



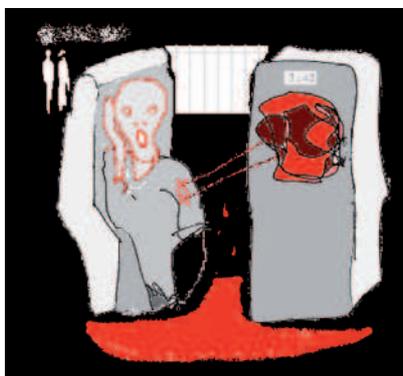
**Romuald JEAN-DIT-PANNEL**, Psychologue Clinicien en néphrologie et dialyse à Besançon et Dijon, Fondation Transplantation, et doctorant en Psychopathologie à l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense, Laboratoire des Atteintes Somatiques et Identitaires.  
**Dominique CUPA**, Directrice de Thèse, Professeur de Psychopathologie à l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense, Laboratoire des Atteintes Somatiques et Identitaires.  
 Psychologue clinicienne, psychothérapeute et psychanalyste à l'AURA – PARIS



# Sur-vivre (sus)pendu à une machine de dialyse : Enjeux psychiques et aspects psychopathologiques<sup>1</sup>

ASPECTS ÉTHIQUES ET PSYCHOLOGIQUES

«*Le monde entier est un théâtre*» selon Shakespeare (Acte II, scène 7, Comme il vous plaira), repris, entre autres par Mac Dougall dans *Théâtres du Je* (1982).



Cette dernière nous rappelle que la clinique nous permet de contempler «(...) les scènes du théâtre psychique, avec leurs drames, leurs personnages, et leurs lieux de représentation» mais aussi «les coulisses et, au-delà, (...) le travail des machinistes et des électriciens, sans l'apport desquels aucun spectacle ne sortira sur la scène» ou encore les «décors en trompe-l'œil» et «les projecteurs braqués sur [ceux] qui attirent l'attention (...) tandis que d'autres sont maintenus dans l'ombre» (Mac Dougall, 1982, p.185).



Joyce Mac Dougall

## Champ de recherche

Je rencontre des patients en insuffisance rénale chronique dans les coulisses de leur vie, au sein de «machineries» que sont les services hospitaliers et les centres de dialyse.

Les sujets en insuffisance rénale chronique utilisent des termes forts à propos de la dialyse ou même de la greffe : pour eux, être greffés a été, est ou serait une re-naissance, tandis qu'être dialysés c'est sur-vivre.

Pour les sujets qui survivent suspendus à leur machine de dialyse comme des pantins – les fils sont ici des tubulures transparentes –, il s'agit, entre autres, d'une «vie à mi-temps», d'une «vie en point virgule», d'une «demie-vie».

Comment entendre ces patients en dialyses, particulièrement en hémodialyse, qui me disent, à l'instar de Monsieur P. : «on est tous des condamnés à mort en sursis ici» ?

Travaillant particulièrement sur la dialyse depuis mon master 1, objet de recherche en psychologie clinique et psychopathologie ne bénéficiant pas ou si peu de travaux sur lesquels s'appuyer, hormis Cupa (2002) et quelques articles ici et là, cette question de la sur-vie m'a particulièrement interrogé au cours de mon master 2 recherche.

Comment le sujet peut-il «survivre» aux annonces de la maladie somatique chronique, puis aux «mises en actes» (Mac Dougall, 1982, p.135) des thérapeutiques palliatives qui touchent à sa chair : comment le sujet peut-il se sentir humain (Causeret, 2006, p.90) et/ou vivant, encore, avec et dans ce corps là alors qu'il doit «s'adapter à de nouveaux modes de vies extrêmes» (Allilaire, 2002, p.21) ?

En ce qui concerne la dialyse, et ici plus particulièrement l'hémodialyse, de vitales séances s'organisent afin de repousser les «limites entre vie et mort» (Cupa, 2002, p.9) : une semaine sans séance suffirait pour que le sujet meurt (Patte, Wauters, Mignon, 2001, p. 47), parfois une seule séance selon les apports alimentaires et hydriques du sujet ainsi que l'observance de ce dernier.

## Problématique

Cette notion de survie annonce ma problématique qui a été la suivante : ni tout à fait dans la vie, ni tout à fait dans la mort (Roussel, 1999, p.11), ni tout à fait humain, ni tout à fait "inhumain", quel est cet entre-deux ?

Comment le sujet, psychosomatique par essence, en est-il arrivé là ?

Aussi, qu'est-ce que cet entre-deux joue ou rejoue pour lui ?

<sup>1</sup> Je remercie les Pr. Marie-France Castarède, Pr. Pascal Roman et Nathalie Dumet pour leurs aides précédentes à ce travail d'élaboration théorico-clinique.

## Hypothèse générale

L'existence même des sujets est en jeu dans la maladie somatique chronique : le masochisme primaire est donc en question pour des sujets qui doivent payer leur vie au « prix de leur vie » (Célérier, 1997, p. 32). Une ou des parties internes du corps, le ou les reins, est ou sont « *déjà dans la tombe* » (Baudin, 2005), et ce qu'il y ait eu ou non ablation(s).

En sursis, il devient un « sur-vivant » (Montagnac, Defert, Schillinger, 1992 ; Cupa, 1985a ; 2002, p.10), a un statut de "non-vivant" (Célérier, 1989), ou de "vivant-mort". En outre, la machine de dialyse est du « non-vivant » (Roux, 2006, p.5) qui viendrait se contaminer au sujet.

Les vécus subjectifs des traitements palliatifs ne viennent qu'appuyer ce sentiment, le renforcer. Par sa maladie somatique chronique et ses séances de dialyse, le sujet se (res) sentirait comme « pas tout à fait réel » (McDougall, 1983, p.86).

Ainsi, « (...) *peut-être la mort n'est-elle convoquée que pour être mieux circonscrite, apprivoisée, et peut-être là même déjouée ? (...)* », en somme, on peut penser qu'il s'agirait pour le sujet malade somatiquement et dialysé « *de faire la mort pour éviter la mort* » (Bernateau, 2004).

Le sujet porteur d'une maladie somatique pourrait en effet tenter par celle-ci, et ce en particulier dans l'insuffisance rénale chronique, par ce que cette chronicité et ces thérapeutiques palliatives conséquentes impliquent, « *une "simulation" de la mort pour se protéger de la mort* » (Fédida, 1976, p.1112).

Il s'agirait ainsi de ce que je propose d'appeler des « mimes mortifères » que les thérapeutiques, et pas seulement elles, notamment les traumatismes vécus par le sujet, répètent inlassablement pour ce dernier.

Mais parler de mimes, c'est rappeler que l'acteur, le mime ici, mime avec son corps, sans avoir le droit d'utiliser les mots... étrangement. Le spectateur doit ressentir les pensées et la vie intérieure du sujet malgré cette absence de langage. L'action de mimer prendrait le relais d'une parole défailante.

## Hypothèses secondaires

Pour mettre au travail cette hypothèse générale, j'ai choisi de développer des hypothèses secondaires sous trois angles théoriques particuliers. Plus particulièrement je me suis demandé comment dans les relations précoces l'objet maternel aurait pu communiquer de diverses façons à l'infans qu'il ne pourrait que « vivre en "mimant" la mort » : en le déshumanisant, en ne le rendant pas existant (sentiment de sécurité, de continuité d'existence) et en se rendant tout deux des objets étranges et étrangers.

Le sujet serait ainsi devenu un objet présent-absent, « ni-mort-ni-vivant », « ni-humain-ni-inhumain » ce qui serait par la maladie somatique chronique et ses thérapeutiques médicales reconvoqué.

## Méthodologie

Mes expériences de stage m'ont amené à utiliser une méthodologie clinique de recherche à mains nues afin d'éviter une nouvelle rencontre artificielle avec des objets étrangers, j'étais déjà moi-même un objet étranger.

Mes entretiens avec trois patients particuliers ont été travaillés selon la méthodologie d'Esther Bick, afin de développer en particulier les impacts émotionnels des différentes situations ainsi que les aspects de non-verbalité, ce qui est en lien avec les processus primaires et avec les représentations de choses (donc les aspects de relation précoce).

J'ai rencontré indépendamment mes patients en hospitalisations, pendant leur séance d'hémodialyse et en consultations externes.

## Aspects cliniques

Je reprendrais ici ma clinique comme au théâtre. De véritables théâtres internes se sont mis et se mettent au dehors, comme un gant qui se retourne, comme la machine d'hémodialyse qui semble dévoiler le plus viscéral du sujet, son sang.

J'ai pu observer lors de consultations externes, en hospitalisation ou même en dialyse, de vrais mimes en lien à mon hypothèse de « mimes mortifères ».

Ces observations cliniques ont été développées longuement afin, peut être, de leur redonner leurs substantifs moelles happées, dévitalisées par la maladie et la machine de dialyse.

### • Monsieur H.

Je rencontrerais Monsieur H. qui, le masque tombé (bas les masques), me montrera son visage de mort qu'il voilera ensuite par un habit de fantôme pour le tirer brusquement devant moi, comme s'il renaissait à moi.

Par l'intellectualisation, Monsieur H. me dira de façon générale ce qui se rapportait à lui. Il s'agissait plus particulièrement de son sentiment de déshumanisation, du cloisonnement par lequel il se sent limité, ce qui est induit selon moi par le corps médical, ainsi que de son sentiment de machinisation de l'Homme, sentiment en lien à sa machine d'hémodialyse, selon moi toujours. Il ne fera aucune association directe avec la machinerie médicale et l'hémodialyse.

Des agrippements autodestructifs (se sentir vivant entier, investissement de la frontière, de la limite, du cloisonnement par une pénétration en dedans) se témoigneront par des vécus d'intrusions particulières (intérieur peuplé de catastrophes) chez Monsieur H. s'échoisant les uns aux autres : je ne devais pas l'intruder, ne pas rechercher à remettre dans son sens particulier ce qu'il convoquait de façon générale c'est-à-dire l'hémodialyse, sa naissance.

Monsieur H. se sent en hémodialyse comme Dante au purgatoire, dans un entre-deux, où il est une ombre, se voile comme un fantôme d'un masque intellectualisant pour continuer à vivre hors-temps, par l'alchimie des dialyses.

### • Monsieur M.

Monsieur M. sera l'équivalent d'un mime marceau, il me mimera une glace devant lui car il a cette impression d'être derrière une glace.

Monsieur M. s'entretiendra avec moi sur son sentiment de ne pas se sentir vivant, existant, sur son sentiment de machinisation (qu'il associera étrangement au greffon) mais aussi sur ses épisodes de dépersonnalisation survenus après une intrusion du corps médical pour attester un diagnostique.

Etat hébéphrénique « derrière la glace » ou réelle remise en cause des enjeux de vie et d'existence rappelant un regard maternel comme derrière la glace ?

La dégradation de sa vue et de son ouïe depuis ses douze ans, liées à sa maladie rénale particulière ici (syndrome d'Alport), l'ont amené à investir plus particulièrement l'odorat (il amènera avec lui une odeur de renfermé comme s'il sortait de sa cave voire de son tombeau comme un mort-vivant), ainsi il souhaiterait sentir les choses, car il ne peut que palliativement les voir ou les entendre, quand palliativement il est soigné par dialyse. Son tourbillonnement de pensées en lien avec sa maladie et ses traitements palliatifs consécutifs ne l'amène pas à pouvoir se penser dans l'ici et maintenant : il est toujours dans ce qu'il s'est passé et ce qu'il se passera.

- **Madame X.**

Sans effet personnel, Madame X. mettra en scène devant moi l'horreur par des objets étrangers ici une poche pendant entre ses jambes : le fœtus non évacué à évacuer, qu'elle a elle-même été pour l'objet maternel. Elle me rejouait, mimait ainsi naissance et mort. Après notre premier entretien, un jour après l'annonce d'un médecin de sa prochaine mise en dialyse, Madame X. aura un épisode mutique, représentation onirique de la mort selon De Mijolla-Mellor (2002, p.1103).

Sa crainte de tomber en morceaux l'amenait à des agrippements hypertoniques où elle ne lâchait pas mon regard, toniquement, lorsque d'importants traumatismes me seront dévoilés, dévoilements qui se sont peut être opérés pour la première fois.

Entre autres, la pose de sa fistule rejouera une série de viols, le choix de dialyse, sa non possibilité à choisir par le poids des autres.

Elle aura en tout cas toujours ce rôle de tragédienne, par la façon de dire les choses, par sa vie tragique, par son incroyable façon de faire revivre en parole les choses devant moi, comme si j'y étais.

### Aspects théorico-cliniques

La mère abîmée ou mère univers (Mac Dougall, 1982), représentée par la médecine, ses dialyses ainsi que ses autres

actes thérapeutiques, semble prête à englober dans ses machineries le sujet qui doit alors faire bouchon s'il ne veut pas être happé voire dévoré par celle-ci. Le sujet se vit comme une extension du corps médical, comme s'il ne pouvait plus s'individualiser.

Quoiqu'il en soit, le sujet semble avoir besoin de retrouver cette expérience d'un corps pour deux par une machine ancre d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale, hors de l'espace et du temps.

La maladie semble rejouer les relations précoces de l'objet maternel à l'infans. En étant un enfant viscéral à la naissance, en se sentant derrière la glace, en étant un objet non évacué à évacué, Monsieur H., Monsieur M. et Madame X. ont du se protéger en se coupant d'eux-mêmes, en se coupant des autres, ils ont ainsi refermé le rideau sur eux-mêmes, mimé la mort pour l'éviter.

Ils étaient ainsi déjà précocement en survie, déshumanisés, inexistant, ou si peu, tels des objets étrangers inassimilables.

Le sujet peut alors mimer la mort pour éviter la mort, comme tenter de mimer la vie pour éviter la mort, ou encore de mimer la mort pour éviter la vie.

Toujours, c'est l'enjeu par ces mimes de déjouer, d'appriivoiser la mort (Bernateau).

Par la « mise en acte » (Mac Dougall, 1982, p.135) des thérapeutiques et particulièrement des séances de dialyses se répétant continuellement, « l'acte remplace le travail psychique tout en paralysant le fonctionnement du préconscient ».

Le sujet semble défier la mort pour se sentir humain, existant mais des objets étrangers le rappellent à l'ordre, imposent leurs inassimilables lois.

### Discussion et ouverture

Mon propos sur les « mimes mortifères » sera à développer de façon plus ample, particulièrement dans mon travail de thèse à venir pour lequel il serait intéressant de chercher et d'exposer d'autres observations de « mimes mortifères » afin de les comprendre plus profondément.

La non-observance et la non-compliance sont pour moi l'équivalent de conduites ordaliques, où le sujet risque sa mort pour se sentir vivant, existant, humain. Ces conduites seront peut être à mettre en lien à ces mimes mortifères que je tenterais de développer plus amplement.

Il n'y aura peut être pas seulement des observations de mimes au sens théâtral du terme mais aussi au sens de conduites ordaliques. Mes mimes mortifères seront à travailler pas seulement au sens de mime mais aussi au sens des mimiques d'un jeu de vie et de mort.

Bien entendu, la survie, le fait de mimer la mort pour éviter la mort, de tenter de mimer la vie pour éviter la mort, ou encore de mimer la mort pour éviter la vie, ne sont pas propres à la dialyse.

Quand Bettelheim (1963) qualifie d'extrêmes les situations concentrationnaires, je pense que certains échos sont à entendre entre la clinique du dialysé, et celles des génocides, des catastrophes, des différentes formes de terrorismes... c'est-à-dire toutes les cliniques où le sujet est confronté à des situations extrêmes déshumanisantes lesquelles constituent des agonies psychiques, des traumatismes primaires (Roussillon, 1999).

Il serait également très intéressant de faire résonner à cette clinique les travaux sur l'autisme.

Les enveloppes psychiques primaires (Anzieu, 1985) sont démantelées par l'expérience de dialyse, plus particulièrement dans celle de l'hémodialyse : « l'appareil à penser les pensées » (Bion, 1962) s'opératoireise par une confrontation machinique crue et vitale mais dévitalisante. Les émotions, l'affect, se machinisent, agglutinés (Bléger, 1981) « aux figures de l'horreur » (Gori, 1993).

D'où ma reprise du cri de Munch, par d'impressionnantes envies de crier de ma part dans ces services comme pour dire « mais que se passe-t-il ici ? », car « [traversé] de bruits et de fureurs ». C'est la « non transformation du cri en appel (à être entendu, être regardé), porteur de significations et adressé à un autre » (Lazali<sup>2</sup>, 2006) de sujets en détresse.

<sup>2</sup> Lazali, K. (2006) « Un cri sans appel » In La lettre de l'enfance et de l'adolescence. N°64.