

La transplantation cardio-pulmonaire : de l'« autre » en soi

Myriam Koob

L'intrus n'est pas un autre que moi-même et l'homme lui-même. Pas un autre que le même qui n'en finit pas de s'altérer, à la fois aiguisé et épuisé, dénudé et suréquipé, intrus dans le monde aussi bien qu'en soi-même, inquiétante poussée de l'étranger, "conatus" d'une infinité excroissante.

J.-L. Nancy¹

(157) La greffe, cardiaque ou pulmonaire, ne peut se limiter à l'organe. Elle est toujours doublée d'une greffe de l'imaginaire².

Que devient le moi, perçu comme définitif, si d'un corps à l'autre on transfère les organes ? Que deviennent les théories psychosomatiques, si loin d'envisager que ce corps, pensé comme fermé, un jour s'ouvrirait pour permettre le prélèvement, l'échange de ses organes ?

Quand le cœur réel est incisé, transformé, que devient l'imaginaire ?

1. Revue *Dédale*, « La venue de l'étranger », n° 9-10, Paris, Maisonneuve et La Rose, 1999.

2. « L'imaginaire détermine positivement et négativement tout le fonctionnement psychosomatique. L'imaginaire en tant que fantasme qui s'actualise, par opposition au réel, dans une suite ininterrompue de phénomènes correspondant aux rêves et à ses équivalents à l'état de veille, lesquels vont du délire et de l'hallucination au fantasme le plus transparent ! ». In S. ALI, *Penser le Somatique*, Paris, Dunod, 1987, p 3.

Cœur amoureux, cœur pompe, si naturellement inclus l'un dans l'autre... et pour les patients transplantés, un cœur originel amputé, l'un pourra-t-il un jour à nouveau se refermer sur l'autre ?

La réconciliation entre cœur, poumons et imaginaire, exige un long travail de remaniement corporel, émotionnel, temporel, un travail d'élaboration sous-tendu, quelles que soient les défenses mises en place, par un sentiment aigu de la précarité de la vie. Ces patients, arrachés de justesse à une mort annoncée, s'éprouvent en sursis, supportant un risque permanent de rejeter à leur insu cet organe venant de l'« autre » et pourtant leur.

En son temps, j'avais posé au médecin transplanteur de l'hôpital où je travaille la question un peu provocante : « Si cela s'avérait nécessaire, accepteriez-vous d'être transplanté ? ». Il m'avait répondu d'un affirmatif évident suivi d'un inquiet : « Pourquoi, vous pas ? ».

A l'époque, aux prises avec un sentiment d'« inquiétante étrangeté » devant ce champ clinique si « transgressif », j'avais répondu que je n'en savais rien. Pas la vie, à n'importe quel prix !

A ce jour, je ne sais toujours pas. Mais l'étranger, « l'intrus » de J-L. Nancy, m'est devenu plus familier.

« Accueillir l'étranger, il faut bien que ce soit d'abord, éprouver son intrusion. »³

Un patient transplanté cœur-poumons voici trois ans et demi me disait toute la solitude des transplantés : l'entourage, proche ou lointain, est fasciné mais surtout sidéré, effrayé.

Lui aimerait parfois parler, mais nul ne veut l'entendre.

Ils ont peur.

(159) Ils acceptent le spectaculaire, mais ne veulent rien savoir de ce qu'il recouvre.

Même entre transplantés, une grande pudeur leur fait taire l'essentiel.

Le philosophe Jean-Luc Nancy, dans un très beau livre *L'intrus*, relatant son expérience personnelle de transplanté cardiaque depuis 10 ans, s'entend dire par son fils cadet: « Papa, tu es un mort-vivant, un androïde ».

L'univers de la transplantation touche au monstrueux, au double, à l'archaïque.

3. J-L. NANCY, *L'intrus*, Galilée, 2000, p. 12.

L'homme devient ce qu'il est : un technicien terrifiant, au désir illimité de transformer la nature, au pouvoir grandissant de recréer la création.

La mort et la vie intimement enlacées l'une dans l'autre...

Le mot de Prévert : « Quand on est mort, c'est pour la vie », prend ici tout son sens.

Penser la transplantation, c'est penser que même si la puissance de la technique éloigne la fin de la vie, elle ne fait aussi que marquer, exhiber, la présence inéluctable de la mort.

Penser la transplantation, c'est penser son corps autrement que fermé, et protégeant un monde intérieur qui reste au secret.

C'est accepter un corps dont l'enveloppe est effractée, temporairement ouverte, un corps modulable de son vivant, aux organes accessibles et transférables.

C'est questionner la limite entre soi et l'autre, le maintien de ses propres limites et de son identité, dans son rapport à soi-même, à ses objets d'amour, à la communauté des humains.

L'acceptation d'être « listé », en attendant d'un mort « rose » comme on dit d'un donneur en état de mort cérébrale, suscite déjà de nombreux fantasmes et angoisses : « Parfaitement rehydraté, perfusé, respirant au rythme physiologiquement souhaité, les siens pourront entendre battre son cœur. On leur aura dit : il est mort. Etrange instant que cette rencontre du corps médical, d'une famille et d'un troisième homme, le receveur, plus loin, qui attend et lutte encore ».⁴

(160) Cela prendra le temps qu'il faudra pour expliquer, écouter, faire advenir une acceptation qui soit réellement celle d'un sujet, même si l'aventure est si complexe, qu'accepter signifie avant tout, le désir de vivre encore...

Certains patients temporisent longtemps.

Ils tiennent beaucoup cependant à consulter régulièrement le médecin transplantateur, comme un repère protecteur qui les maintient en vie.

Je pense à un homme en particulier, la cinquantaine, emphysémateux gravissime, sous oxygène en permanence, il décrit bien les pertes, de plus en plus importantes, qui réduisent sa vie : il ne travaille plus, ne sent quasi plus. Tout est essoufflant.

La greffe, il n'arrive pas à l'envisager autrement que comme un

4. Ch-Et. FROGE,, « Les 20 ans de la mort rose », *Le Monde*, 10 août 1988.

suicide. Il n'y échappera pas. C'est une conviction.

Tout l'entretien se focalise alors sur son fils aîné, décédé par pendaison à vingt-deux ans, il y a deux ans, pour lui c'était hier.

Comment mobiliser toutes ses ressources de vie pour lui, pour sa vie à lui, alors que son propre fils s'est pendu ?

Le souffle lui manque...

Il est face à un deuil qu'il ne peut ni ne désire élaborer.

Il ne se sent d'ailleurs pas en danger de mort.

Etre vivant, être mort, depuis 2 ans, il en a perdu les repères.

Il tient beaucoup à revoir le médecin transplanteur, même s'il exprime la crainte qu'un jour il se lasse et l'abandonne, parce qu'il ne se décide pas.

« Il faut du courage pour se suicider », me dit-il.

On a le sentiment qu'il se laisse doucement mourir, mais pas tout seul.

Il y aurait beaucoup à dire sur le transfert des patients à l'égard du médecin transplanteur, serait-il le père que lui-même n'a pas su, ne s'est pas senti être pour son fils ?

Il adorait son père, poète et musicien comme lui, décédé voici 20 ans lors d'une intervention d'ablation d'un poumon, grand fumeur devant l'éternel, (161) comme lui.

Où reprendre un nouveau souffle ?

Il faut qu'il reste suffisamment de force libidinale au patient, déjà si mortellement atteint dans son corps, pour que ce projet de greffe qu'il n'a pas choisi, auquel il se soumet, il en fasse un projet de vie.

Je pense à une autre patiente, vingt-huit ans, atteinte de mucoviscidose. Elle non plus n'arrivait pas à imaginer une vie après la greffe.

« La transplantation, c'est un tombeau », me disait-elle.

Elle se voyait mourir dans l'anesthésie ou en salle d'opération d'une hémorragie.

Elle me parlait avec cynisme d'un patient greffé qui s'est suicidé. D'une manière ou d'une autre, on n'en réchappe pas...

Elle exprimait bien tout le rapport amour-haine vécu avec ses poumons, les soins donnés jour et nuit depuis toujours. Et puis, ils seraient bons pour la poubelle ?

Quand elle tente d'imaginer l'après-greffe, elle parle d'abîme, de perte d'identité, d'étrangeté.

Aussi : que signifie faire partie des gens normaux ?

Elle ne sait pas : les soins, cette étiquette de malade, elle en parle comme d'une protection, d'un cocon, d'une barrière.

Que veut dire : respirer profondément ?

Que signifierait : avoir une vie à soi : travailler, devenir autonome, séparée, particulièrement séparée de sa mère.

Ici, son fantasme serait que sa mère n'y survivrait pas.

Elle serait détruite.

Qui ne survivrait pas à qui ?

Elle exprime très bien un vécu commun à beaucoup de patients « muco » : leur identité s'est constituée autour de la maladie, des soins, a induit une relation symbiotique à la mère.

(162) Se penser séparé, avec un psychisme et un souffle à soi, c'est infiniment difficile.

On dit d'ailleurs si aisément d'eux qu'ils sont « muco ». Nous aussi, nous lions d'un même souffle leur nom et leur pathologie. Fichés, identifiés à la maladie, n'existant pas hors d'elle.

Certains patients arrivent à exprimer toute l'angoisse que suscite la greffe, d'autres, et c'est bien plus fréquent, se barricadent dans un déni magistral.

Je pense à une jeune patiente « muco » de vingt ans, petit soldat courageux, le souffle court, m'affirmant, après qu'elle ait accepté d'être listée, qu'elle n'y pense plus.

Elle dort mal, signe que l'angoisse reste tapie, mais alors elle se lève, regarde la télé, zappe.

Elle me parle de la vie après la greffe : elle voudrait adopter un enfant.

Je lui demande si elle sait le temps d'attente avant la transplantation : plus ou moins huit mois...

- Eh oui, il faut un mort !

- Vous y pensez ?

- Non. Il doit quand même mourir celui-là !

Souvent, dans la phase d'attente, on assiste à une extinction des manifestations de l'imaginaire : il faut le comprendre comme une protection contre une angoisse de mort terrifiante, une angoisse devant

la mutilation, devant un sentiment de culpabilité trop vif.

L'acte chirurgical de transplantation impose une situation difficilement représentable : l'image d'un passage par le néant. A ce moment, l'union corporelle est totalement rompue. Au plan somatique, le cœur originel est excisé et le greffon n'est pas encore implanté.

Un monitoring extracorporel assure l'oxygénation et la circulation de sang.

Au plan psychique, c'est une sorte de béance de « filiation », un espace où temporairement l'intimité, l'appartenance, ont disparu.

« L'une des problématiques soulevées par la transplantation est celle de troubler les relations de filiation organe-moi (...). Le cœur natif est voué à la (163) séparation d'avec le corps/le sujet/le moi (que de pléonasmes !) qui lui donnait sa raison même d'exister : battre pour pulser le sang et pour accompagner l'éprouvé des sentiments. »⁵

Cœur sentimental, cœur histoire de notre vie depuis sa fécondation et avant, cœur originel façonné au fil du temps par nos fantasmes à propos de nos origines, de nos amours, corps acceptant la perte du cœur « réel » (?), corps accueillant ou vampirisé par le cœur d'un autre décédé, mais cœur tissé d'une histoire dense, complexe, d'une lignée fantasmatique, « filiale », différente et inconnue.

Autre et pourtant devant être nôtre.

Que signifie au niveau de la pensée, des représentations, la rupture de l'enveloppe somatique, alors que celle-ci est intrinsèquement liée à la construction psychocorporelle ?

La dynamique psychique des patients psychotiques allie dissociation de la pensée et angoisse de morcellement.

La perception de leur corps devient mouvante, instable, insécurisante, persécutrice.

L'enveloppe corporelle est effractée. D'emblée, le moi est en danger, parce qu'il y a atteinte de l'un de ses constituants.

Freud déjà dans *Le moi et le ça*⁶ disait du moi corporel qu'il est non seulement une entité toute en surface, mais une entité correspondant à la projection d'une surface, à savoir la surface du corps expérimentée à l'occasion des sensations tactiles simultanément produites et senties.

« Le tout petit acquiert la perception de la peau comme surface à

5. J. VAYSSE, *Images du cœur*, Bruxelles, Desclée de Brouwer, 1996, p. 208.

6. S. FREUD, *Le moi et le ça*, Paris, Payot, 1981.

l'occasion des expériences de son corps avec le corps de la mère et dans le cadre d'une relation sécurisante d'attachement à elle. Il parvient ainsi à la notion d'une limite entre l'extérieur et l'intérieur. Il ne peut se sentir en confiance que s'il possède un sentiment de sécurité de base qui lui garantit l'intégrité de son enveloppe (164) corporelle ».⁷

D'emblée, le vécu d'intégrité corporelle est rompu et avec lui le concept de moi-peau de Didier Anzieu.

Celui-ci s'étaye sur la peau biologique, en tant qu'il assemble l'enveloppe contenant, la limite qui maintient l'extérieur au-dehors, le lien et l'échange avec l'autre, la surface sensible où peuvent s'inscrire et se garder les traces affectives et historiques.

Les séparations dedans-dehors et contenu-contenant sont devenues instables dans ce corps ouvert.

Comme l'a théorisé Bion⁸, les risques de dépersonnalisation sont toujours liés à l'image d'un corps "perforable" et à l'angoisse fondamentale que la substance vitale s'évacue par ce trou, angoisse ici non pas de morcellement mais de vidange progressive, jusqu'à se retrouver exsangue, vidé de son intérieur, de son intimité.

C'est aussi la réactualisation violente de l'angoisse de castration, beaucoup plus violente que pour un acte chirurgical classique où les parois du corps sont refermées.

Rappelons que l'os du sternum, ne correspondant à aucun orifice naturel, après résection, parfois élargie, est recousu "lâchement", mais non suturé⁹.

Que peut bien signifier : remplacer un cœur ?

Ce même lieu symbolique où se confond passion, amour, vie et mort.

Cœur et pulsations cardiaques s'inscrivent dans les champs mêlés du corps et du pulsionnel, de l'organique et de l'affectif, du réel et du symbolique.

7. D. ANZIEU, *Créer, détruire*, Paris, Dunod 1996, p. 202.

8. In *Second thought*, n° 67, « Réflexion faite », Paris, PUF, 1982.

9. J. VAYSSE, *Images du cœur*, op. cit., pp. 142-143. « La mise en place du traitement oblige à maintenir une fente verticale au niveau du sternum, éventuellement élargi par une résection osseuse partielle, car celle-ci ne correspond à aucun orifice naturel. La fente laisse voir l'organe palpitant (...). Dans l'intervalle des soins biquotidiens, l'ouverture thoracique est protégée par un pansement. L'enlever permet d'aborder les organes et les tissus avoisinants infectés ».

Perdre son foie, son rein, mais perdre son cœur ?

(165) Il faut en faire son deuil, dit-on, mais faire le deuil de quoi ?

On peut vivre sans objets d'amour, mais vivre sans son cœur...

Comme le dit Jean-Luc Nancy : « Ce n'est pas qu'on m'ait ouvert, béant, pour changer de cœur, c'est que cette béance ne peut être refermée. »¹⁰

Jocelyne Vaysse¹¹ exprime bien de quel deuil il s'agit : « Consentir à la transplantation, c'est savoir faire de son cœur une partie étrangère à soi-même, tout en l'ayant auparavant investi suffisamment pour le reconnaître comme élément déstabilisant au sein de sa propre homéostasie en faillite. Le cœur est bien cet organe capable de tisser des liens indicibles au sein du moi... ».

Et Jean-Luc Nancy¹² : « Mon cœur devenait mon étranger, justement étranger parce qu'il était dedans. Quel vide soudain dans la poitrine ou dans l'âme, c'est la même chose, lorsqu'on me dit : « Il faudra une transplantation ». Un cœur qui ne bat qu'à moitié n'est qu'à moitié mon cœur. Je n'étais déjà plus en moi... »

Une étrangeté se révèle au cœur du plus familier, mais familier est trop peu dire : au cœur de ce qui jamais ne se signalait comme « cœur ». Jusqu'ici, il était étranger, à force de n'être même pas sensible, désormais il défaille et cette étrangeté me reporte à moi-même.

Je suis parce que je suis malade ou plutôt rouillé, raidi, bloqué. Mais celui qui est fichu, c'est cet autre, mon cœur. Le cœur désormais intrus, il faudra l'« extruder ».

Attendre un greffon compatible, c'est aussi attendre la mort de l'autre, avec impatience, espérer des week-ends meurtriers de la circulation routière, la promesse d'être enfin délivré.

Ces désirs-là, légitimes, peuvent susciter un sentiment intense de culpabilité en post-greffe, le vécu d'une dette impossible à acquitter.

Certains se représentent le donneur, lui donnent un âge, un sexe. Après des recherches fallacieuses, sur internet par exemple, ils aimeraient rencontrer la (166) famille.

Il est très important de laisser une place pour que ces fantasmes s'expriment.

10. J-L. NANCY, op. cit., p 35.

11. J. VAYSSE, op. cit., p 215.

12. J-L. NANCY, op. cit., p 17.

Avec le temps, le poids de la culpabilité, d'avoir désiré la mort d'un autre pour survivre, d'avoir « profité » de la mort de l'autre s'estompe et peut laisser la place à un sentiment de gratitude.

Ou alors, le donneur devient, comme c'est d'emblée le cas chez ces patients qui ont une grande capacité de déni, sans nom et sans visage, afin que ce cœur étranger, ils puissent le faire sien et s'y sentir en sécurité.

Dans un registre plus archaïque, certains patients peuvent se sentir habités par l'esprit du donneur.

C'est le vécu d'être deux dans un même corps, qui renvoie à l'image du double et aux angoisses paranoïdes d'être persécuté, vampirisé ou à l'inverse, le greffon peut être magnifié, objet d'une idéalisation absolue. Il en ressort une perturbation profonde du sentiment d'identité, d'appartenance à sa famille, ou simplement aux être normaux.

Tout cela se complique encore par la nécessité, pour diminuer le risque de rejet, de déprimer à vie le système immunitaire du patient transplanté, cette identité immunitaire qui est un peu sa signature physiologique, ce qui ouvre la porte aux infections produites par l'extérieur, mais aussi à celles venant de l'intérieur : cytomegalovirus, zona, voire lymphome, réveillés de la nuit par la nécessaire immunodépression.

La manière dont chaque patient poursuit le chemin de la greffe est liée à son histoire, à sa structure psychique.

S'en sort-on mieux lorsque l'on est névrosé ?

Je cite Marianne Baudin¹³ : « Malgré la diversité et les richesses des constellations cliniques, nous avons constaté de manière suffisamment fréquente et massive pour que cela mérite d'être consigné ici, que les patients ne peuvent aborder cette phase de leur existence, qu'en abandonnant plus ou moins partiellement, un fonctionnement mental de type névrotique, bien secondarisé, (167)avec ce qu'il suppose d'efflorescence fantasmatique et de charge de culpabilité ».

Je n'ai pas assez d'expérience pour évaluer cette position, mais intuitivement, elle me paraît juste. Elle m'a évoqué Bruno Bettelheim dans *Le cœur conscient*¹⁴, évoquant son expérience dans le camp de Dachau et son étonnement de psychanalyste de voir des hommes à la

13. M. BAUDIN, « Changer de cœur, continuer sa vie », *Revue de Médecine Psychosomatique*, n° 17/18, p. 91.

14. B. BETTELHEIM, *Le cœur conscient*, Paris, Laffont, 1972, pp. 31-32.

personnalité bien intégrée, ne redoutant pas les forces de l'inconscient, être tellement plus démunis dans l'horreur que d'autres, narcissiques ou même psychotiques, considérés par la psychanalyse comme prédisposés à se désintégrer psychiquement en cas de crise.

L'expérience de transplantation est sans commune mesure avec l'horreur du vécu dans les camps nazis.

Toutefois, l'un comme l'autre touche à l'irreprésentable qui fait vaciller nos repères de pensée.

Le déni, l'isolement, la fuite en avant, la régression du désir de savoir, la sidération de la pensée, la réification du cœur perdant ainsi sa charge symbolique et affective ont pour fonction en émoussant l'angoisse, en canalisant ou interdisant les fantasmes, d'éloigner la terreur.

Terreur devant la mort, terreur de se vivre comme constitué de « pièces détachées », de se sentir monstrueux : ne s'agit-il pas aussi de tenir cadenassés des fantasmes inconscients de meurtre, de dévoration, d'incorporation ?

(168) A travers tout ça, comment le moi poursuit-il sa trajectoire ?

Le texte de Freud sur l'inquiétante étrangeté¹⁵ peut nous aider à mieux analyser le vécu des patients transplantés : « L'inquiétant est précisément ce mode de l'effroyable qui renvoie à l'anciennement connu, au depuis longtemps familier. A quelles conditions le familier peut-il devenir inquiétant, effroyable ? »

L'inquiétant est lié à la manifestation de forces que l'homme n'a pas mesurées chez son semblable, mais dont il est à même de ressentir obscurément le mouvement dans les recoins les plus reculés de sa personnalité.

L'inquiétant se produit quand des complexes infantiles refoulés font surface. A travers la figure du monstre, c'est une partie de soi qui se dévoile, de son histoire, partie destinée à être enfouie, oubliée.

Lacan a comparé le moi à une superposition de différents manteaux empruntés à ce qu'il appelle "le bric à brac de son magasin d'accessoires".

Tant d'objets partiels incorporés tout au long de notre histoire, avec envie, violence, possessivité, ont participé à la constitution de notre sentiment d'identité.

A la suite du très bel article de Marianne Baudin et Silla Consoli¹⁶, je

15. S. Freud, « L'inquiétante étrangeté », in *Œuvres complètes de psychanalyse XV*, Paris, PUF, p. 152.

postulerais aussi que « si la reconnaissance de l'altérité à l'intérieur de soi peut prendre, dans les circonstances particulières de la vie, la forme de l'inquiétante étrangeté, son élaboration passe par la reconnaissance de l'autre hors de soi, de son autonomie, et la reconnaissance de la dette morale qui lie le soi à l'autre. Nous sommes tous des êtres composites héritiers des générations qui nous ont précédés, des personnages, réels et imaginaires, qui nous ont marqués. Nous sommes inscrits dans une multitude de relations aux autres dont le réseau, plus ou moins contraignant, plus ou moins riche, n'est autre que la trame de notre vie ».

Je voudrais terminer par une vignette clinique.

Un homme de cinquante ans que j'appellerais Ulysse, bien qu'en guise de voyage, c'en est un tout intérieur qu'il a parcouru, l'exploration des grands espaces extérieurs lui étant, depuis sa jeune enfance, interdit.

Greffé cœur-poumons en octobre 1996, je le vois depuis un peu plus d'un an.

Les premiers entretiens sont difficiles, il est très méfiant, venait sur le conseil du médecin transplanteur, mais sans désir pour lui-même, comme c'est presque toujours le cas dans ce champ clinique.

Pour ces patients, si souvent « intrusés »¹⁷, s'ouvrir à un psy de surcroît, les psy n'ont pas toujours bonne réputation, ils le vivent comme une humiliation et (169) une perte de contrôle supplémentaire.

C'était un « enfant bleu » comme on dit, souffrant d'insuffisance cardiaque due à une communication interventriculaire congénitale, cadet et seul garçon d'une famille de six enfants, surprotégé par toutes les femmes de la maison, décrivant bien toute la tristesse et la honte de ne pouvoir courir les bois et affronter les intempéries comme les gamins de son âge.

Ces sentiments se sont aggravés avec le temps, avec la diminution de sa capacité respiratoire, l'humiliation de se vivre comme un handicapé, de regarder impuissant sa femme effectuer des travaux incombant à un homme.

Il craignait en permanence de manquer de souffle pour survivre encore. Il était quasi grabataire quand la proposition de transplantation lui a été faite.

16. M. BAUDIN, S. CONSOLI, « Vivre avec l'organe d'un autre : fiction, fantasmes et réalité », in *Psychologie médicale*, n° 94, p. 106.

17. Néologisme répondant à la violence du cœur « extrudé » de Jean-Luc Nancy.

Il relate l'horreur de l'attente, la certitude que la mort devancerait le moment de l'intervention.

Le soulagement intense et particulier quand on l'a appelé : « Maintenant, ou c'est une autre vie et c'est tant mieux, ou je ne revois jamais ma maison et c'est tant mieux aussi. » Il s'est abandonné.

Les suites opératoires ont été terribles, douloureuses, angoissantes, avec beaucoup de confusion, de délire, d'hallucinations. Il en garde un souvenir de cauchemar.

Un mois plus tard, il se sentait euphorique, avec l'espoir de vivre comme jamais il n'avait vécu, puis ce fut la dégringolade. Il éprouvait un sentiment cuisant de culpabilité à l'égard de son donneur.

Après recherches, il avait conçu l'identité d'un jeune homme d'une vingtaine d'années. Il était très déprimé avec le sentiment de n'avoir pas droit à cette vie.

Alors que sa famille se réjouissait à chaque anniversaire de la transplantation, il pensait qu'une autre famille pleurait un mort. Nous avons beaucoup travaillé ces représentations.

Cet homme jeune, il le voyait plein de force, comme lui n'a jamais pu l'être à vingt ans, époque où il éprouvait douloureusement des sentiments violents d'envie et de haine très culpabilisés à l'égard de tous ces être normaux si sûrs d'eux.

(170) Il porte en lui une autre blessure qui reste béante.

Le couple a eu un enfant, un petit garçon, il y a une vingtaine d'années. Sa femme souffrait de malformation utérine, la grossesse a été difficile et l'enfant est mort quelques jours après la naissance.

Ils ont, parce que le chagrin et l'effroi étaient trop violents, refusé de le voir et d'organiser des funérailles.

Chaque année, le mois anniversaire, ils pleurent leur enfant sans sépulture, comme la famille de son donneur pleure son fils (ou sa fille).

Il a pu, je trouve avec beaucoup de courage, dénouer les fils entrelacés entre les morts de sa chair, éprouver de la compassion pour toutes ces parties si blessées de sa personnalité et progressivement renouer avec son désir de vivre.

Il me disait, il y a peu, qu'il ne songe quasi plus à son donneur, qu'il prend grand soin de lui-même en se disant qu'au fond, la meilleure manière de lui rendre hommage est de prendre soin de ces organes qui lui ont été confiés.

Lui qui a éprouvé tant de difficultés, d'angoisse, à sentir battre en lui

ce cœur qui n'était pas le sien, à respirer avec les poumons d'un autre, il s'étonne que de plus en plus fréquemment, il les oublie.

Jean-Bernard Pontalis dans un joli livre *Fenêtres*¹⁸ dit de l'oubli « (qu') il est nécessaire pour donner de l'épaisseur au temps, pour accéder au temps sensible. L'épreuve du deuil, de la perte, de la séparation d'avec soi est ce qui nous délivre de la reproduction de l'identique. Une mémoire qui se voudrait sans perte est une mémoire morte. Une mémoire vive exige l'oubli. »

On peut aussi aider les patients à cela, à oublier.

Parce qu'oublier, c'est refermer la paroi effractée, restaurer l'enveloppe protectrice qui assure un espace interne physique et psychique.

C'est rendre au cœur, aux poumons, leur nécessaire intimité.

18. J-B. PONTALIS, *Fenêtres*, Paris, Gallimard, 2000.