

La promesse de mémoire dans le vécu post-réanimation de patients et de proches

Nathalie GARRIC
Université de Nantes, PREFics

Résumé - Dans la perspective de l'éthique du care et du soin relationnel, cette contribution analyse des lettres produites par des patients ou des proches dans le contexte de la post-réanimation. Il s'agit d'étudier leur fonctionnement pour comprendre le vécu post-réanimation et de formuler des hypothèses sur leur contribution à la prévention du syndrome de stress post-traumatique. Certaines caractéristiques discursives remarquables par leur régularité, l'acte de remerciement, l'expression des émotions et les procédés d'euphémisation sont étudiées pour nous centrer ensuite sur l'analyse et le rôle de l'acte de promesse de mémoire effectué à l'adresse de l'équipe de soin.

Mots clés - Care, discours de la santé, actes de langage, identité, remerciement, promesse.

Title - The act of promise of memory the post-resuscitation experience of patients and relatives

Abstract - From the perspective of the ethics of care and relational care, this contribution analyses letters produced by patients or relatives in the context of post-resuscitation care. We aim to study their functioning in order to understand the post-resuscitation experience and formulate hypotheses about their contribution to the prevention of post-traumatic stress disorder. We will first study certain discursive characteristics conspicuous for their regularity, such as the act of thanks, the expression of emotions and euphemizing processes and then we should focus on the analysis and the role of the act of promise of memory made to the care team.

Keywords - Care, health speech, language, identity, thank you, promise.

Introduction

Cette contribution s'inscrit dans un projet entamé il y a quatre ans dont l'objet est l'analyse de courriers à destination d'une équipe de soin après une expérience de réanimation. Ces écrits effectuent tout au moins en première approche un acte de remerciement. Le contexte est donc celui de la post-réanimation, il réunit des équipes de soins, des patients et des proches et intervient dans le prolongement d'une pratique professionnelle spécifique, mais à un moment où les patients ou les proches de patients ont quitté le service de soins hospitalier. Certains décident pourtant de ré-ouvrir l'interaction passée dans une temporalité distante de la période des soins intensifs.

L'objectif général de cette recherche¹ est d'interroger l'apport et le rôle de ces lettres produites hors cadre de santé dans la compréhension de la relation de soin établie entre les patients, leurs proches et les soignants en réanimation, dans la relation post réanimation et dans le parcours soin. L'analyse est menée dans le cadre de l'analyse de discours indicielle (Paveau 2011), elle met la pratique langagière au service de la compréhension d'une réalité socio-professionnelle, comme le décrit ci-dessous Foucault (1961) :

¹Le projet mentionné, intitulé *Rôle et enjeux du discours épistolaire en post réanimation* a reçu le financement de la Région Loire Atlantique en 2017 et 2018 dans le cadre du CPER DI2L2S.

« Tâche qui consiste à ne pas - à ne plus - traiter les discours comme des ensembles de signes (d'éléments signifiants renvoyant à des contenus ou à des représentations) mais comme des pratiques qui forment systématiquement les objets dont ils parlent. Certes, les discours sont faits de signes ; mais ce qu'ils font, c'est plus que d'utiliser ces signes pour désigner des choses. C'est ce plus, qui les rend irréductibles à la langue et à la parole. C'est ce "plus" qu'il faut faire apparaître et qu'il faut décrire. »²

La production langagière est donc au cœur de notre approche, elle est étudiée en tant que pratique sociale mais ne relève pas de la pratique clinique des sciences sociales.

Nous nous sommes intéressés, lors de travaux antérieurs, à la description de deux corpus de lettres à partir de plusieurs clés d'entrée que nous synthétiserons ci-dessous. Nous nous focaliserons ensuite sur une autre régularité du corpus, encore inexplorée dans nos travaux, pour finalement, tenter dans la cohérence des observables étudiés, de parvenir à la formulation d'hypothèses interprétatives efficaces tant pour le soignant, les sujets exposés au traumatisme vital que pour, plus généralement, la société civile.

1. Contexte de recherche et cadrage théorique

La recherche présentée est née à l'initiative de deux médecins réanimateurs, mais elle se situe dans une perspective résolument interdisciplinaire qui associe la médecine et les sciences du langage. Notre rencontre, pour se construire, a d'abord bénéficié de l'intérêt de chacun pour des questionnements sanitaires, sociaux et humains. Cette recherche contribue plus généralement à un effort collectif, non seulement, scientifique, mais également, socio-politique résultant, selon Pochard & al. (2007) de la prise de conscience que « au fur et à mesure que la durée de vie augmente, c'est la qualité de cette vie plus que sa quantité qui devient importante. »³

1.1. Des pratiques langagières sanitaires

Les soins intensifs sont un service particulièrement impliqué dans cette évolution : le vieillissement de la population, associé aux progrès médicaux, nous expose tous aux accidents de la vie et à de nouvelles pathologies. Ce service est en outre très spécifique : hyper-technicisé, hostile, bruyant, confronté à la mort, déshumanisé pour certains. De très nombreuses vies y sont sauvées, mais parfois avec des conséquences au long terme importantes sur la qualité de vie des acteurs le fréquentant (Pochard & al. 2007 ; Vinatier 2011). Ces conséquences, longtemps considérées comme non prioritaires par rapport au risque de mort sont progressivement devenues un objet de réflexion fondamentale avec notamment 1) la découverte du syndrome post-traumatique et 2) une nouvelle conception du soin. Le premier point renvoie à une forme de vulnérabilité physique et/ou psychologique à l'issue du séjour en réanimation. Le second se situe dans une « appréhension globale et multidimensionnelle » définie par Rossi (2011) du malade et de la maladie et pose que « Le soin déborde le lieu et la durée dédiés au geste technique, il s'envisage comme un processus inscrit dans un projet coconstruit par différents dispositifs et partenaires du "prendre soin". »⁴ Le soin se dissocie en deux espaces complémentaires, le soin technique et, hors du cadre strict du soin (technique), en un autre espace singulier de l'ordre du soin relationnel avec un impact

² Foucault 1969 : 71.

³ Pochard & al. 2007 : 534.

⁴ Garric & Herbland 2019 : 19.

hypothétique sur le vécu traumatique. Cette nouvelle conception de la santé s'inscrit dans l'éthique du care (Voir notamment Brugère 2011). Elle est indissociable de nouvelles pratiques discursives situées hors du strict cadre du soin, mais produites par l'histoire des acteurs du dispositif sanitaire hospitalier. Elles sont l'objet spécifique de la médecine narrative : « une médecine exercée avec une compétence narrative permettant de reconnaître, d'absorber, d'interpréter les histoires de maladie, et d'être ému par elles. »⁵ La médecine narrative vise donc le développement de nouvelles compétences professionnelles (Rossi 2018) chez les médecins par l'exploration de productions langagières qui sont ou suscitées par des ateliers de création narrative, par des outils tel que le journal de bord introduits dans les services ou qui encore émanent de l'initiative des patients ou des proches par l'écriture spontanée.

1.2. Des données à la constitution du corpus en lien avec la demande professionnelle

Dans le cadre de ce projet interdisciplinaire, le corpus a été co-construit avec nos collègues médecins. Les données initiales étaient constituées de textes intégraux, des lettres, dont le flux est relativement modéré, de sorte que la pratique peut être considérée hors normes (Garric 2019). Les textes ainsi réunis partageaient un destinataire commun, le professionnel soignant incarné par l'équipe de réanimation, un objet d'échange commun qui correspond à l'ancien patient dont parlent ces lettres, et, au moins en apparence, une intention commune réalisée par l'acte de remerciement. Mais ces données se dissociaient également en deux, voire trois sous-ensembles : a) des lettres écrites par le patient, b) des lettres écrites par le proche avec i) survie du patient ou ii) avec décès du patient. Pourtant, l'objectif annoncé des médecins lors de leur sollicitation restait le même : améliorer la qualité des soins et prévenir la survenue du stress post-traumatique sur la triade proche/patient/soignant qui prévaut en service de réanimation. Pour le linguiste, accepter cette unité interactionnelle et réunir en corpus – constitué de deux, voire trois, sous-corpus – l'ensemble de ces lettres devait être questionné.

1.3. Patient- and family centered care

Du point de vue du médecin, la méthodologie se justifie notamment par le concept de *patient- and family-centered care* qui fonde une approche de prise en charge globale. Celle-ci est développée notamment dans les services de réanimation (Mc Adam, Arai & Puntillo 2008), elle valorise le rôle de la famille dans les soins portés au patient par sa connaissance de l'histoire du patient, « son rôle protecteur (défenseur), facilitateur (traduction, explication, interprétation) et de soutien ». Ce rôle en outre s'étend au proche dans son propre vécu du traumatisme, mais aussi à l'équipe soignante qui trouve une fonction de relai auprès du malade (Jabre 2014). Selon Carbajal (2013), « Bien que les définitions de soins centrés sur la famille varient selon les contextes, l'idée qui apparaît dans la plupart de celles-ci est que les soignants doivent reconnaître et savoir utiliser au maximum les connaissances, les compétences et la présence des familles lorsque l'on prodigue des soins à l'un de ses membres. »⁶ Herbrand, dans le contexte spécifique et singulier de la réanimation, entérine définitivement cette relation triangulaire d'une part, le collectif des acteurs de la santé impliqués d'autre part : « La relation de soin en réanimation se distingue de la dyade médecin-malade, car elle engage trois interactants. Les soignants (constituant une instance plurielle composée d'aides-soignants, d'infirmières, et de médecins juniors ou seniors,

⁵ Charon 2006/2015 : 13.

⁶ Carbajal 2013 : 1.

kinésithérapeutes), les patients hospitalisés et leurs proches. »⁷ Nous insérant ici dans cette proposition théorique, nous adoptons l'ensemble de ces lettres de remerciement, mais également toute production discursive en lien avec l'hospitalisation produite hors cadre institutionnel et médicolegal, le journal de bord (*Ibid*) par exemple, comme corpus de référence de cette analyse : il « fournit l'univers le plus large dans lequel chaque élément trouve sa valeur. Il constitue l'univers et fixe le point de vue de l'étude. Il représente le fond sur lequel on veut profiler les textes étudiés » (Bommier-Pincemin 1999). Les courriers de remerciement constituent le corpus d'étude ou « ensemble des textes sur lesquels porte effectivement l'analyse, pour lesquels on attend des enseignements, des résultats ». Ce dernier est structuré ici en deux sous-ensembles : le corpus patient (Cpa) et le corpus proche (Cpr), chacun susceptible de fonctionner comme corpus distingué, ou « groupe de textes du corpus d'étude que l'on veut caractériser dans leur cohésion d'ensemble, par rapport au reste du corpus d'étude » (*Ibid.*), selon les moments de l'analyse.

2. Quelques caractéristiques remarquables

Malgré l'intérêt que les médecins et nous-même portons à ces lettres, il convient de signaler que leur flux est relativement faible. Le corpus a été établi sur la période de 2004 à 2012. Il comprend 17 lettres de patients, sur environ 3200 patients qui ont fréquenté le service de réanimation durant cette période, et 21 lettres de proches correspondant à l'année 2014, extraites des 20 à 30 courriers reçus chaque année par le service.

2.1. Omniprésence de l'acte de remerciement

La caractéristique la plus remarquable de ces lettres réside dans la très forte représentation de l'acte de remerciement, réalisé sous sa forme la plus explicite à l'aide du verbe performatif « remercier », ou des noms « remerciements » ou « merci ». Il justifie en quelque sorte la pratique discursive qui, rappelons-le, ne relève pas d'une pratique institutionnalisée. Le patient ou le proche prend l'initiative de l'échange épistolaire alors que le séjour en réanimation est terminé. Cette initiative s'inscrit dans le temps, un temps relativement long qui peut témoigner de la mise en œuvre d'une activité réflexive de la part des sujets, d'une activité de lecture/interprétation de leur histoire, de « soi-même comme un autre » selon la célèbre expression de Ricoeur (1990).

2.2. Intersubjectivité de l'émotion

Dans ces lettres, loin de revenir sur le passé, le locuteur passe très rapidement sur les circonstances de son hospitalisation ou encore sur son vécu douloureux. L'objet de son propos est de qualifier le ressenti émotionnel de sa relation passée avec le personnel soignant. L'émotion est partout, mais elle se centre prioritairement sur l'évaluation positive des attitudes et comportements du personnel soignant : « Si ces lettres font référence à la situation émotionnante que fut l'hospitalisation du patient, c'est pour en proposer un étayage émotionnel spécifique qui semble extraire les patients de leur statut de victime pour les construire en bénéficiaire des soins qu'ils ont reçus » (Garric 2020).

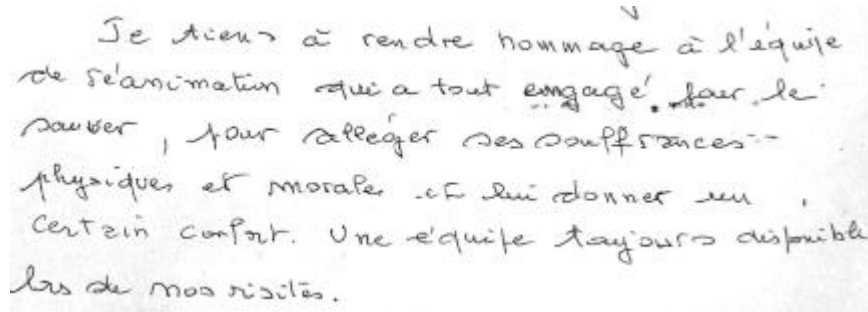
1. Cpa- J'ai bénéficié d'une réanimation exceptionnelle grâce à une chaîne de solidarité et de compétence.[...] Je vous prie, avec tous mes meilleurs vœux pour la nouvelle année 2008, de bien vouloir être mon interprète auprès des services concernés, afin de leur

⁷ Herbland 2020 : 34.

témoigner toute ma gratitude et ma reconnaissance auprès de tous les personnels concernés attentionnés et compétents de votre CENTRE HOSPITALIER.

On assiste à une célébration, un hommage, du corps médical qualifié dans ses compétences professionnelles et plus encore dans ses dispositions humanistes :

2. Cpr-



Je tiens à rendre hommage à l'équipe de réanimation qui a tout engagé pour le sauver, pour alléger ses souffrances physiques et morales et lui donner un certain confort. Une équipe toujours disponible lors de mes visites.

3. Cpa-Je n'oublierai jamais tous vos soins, la gentillesse, disponibilité, compréhension, de votre équipe que je tiens à nommer pour son dévouement.

Ce partage émotionnel construit une relation intersubjective très forte, le sujet s'affirme dans et par l'interlocution : il émet des jugements sur une institution et sur les acteurs d'un moment de sa vie. Ces cadeaux verbaux viennent compenser la dette du patient en même temps qu'ils l'expriment et contribuent à une reconnaissance intersubjective, notamment du patient ou du proche en tant que personne à part entière, non souffrante et vulnérable.

2.3. Une mémoire apaisée par une reconstruction positive du vécu

Par ce retour sur son état, sur ses sentiments et sur son vécu partagé, le patient délaisse la maladie et les moments dysphoriques pour se centrer sur la générosité, la gentillesse, l'attention des soignants. Plus encore, l'expérience antérieure est adoucie et remémorée à travers l'utilisation de procédés d'euphémisation⁸ dont le plus remarquable est la quasi absence du mot « mort » alors que celle-ci a été côtoyée ou est intervenue. Il n'apparaît dans le corpus qu'une seule fois dans une lettre de patient. Ailleurs, la mort emprunte d'autres formes de manifestation, elle est « départ » et l'hospitalisation devient, elle, « séjour » que le patient ou le proche a vécu dans la bienveillance solidaire d'un pronom « nous » qui évacue l'emploi du « je ». Nous le verrons *infra*, cette forme de pluralisation du sujet, vulnérable dans sa solitude, mais acteur⁹ dans sa relation à l'autre, est un procédé caractéristique de cette écriture épistolaire : « le patient ou le proche s'acceptant et accepté dans sa vulnérabilité, moyennant le soutien de l'autre, notamment par une relation de soin compréhensive, pourrait trouver les ressources d'une autre vie intégrant le traumatisme. »¹⁰

3. L'acte de promesse

Dans ces lettres, la mise en mot est aussi essentiellement une question de temporalité-s. Le patient est éloigné du vécu traumatique, qui appartient au passé – mais un passé spécifique dans lequel souvent la verbalisation était impossible et pour lequel les éléments de mémoire manquent fréquemment – que le sujet écrivant regarde, interprète et évalue, dissocié de son passé biographique. Il est en outre distant du passé récent borné par la sortie de l'hôpital et qui

⁸ Voir Garric & Thuault 2020 : 73-75.

⁹ Payet & Laforgue 2008 proposent ici la notion « acteur faible »

¹⁰ Garric & Thuault 2020 : 63.

mène jusqu'à l'événement épistolaire. Ce dernier dépend de l'actualité de l'acte d'écriture, le sujet remerciant s'y (re)construit existant dans le présent. Le faible nombre de ce type de courrier témoigne sans doute ici de la difficulté de ce passage vers autre temporalité qui fait exister le sujet.

- 4- Cpa- [Passé traumatique : Me voici donc à l'hôpital X] [passé autobiographique : après un voyage sans histoire.] [Passé récent : A présent (date) je suis déjà à pied d'œuvre pour la suite des soins. Je dis « déjà » car c'est bien grâce à vous, vos assistantes et assistants que je suis là.] [Présent de l'écriture : Je n'oublierai jamais tous vos soins, la gentillesse, disponibilité, compréhension, de votre équipe que je tiens à nommer pour son dévouement.]

Mmes prénoms X,Y, Z, A, B, C, que j'embrasse bien fort.

Mrs prénoms D, F, G, K ainsi que toutes celles dont j'ignore le nom.]

Comme nous pouvons le constater, le futur est relativement peu représenté dans ces courriers. Discrètement occurrent dans l'extrait ci-dessus, il n'est pourtant pas absent. De son identification dépend celle d'un nouvel acte de langage, la promesse, que le remerciement omniprésent dissimule.

3.1. La puissance d'agir de la promesse scripturale

Bien que le verbe performatif « promettre » soit absent, un futur conjuguant le plus souvent le verbe « ne pas oublier » ou parfois « se souvenir » (« garder le souvenir »), systématiquement placé en fin de lettre, dans un paragraphe ou en position isolée juste avant la signature, et associé au locuteur, réalise un acte de promesse.

La grande majorité des lettres émanant du patient exprime cet engagement fort vis-à-vis de l'équipe soignante :

- 5- Cpa- Je n'oublierai jamais tous vos soins, la gentillesse
6- Cpa- Merci, je n'oublierai jamais
7- Cpa- Je m'en souviendrai dans tous les problèmes à venir
8- Cpa- Vous êtes des personnes EXTRA et je ne vous oublierai jamais

Les lettres des proches, qui peuvent comprendre de manière moins surprenante une promesse de mémoire à l'adresse du parent disparu, contractent également la promesse avec l'équipe soignante, le plus souvent lorsque le patient n'a pas survécu :

- 9- Cpr- Nous vous oublierons jamais
10- Cpr-

De la part de Rodome [redacted]

Pour remercier l'équipe
de Réanimation.

Je tiens à vous remercier des
bons soins, de la gentillesse que vous
avez donné à mon mari [redacted]
ainsi que l'équipe que
vous avez eu envers moi.

Je ne vous oublierai jamais.
[redacted]

Le but illocutoire de la promesse est commissif, il est un engagement de la part du locuteur à effectuer une action soutenue par une intention et qu'il peut et doit accomplir : « En tant qu'acte de discours, promettre c'est dire que l'on fera demain ce que l'on dit aujourd'hui que l'on fera et ainsi se lier par cette parole même » (Ricœur 1995 : 104). Par rapport à l'acte expressif de remerciement, il est un pas de plus dans l'agentivité et, exprimé le plus souvent par la négation du verbe « oublier », il témoigne d'un engagement de lutte contre l'oubli, d'une « recherche active et volontaire » soutenue par la visée prospective. Il peut donc dans le contexte post-réanimation témoigner d'une puissance d'agir, d'une volonté de faire en rupture avec l'état de dépendance dans lequel l'a maintenu la relation soignante dans le passé.

Cette puissance d'agir est placée d'une part en position finale de la lettre, mais d'autre part elle est comme décuplée par son adressage : dans l'extrait ci-dessous, la promesse s'exprime à l'attention du défunt, mais aussi, et de façon plus remarquable, à celle du personnel médical et paramédical. Les processus de nomination (Mondada 1997) à l'œuvre proposent une construction de l'interlocuteur à la fois dans sa globalité et dans son individualité, à la fois dans sa professionnalité et dans son humanité : sous la forme d'une compétence unifiée et solidaire « toute l'équipe », « toute l'équipe de réanimation », parfois également introduite guillemetée pour venir s'inclure à l'entité « "au sein de l'équipe" », parfois présentée par l'énumération comme somme de compétences de la plus technique et la moins technique avec « les médecins, les infirmiers, aides soignantes, kinés, personnel d'entretien », « toutes les personnes de la réanimation », ou encore sous la forme d'un allocuté communautaire globalisé par « vous » ou saisi distributionnellement pour n'exclure personne « chacun d'entre vous », parfois encore par la citation individuelle et plus intime des prénoms comme dans l'extrait n°11. L'acteur soignant semble occuper toute la mémoire des locuteurs.

11- Cpr-

The image shows a handwritten letter on the left and a photograph of the same letter on the right. The letter is dated 'le 3 février 2015' and is addressed to 'toute l'équipe'. The text of the letter is as follows:

Bonjour à toute l'équipe,

Moi et Tony tenons à remercier toute l'équipe de réanimation, les médecins, les infirmiers, aides soignants, kinés, personnel d'entretien qui ont été présents durant les 7 mois. Vous êtes une équipe formidable, qui a été là pour papa, présent et à son écoute. Malheureusement, papa a souhaité ne plus se battre et partir mais il est dorénavant avec maman, l'amour de sa vie. Papa a été très courageux, très fort durant toutes ses années. Malgré son handicap, il n'a jamais eu aucune agressivité envers personne, toujours compréhensif. Papa et Maman sont partis mais ils nous ont transmis beaucoup de force et de courage. J'ai passé les 3 mois de ma grossesse "au sein de l'équipe" et je n'oublierai jamais, jamais, l'accueil de toutes les personnes de la réanimation. Nous avons toujours été auprès de papa durant ces 7 mois et nous ne regrettons rien aujourd'hui. Il y a eu de très durs moments mais malgré tout, nous avons

le 3 février 2015,

Sixtine et Tony

The photograph on the right shows the letter with several annotations. A red circle highlights the sentence: "On ne vous oubliera jamais... Nous avons en mémoire de très beaux souvenirs avec chacun d'entre vous". Another red circle highlights the sentence: "J'ai passé les 3 mois de ma grossesse 'au sein de l'équipe' et je n'oublierai jamais, jamais, l'accueil de toutes les personnes de la réanimation." There are also some red lines and arrows pointing to specific parts of the letter.

Fraenkel (2002, 2007) propose de développer une anthropologie pragmatique de l'écriture

dans laquelle elle s'intéresse d'abord à des actes d'écriture collectifs, le graffiti ou encore les écrits déposés ci et là dans la ville de New-York après les attentats du 11 septembre. Elle prend soin cependant de souligner que son approche de la scripturalité ne se limite pas à des messages « spectaculaires » : « En fait, on peut faire l'hypothèse que tous les phénomènes de mise en forme par le tracé, par la mise en page, jusqu'aux choix typographiques sont susceptibles de porter des significations et de participer à l'effectuation d'un énoncé performatif. L'acte graphique ouvre l'énonciation écrite à toutes les nuances et les jeux qu'autorise la valeur d'exposition de l'écrit » (Fraenkel 2006 : 74).

Ce modèle de la performativité de l'écrit dans lequel l'acte d'écriture comprend un acte graphique qui se joint à l'acte de langage est particulièrement bien illustré par les lettres étudiées : non seulement, elles sont dans leur très grande majorité manuscrites (à une période où tout courrier est désormais tapuscrit), mais en plus, plusieurs d'entre elles se caractérisent par un environnement riche : dessins, photos, enregistrements, poèmes, présents qui semblent venir renforcer, matérialiser la permanence de l'acte graphique et accorder au sujet signataire, souvent collectif, une force à faire, à agir pour l'autre et avec l'autre comme le souligne Arrien (2008) : « C'est dans cet engagement effectif, dont la promesse représente le paradigme et le révélateur, que le soi s'affirme – et s'atteste – véritablement. Mais, simultanément, c'est la *primauté* de la dimension éthique du soi sur sa composante narrative qui se trouve annoncée. »¹¹

De façon complémentaire, rappelons que pour Ricœur (1994), la souffrance s'entend comme « la diminution de la puissance d'agir » de l'homme, laquelle se manifeste par différentes déficiences : « le pouvoir dire, le pouvoir faire, le pouvoir (se) raconter, le pouvoir de s'estimer soi-même comme agent moral »¹². Au-delà du rôle des actes de langage – qui plus est scripturaux – à la restauration de ces faiblesses, et du rôle de la promesse dans l'identité morale, soulignons que certains patients s'attachent à exprimer dans la narration les prouesses physiques, voire intellectuelles, réalisées, parfois brièvement, parfois très longuement, depuis la sortie du service :

12- Heureusement j'en suis sorti en pleine forme et j'ai repris mon vélo pour faire 400 kms en quelques jours

13- Par ce courrier je vous résume la suite de « mon aventure ».

Rapatrié à l'Hôpital d'AU (département), toujours inconscient, j'ai retrouvé petit à petit mes capacités intellectuelles (j'ai même fait des exercices de maths de 3ème pour les enfants des infirmières).

Cependant j'étais toujours dans un lit sans pouvoir faire les gestes de la vie courante.

Puis de l'hôpital j'ai été transféré en SSR toujours à AU.

Là j'ai fait des exercices de mes jambes avec un KINE.

Je pouvais me déplacer en fauteuil roulant, puis avec un déambulateur.

Après une attente de 5 semaines (pas de place) j'ai intégré un centre de rééducation spécialisé d'où je suis sorti le AA décembre en marchant.

Actuellement j'ai encore des séances de KIN2, mais tout va bien !

Encore Merci pour avoir été le premier maillon qui m'a permis de continuer à vivre.

La promesse de mémoire permet de reconnaître dans l'actualité le passé avec l'équipe soignante et de le transporter, de le transposer, vers un futur accompagné de la rassurante humanité reconstruite des soignants : « se lier par des promesses, sert à disposer, dans cet océan d'incertitude qu'est l'avenir par définition, des îlots de sécurité sans lesquels aucune continuité, sans même parler de durée, ne serait possible dans les relations des hommes entre

¹¹ Arrien 2008 : 100.

¹² Ricœur 1994 : 62.

eux. »¹³ Elle pourrait donc s'entendre comme un acte de liberté pour le patient ou le proche – elle est faculté, pouvoir, force construits par le lien des uns aux autres – qui ouvre la perspective d'une nouvelle vie, tout en situant cependant cette faculté dans 1) la dépendance à l'autre par la dimension commissive de l'acte et dans 2) le refus de changement : « quand même mon désir changerait, quand même je changerais d'opinion, d'inclination, "je maintiendrai". »¹⁴

Conclusion

Le recours à la pratique épistolaire à l'issue d'une hospitalisation en service de réanimation témoigne de l'existence d'un vécu douloureux qui accompagnera désormais le patient ou le proche à tout jamais. La reconnaissance du syndrome post-traumatique prouve la difficulté, parfois sévère pour la santé, à vivre l'expérience en réanimation et poursuivre sa vie. Elle encourage les personnels de santé vers des solutions innovantes dans lesquelles les pratiques scripturales sont de plus en plus interrogées dans leur contribution à la guérison des patients. Nous ne saurions les qualifier de thérapeutiques ou non, mais notre analyse montre que les productions épistolaires peuvent contribuer à la connaissance du vécu post-réanimation.

L'expérience en service de réanimation semble dépossédante pour le sujet, patient ou proche, qui éprouve le besoin de restaurer sa capacité à faire dans une quête par laquelle il cherche à redevenir ou à devenir lui-même après l'épreuve. Cette reconstruction emprunte notamment la promesse qui donne lieu à deux hypothèses : ou bien elle peut être la trace d'une force, en germe ou plus affirmée, pour s'accepter dans la faiblesse héritée de la maladie ou de la perte, ou bien elle peut être une forme d'abus de la mémoire, elle maintient et enferme alors le sujet dans le passé empêchant l'apaisement du temps. La lettre témoigne d'une recherche de réconciliation pour laquelle la personne vulnérable sollicite l'aide du personnel soignant. Il convient toutefois de progresser sur l'analyse de son fonctionnement en se dotant de corpus plus larges pour identifier des indices linguistiques différenciateurs de l'état psychologique dans lequel se trouve réellement le sujet et par la mise en place de dispositifs expérimentaux, sous forme d'entretien ou encore de bilan de savoir, destinés à évaluer l'impact de l'acte scriptural sur le vécu post-traumatique.

Références

- ARENDETT Hannah (2009), *Condition de l'homme moderne*, trad. Fradier G., Paris, Calmann-Lévy.
- ARRIEN Sophie-Jan (2008), « De la narration à la morale : le passage par la promesse », *Cités*, 33(1), pp. 97-108.
- BOMMIER-PINCEMIN Bénédicte (1999) *Diffusion ciblée automatique d'informations : conception et mise en œuvre d'une linguistique textuelle pour la caractérisation des destinataires et des documents*, Thèse de Doctorat en Linguistique, Université Paris IV Sorbonne.
- BRUGERE Fabienne (2011), *L'éthique du care*, Paris, PUF.
- CARBAJAL Ricardo (2013), « Les familles en situation d'urgence : l'expérience pédiatrique », Urgences2013, 7^{ème} Congrès de la Société Française de Médecine d'Urgence : https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/fs_tout_art.htm
- CHARON Rita (2006/2015), *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de*

¹³ Arendt 2009 : 303.

¹⁴ Ricœur 1990 : 149.

maladies, Paris, Sipayat.

FRAENKEL Béatrice (2007), « Actes d'écriture : quand écrire c'est faire », *Langage et société*, vol. 121-122, 3, pp. 101-112.

FRAENKEL Béatrice (2006), « Actes écrits, actes oraux : la performativité à l'épreuve de l'écriture », *Études de communication*, 29(1), pp. 69-93.

FRAENKEL Béatrice (2002), *Les écrits de septembre. New York 2001*, Paris, Textuel.

GARRIC Nathalie & HERBLAND Alexandre (2020), « Présentation. Nouveaux discours de la santé et soin relationnel », *Langage et société*, 169(1), pp. 15-30.

GARRIC Nathalie & THUAULT Elena (2020), « Rôle du discours épistolaire dans l'expérience post-réanimation du patient et du proche », *Langage et société*, 169(1), pp. 57-79.

GARRIC Nathalie (2020), « Fonctionnement discursif des émotions en contexte post-réanimation », dans CHAUVAUD Frédéric, DEFIOLLE Rodolphe & VALETOPOULOS Freiderikos (dir.), *La Palette des émotions*, Rennes, PUR.

GARRIC Nathalie (2019), « Discours d'abnégation en retour d'une vie secourue en service de réanimation », dans STEUCKARDT Agnès & COLLETTE Karine, *Écrits hors-normes*, Sherbrooke, Les Éditions de l'université de Sherbrooke, pp. 127-139.

CHAUVAUD Frédéric, DEFIOLLE Rodolphe & VALETOPOULOS Freiderikos (dir.) (2019), *La Palette des émotions*, Rennes, PUR.

JABRE Patricia (2014), « Place des proches lors des soins », *Le Congrès Médecins de la Française d'Anesthésie et de réanimation (SFAR)*.

HERBLAND Alexandre (2020), « La relation patient-proches-soignants en réanimation : des pratiques discursives « hors cadre » vers une éthique narrative dans la relation de soin », *Langage et société*, 169(1), pp. 31-56. doi:10.3917/lis.169.0031.

MCADAM Jennifer-L, ARAI Shoshana & PUNTILLO Kathleen A (2008), « Unrecognized contributions of families in the intensive care unit », *Intensive Care Med*, 4, pp. 1097-101.

MONDADA Lorenza (1997), « Processus de catégorisation et construction discursive des catégories », dans Danièle Dubois (dir.), *Catégorisation et Cognition : de la perception au discours*, Paris, Kimé, pp. 291-313.

PAYET Jean-Paul. & LAFORGUE Dominique (2008), « Qu'est-ce qu'un acteur faible ? Contributions à une sociologie morale et pragmatique de la reconnaissance », dans PAYET Jean-Paul, GIULIANI Frédérique & LAFORGUE Dominique, *De l'indignité à la reconnaissance. Enquête sur la voix des acteurs faibles*, Rennes, PUR, pp. 9-25.

RICŒUR Paul (2013), « La souffrance n'est pas la douleur », dans Claire Marin (dir.), *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricœur*, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 13-34.

RICŒUR Paul (2001), *Histoire et Vérité*, Paris, Éditions du Seuil.

RICŒUR Paul (1995), *Réflexion faite*, Paris, Editions Esprit.

RICŒUR Paul (1990), *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil.

RICŒUR Paul (1994), « La souffrance n'est pas la douleur », *Revue Autrement / Mutations*, 142, pp. 58-69.

ROSSI Silvia (2018), « La narration dans la formation des professionnels de santé travaillant avec des personnes atteintes de démence : quel(s) usage(s) ? », *Éducation et socialisation*. En ligne, 49 : <http://journals.openedition.org/edso/3487>.

ROSSI Silvia (2013), « La parole comme soin : cancer et pluralisme thérapeutique », *Anthropologie des soins non conventionnels du cancer 2*. En ligne : <http://anthropologiesante.revues.org/659>.