). Le corps exproprié. Dans : Patrick Ben Soussan éd., *Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte* (pp. 15-29). Toulouse, France: ERES.

Grosclaude, M. (2009). *Réanimation et coma : Soin et vécu psychique du patient* (Édition : édition revue et augmentée). Elsevier Masson.

Kaës, R. (2010). Le sujet, le lien et le groupe. Groupalité psychique et alliances inconscientes. *Cahiers de psychologie clinique*, n° 34(1), 13–40.

Kaës, R., & Bleger, J. (2019). *L'institution et les institutions: études psychanalytiques*.

Laurent, A., Bonnet, M., Capellier, G., Aslanian, P., & Hebert, P. (2017). Emotional Impact of End-of-Life Decisions on Professional Relationships in the ICU: An Obstacle to Collegiality? *Critical Care Medicine*. 45, 12, 2023-2030.

Laurent, A., Magalie, B., Ansel, D., Aubert, L., Mellier, D., Quenot, J.-P., & Capellier, G. (2015). Les professionnels de réanimation à l'épreuve de la relation avec le patient.

L'Évolution Psychiatrique. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2014.12.007>

Mellier, D. (2006). Précarité psychique et dispositifs d'intervention clinique. *Pratiques*

Psychologiques, 12(2), 145–155. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2006.01.008>

Minjard, R., Talpin, J.-M., & Ferrant, A. (2013). Les familles en réanimation: un soutien pour l'éveil de coma? *Dialogue*, 199(1), 119–129. <https://doi.org/10.3917/dia.199.0119>

Roussillon, R. (1988). Espaces et pratiques institutionnelles : Le débarras et l'interstice. In Kaës, R. et al.. *L'institution et les institutions : Etudes psychanalytiques*, Dunod, Col. Inconscient et culture : 157-178

Roussillon, R. (2012). Les logiques de survie et la rencontre clinique. In *Cliniques de l'extrême*. Armand Colin.

Schwering, K.-L. (2015). *Corps d'outrance: souffrance de la maladie grave à l'hôpital*.

Spoljar, P. (2004). Aux confins de la subjectivité : les résurgences de l'originaire en réanimation. *Champ psy*, 34(2), 93–93. <https://doi.org/10.3917/cpsy.034.0093>

Stern, D. (2005). Le désir d'intersubjectivité. Pourquoi ? Comment ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, no 35(2), 29–42.

Winnicott, D. W., Monod, C., & Pontalis, J.-B. (2015). *Jeu et réalité*. Gallimard.