

Un emprunt pour la vie : la transplantation d'organes

*L*a transplantation d'organes est parmi ces réussites de la médecine et de la chirurgie qui, au premier abord, sont envisagées de l'extérieur, du côté des agirs et de la faisabilité. La dimension intérieure et subjective de ce processus d'emprunt de vie tend à être occultée, pour de multiples raisons. Les progrès de l'immunosuppression laissent effectivement croire, à tort, qu'il s'agit d'une expérience où les composantes intrapsychiques sont peu déterminantes pour le pronostic et l'évolution des personnes qui ont à subir ce genre d'emprunt, nécessaire à la poursuite de la vie biologique autant que de la vie psychologique.

Il n'en demeure pas moins que le travail psychique imposé aux candidats en attente de greffe ou déjà greffés est immense, et qu'il existe beaucoup de résistance, autant dans les équipes de greffe que chez les personnes greffées, à aborder cette dimension de l'expérience. Celle-ci rejoint de trop près les paradoxes qui se situent à l'origine de la vie, en ce qu'elle constitue un

accident nécessaire à l'inéluctable expression de l'instinct de mort dont est porteur tout être vivant.

La contribution d'un psychanalyste aux travaux d'une équipe de greffe demeure donc toujours réservée, car il risque de soulever des interrogations qui s'inscrivent à l'encontre des agirs obligés de la médecine, articulés essentiellement sur la poursuite coupable de la vie quels qu'en soient le coût, le sens et le prix à payer.

Nous tenterons, dans ce texte, d'élaborer certaines observations cliniques du processus de greffe et de démontrer comment le sujet greffé parvient à incorporer un greffon à l'intérieur du soi sans pour autant introjecter le donneur.

S'il ne fait pas de doute que la nature de l'objet d'emprunt est essentielle (la partie vivante d'un autre, mort, nécessaire à la poursuite de la vie), comment expliquer que sur le plan des représentations mentales, l'empreinte de cet objet emprunté soit si peu élaborée ou si partiellement représentée ? Est-ce en raison de la culpabilité liée à la transgression d'un programme de vie (ou de mort) qui se voit soudainement suspendu ou interrompu par des manœuvres extérieures et qui reprendra son cours soit à l'intérieur de l'organe greffé, soit à l'intérieur d'autres systèmes biologiques qui manifesteront tôt ou tard la présence des forces de déliaison propres à l'instinct de mort ? Ou bien cela tient-il à la nature de l'objet d'emprunt dont l'une des parties (le donneur mort) est peu ou pas représentable étant elle-même porteuse d'une partie de soi en train de mourir ?

Le sujet greffé est donc aux prises avec un objet paradoxal, vivant et mort, intérieur et extérieur, qu'il ne peut investir que partiellement et dont la réalité est toujours révélatrice d'un aspect étranger (non-moi) qui constitue une menace pour la survie biologique.

Les travaux de Winnicott sur l'espace de l'illusion et de l'objet transitionnel nous fournissent un modèle qui aide à comprendre la nature de cet objet de survie auquel le patient greffé doit se relier. Une greffe sera réussie dans

la mesure où le sujet greffé n'aura jamais eu le sentiment d'avoir été dépouillé psychologiquement de parties de soi (objet intérieur), tout en ayant remplacé des parties de son organisme biologique qu'il investira dès le départ comme des parties de lui-même.



La nature du désir qui préside à l'acte de greffe

L'annonce d'un projet de greffe confronte nécessairement le sujet malade à sa finitude et attaque tous ses dénis concernant un fantasme d'une certaine immortalité. Ce projet, si conflictuel dans sa réalité imaginaire et si compliqué dans sa réalisation, place l'individu dans le dilemme ou de s'abandonner et de mourir, ou de lutter et de survivre.

Les motifs qui militent dans le sens de la poursuite de la vie sont multiples, mais ils ont souvent comme dénominateur commun le désir d'une réparation. Cette dernière fait appel, dans l'actuel et dans le futur, au souhait d'être capable de partager avec un être aimé une intimité non ambivalente, libre de tout conflit. Cet être aimé, déplacé sur l'extérieur, est souvent la projection d'une représentation idéalisée d'une partie de soi ou de la mère archaïque.

La personne malade qui se voit ainsi confrontée à sa mort éventuelle est souvent pleine de reproches à son propre endroit. Ces reproches projetés sur l'extérieur ont pour objet la négligence témoignée à l'endroit du corps propre en raison d'une avidité trop grande pour satisfaire une vie affective souvent marquée par des carences traumatiques majeures et précoces.

L'individu qui s'engage dans un projet de greffe souhaite voir ces carences réparées, et l'intimité souhaitée avec l'être aimé constitue dans la plupart des cas le moyen et la conséquence de cette réparation.

Or, c'est là qu'on retrouve un des paradoxes de l'acte de greffe, à savoir que pour que le sujet survive, il est nécessaire qu'un autre meure pour faire sur lui l'emprunt des organes nécessaires à la poursuite de la vie. Ce désir initial

si pur d'une intimité non conflictuelle avec un autre est, dès son énonciation, menacé de contamination par le désir de la mort de cet autre nécessaire à la survie. Le désir à l'origine de l'expérience de la greffe est ambivalent dans son essence et ce n'est qu'au prix de nombreux clivages et dénis que le sujet pourra continuer d'être porteur d'un désir épuré de toute trace d'agressivité, de vengeance et de retaliation.

Le système nord-américain de don d'organes (*opting-in*) permet de soutenir ces dénis et ces clivages. Il est en effet essentiel de faire l'économie du désir de la mort d'autrui en se cramponnant à la réalité extérieure du don fait par le donneur mort pour que le candidat receveur ne se sente pas incriminé de quelque façon dans le fantasme ou dans la réalité.



*Le lieu de la première greffe ou du premier emprunt :
l'équipe transplantante*

Le processus de sélection d'un candidat à la greffe fait appel à de nombreux paramètres biologiques mesurables et identifiables. Au cours de cette évaluation quantifiable de la faisabilité organique et à l'intérieur même de celle-ci s'inscrit une transaction qualitative, constante et difficilement mesurable. Cette transaction met en jeu autant de processus transférentiels qu'il y a de participants concernés, y compris le candidat potentiel, sa famille et les membres de l'équipe greffante. Il s'agit d'un échange relationnel qui met à l'épreuve les capacités d'adoption par les membres de l'équipe greffante des besoins d'emprunt du receveur potentiel. De nombreux facteurs subjectifs y participent : agirs non dits, non formulés et non représentés vont se traduire par l'intensité relative du désir d'une équipe greffante de donner un greffon à un candidat en attente. C'est là qu'on peut situer le premier emprunt de vie. Cette capacité de porter un futur receveur, de partager ses angoisses, de désirer pour lui et avec lui le greffon nécessaire à la poursuite de sa vie est fonction du désir de chacun des participants.

L'expérience clinique a souvent démontré qu'en l'absence de cette rencontre des désirs, où s'inscrit le désir de la vie d'autrui, la greffe biologique ou bien n'avait pas lieu ou bien s'accompagnait de multiples complications qui privaient le candidat des capacités réparatrices de l'expérience de transplantation. La greffe ne peut donc être réalisée sans désir de la part du candidat ou de la part de ceux qui en sont les artisans.

Ce lieu de la première greffe fait ainsi appel à une dimension économique au sens large et fait référence nécessairement au désir de chacun de concevoir une vie et de l'incarner dans le corps de quelqu'un. Chaque fois qu'une transplantation a été tentée sans cette rencontre de désirs, l'évolution a été difficile et l'issue a été fatale à plus ou moins brève échéance. Dans chacune de ces circonstances, la question s'est posée d'identifier les agents responsables de la mort de cet enfant nouvellement conçu sans désir, coupables qui sont souvent repérés parmi de nombreux détails techniques qui jalonnent le protocole de greffe. L'échec d'une transplantation se révèle souvent une catastrophe qui ébranle la toute-puissance narcissique sous-jacente au fonctionnement d'une équipe de transplantation, qui conçoit bien la possibilité de l'échec mais qui en tolère mal l'expérience.



Les paradoxes de l'emprunt

La greffe est dans sa réalisation un emprunt biologique de vie. Elle suppose au point de départ un désir, lequel est tributaire de la rencontre du désir du candidat potentiel avec celui des membres de l'équipe de greffe. Comme si le psychique était à l'origine de la biologie incarnée.

Il s'agit métaphoriquement d'un acte de création qui va réanimer ou mettre de nouveau au monde le sujet mourant (en perte de vie). Cet acte d'emprunt nécessite pour sa réalisation trois partenaires : le candidat receveur potentiel, l'équipe greffante et le donneur mort. Si le lien entre les deux premiers partenaires peut s'élaborer et se formuler dans la réalité vivante, celui qui unit le receveur au donneur ne peut être que la projection

d'un discours imaginaire que le receveur peut prêter à ce dernier. Initialement, il s'agit d'un discours clivé, essentiellement généreux qui n'interroge pas l'ambivalence possible du donneur. Les caractéristiques de ce discours contribuent certainement à l'heureuse évolution du greffon dans les premières semaines qui suivent la transplantation et expliquent les manifestations triomphales du comportement et de l'humeur du sujet enfin greffé.

Toute personne qui vit l'expérience d'une transplantation est confrontée aux angoisses du *rejet*. Même s'il est bien contrôlé par l'immunosuppression, le rejet demeure une préoccupation constante pour le receveur, préoccupation qui a un fondement biologique mais qui est également le lieu d'expression d'une problématique intrapsychique où le sujet est renvoyé à l'origine de son existence et à son droit d'exister.

Qui rejette qui ? Comme si cette question reprenait celle de la fécondation réussie ou ratée, dont le résultat est essentiellement fonction de la compatibilité ou de l'incompatibilité de la rencontre entre deux personnes différentes.

Le rejet se manifeste cliniquement sur le plan psychologique par des comportements dépressifs et irritables. Le receveur fait alors ses premiers rêves d'angoisse teintés d'un profond sentiment de culpabilité. Les composantes du sentiment de culpabilité sont multiples, mais elles font référence à cet aspect du désir de greffe qui a été nié et clivé : la mort d'autrui pour sa propre survie.

Le sujet doit donc reprendre à son compte cette dimension de la greffe qui a été jusqu'alors évacuée. Peu de sujets greffés en sont capables sur le plan des représentations mentales, et plusieurs utilisent la voie somatique pour exprimer leur détresse et trouver auprès de l'équipe soignante une légitimation du fait d'être greffés. Ce sentiment de culpabilité, lié à la survie de soi et à la mort d'autrui, constitue l'hypothèque la plus lourde pour cet emprunt de vie. Le sujet greffé est alors placé devant le dilemme fondateur : moi ou l'autre. Et pour que ce soit moi, il faut que l'autre meure. D'où l'émergence de ce fantasme réparateur d'une intimité

partagée avec un être aimé, qui vient contrecarrer le désir violent de la mort d'autrui pour assurer sa propre survie.

C'est sans doute ici qu'il faut retracer chez le sujet greffé les premières empreintes indissociables de l'emprunt. Le sujet greffé se voit obligé à diverses représentations clivées de l'objet de son désir : un autre mort vivant pour sa propre survie.



Les manifestations de l'empreinte

La transaction tripartite qui porte sur un emprunt de vie met à contribution autant les instincts de vie que les instincts de mort des sujets greffés. Les empreintes seront donc constituées par les manifestations dérivées de ces deux catégories d'instincts intriquées l'une à l'autre et tributaires de l'histoire personnelle de chacun des sujets greffés.

Pour aborder la vie mentale et les représentations psychiques des malades greffés en perte de mentalisation, le dessin (comme chez les enfants) s'est révélé une technique à la fois simple et utile pour permettre aux sujets greffés d'illustrer leur espace intérieur, autant en ce qui touche la structure du contenant que celle des contenus. Sans qu'elle ait en soi une valeur prédictive, l'utilisation du dessin a permis d'appréhender les capacités d'élaboration mentale et d'élaborer le potentiel de représentation des traces laissées par l'expérience de l'emprunt de vie.

La méthode consiste à demander au sujet en attente de greffe de dessiner la représentation qu'il se fait de son cœur propre et du cœur souhaité. De nouveaux dessins lui sont demandés après la greffe, à différents moments préétablis ou dans certaines situations de crise comme celle d'un rejet.

Il peut être éclairant de rapporter ici quelques-unes des observations les plus fréquentes à ce sujet. Avant la greffe, le cœur propre est souvent représenté comme un organe détérioré qui a subi les contrecoups d'une vie affective difficile et négligée dont les patients se sentent responsables. Les

dessins sont souvent monochromes et peu élaborés du point de vue de la représentation graphique. Cependant, les dessins du cœur désiré sont davantage formés et plus nets.

Après la greffe, le cœur transplanté est souvent très coloré. Le cœur propre garde toujours le même type de représentation monochrome antérieur à la greffe. Il faut noter cependant que beaucoup de patients greffés hésitent ou refusent quand on leur demande de représenter le cœur propre (l'ancien cœur) six mois ou un an après la greffe ; comme si le travail psychique d'incorporation du greffon leur commandait de nier la représentation de cette partie d'eux-mêmes dont ils ont dû se déposséder. Une fois passé le premier anniversaire de la greffe, les dessins deviennent des tableaux plus élaborés, avec des scénarios dans lesquels évoluent des personnages ; comme si le greffon avait trouvé un corps et un sujet pour le prendre et le loger en permanence.

L'utilisation des dessins et des rêves a permis d'observer que les sujets greffés s'identifient très souvent ou bien aux membres de l'équipe greffante, ou bien à une certaine représentation clivée et partielle du greffon, mais très rarement aux aspects morts du donneur réel et imaginaire. Le défaut de représentation du donneur laisse croire que toute une part de l'expérience doit demeurer occultée, car cette représentation est porteuse autant de cette partie du soi déjà morte que de celle de cet autre dont la mort a été souhaitée.

Cette part non représentable de l'expérience de greffe correspond donc à ce qui de l'expérience est pris en charge par l'immunosuppression. Sans celle-ci, qui intervient pour empêcher l'organisme de rejeter ce qui est perçu comme un non-soi menaçant l'intégrité de l'organisme biologique et psychique, il en résulterait le drame du rejet et de la mort réelle.

La greffe n'est donc réussie que si les traces laissées par l'objet d'emprunt sont essentiellement des représentations narcissiques et idéalement bonnes de celui-ci. Ces représentations ont pour fonction de soutenir le sujet dans le sentiment de son intégrité et de son invulnérabilité narcissiques, en ce que, au niveau du fantasme, il n'a jamais eu à se dépouiller d'une partie

vitale de soi. Ceci peut expliquer que de nombreuses personnes greffées ont le sentiment, après un certain temps, de n'avoir jamais été greffées et que le cœur dont elles sont porteuses a toujours été le leur. Effectivement, si l'annonce du projet de greffe a mis à l'épreuve le déni de la finitude de l'expérience vivante, la réalisation de la greffe parvient à restaurer la capacité du déni essentielle à la survie.

Les traces laissées par l'objet d'emprunt soutiennent donc les représentations partielles de l'instinct de vie, les instincts de mort étant tenus à l'écart par l'immunosuppression. La représentation de l'expérience de la greffe ne peut donc être que partielle et l'expérience du deuil (deuil de soi dans le deuil d'autrui) mitigée, car il s'agit du deuil d'un objet narcissique, d'une représentation de soi vivant et immortel.



Le fantasme sous-jacent répété dans l'acte de greffe

L'expérience de la greffe constitue ainsi un échange complexe qui met à contribution autant la vie réelle et imaginaire que la mort réelle et imaginaire. Faisant appel à une collusion de désirs pour qu'elle s'incarne dans la réalité, la greffe semble être la répétition agie du désir des parents qui donne lieu à la conception de l'enfant. Envisagée de cette façon, la greffe est une réparation narcissique majeure au plan du désir de vie.

L'expérience de séparation entre le sujet greffé et l'équipe greffante a ceci de particulier qu'elle ne peut jamais avoir vraiment lieu, compte tenu de la nécessité du contrôle biologique continu de l'immunosuppression. La greffe établit ainsi un lien vivant et continu qui ne peut jamais être rompu définitivement. Il peut être relâché mais il demeure à jamais persistant. Seul le temps saura dire comment les malades greffés peuvent tolérer la perte d'une équipe de transplantation et peuvent aménager ailleurs le lien et l'attachement étant donné la nécessité de maintenir le contrôle biologique.



Le passage du temps et la réapparition du mort

Il est courant de dire que les sujets greffés vivent en sursis sur du temps emprunté. Ce sentiment est présent chez tous et fait en sorte qu'ils tendent à privilégier les expériences relationnelles immédiates, sources de plaisir et de réparation. Avec le passage du temps, l'impression de sursis s'atténue et le sujet greffé s'engage davantage dans des expériences de vie qui se projettent dans le futur. Le sujet greffé en vient à oublier peu à peu la menace initiale de la mort à venir. Néanmoins, celle-ci refait toujours surface soit au travers des complications liées aux agents immunosuppresseurs, soit au travers des situations de réalité qui lui rappellent la transgression agie dans l'expérience de greffe.

À titre d'exemple, voici l'histoire d'un homme greffé dont l'évolution après la greffe s'était avérée heureuse et positive. Le hasard (?) a voulu que la famille du donneur habite la même localité que celle du receveur. La mère du donneur prend donc contact avec le receveur, lui parle de son fils décédé, lui donne une photo de celui-ci, l'invite à assister aux messes anniversaires. Très rapidement, l'état du receveur se détériore. Surviennent de multiples hospitalisations consécutives. On envisage une seconde greffe, car le patient présente des phénomènes de rejet non contrôlables. Le patient est hésitant. Il ne sait pas s'il a droit à une seconde chance. Il est habité par un profond sentiment de culpabilité à l'endroit du donneur. Culpabilité difficilement élaborable. Il est partagé entre soi et lui (le donneur). Le dilemme est que le donneur et le receveur constituent désormais une seule entité, puisque le receveur est porteur autant du cœur que de l'histoire du donneur. Il lui est impossible d'avoir un destin autre que celui du donneur dont il connaît maintenant l'origine. L'expérience de greffe n'a donc pu se poursuivre et le receveur est décédé dans un contexte de rejet massif (rejet traumatique de la réalité mortifère d'autrui).

Cette vignette clinique illustre combien l'objet d'emprunt peut être néfaste lorsqu'il est saisi dans la dimension liée à sa réalité, compte tenu du fait qu'il commande alors une identification massive à l'aspect de non-existence du donneur et qu'il interdit au receveur un destin différent.



La greffe, une situation transitionnelle ou transitoire ?

Dans ses travaux sur la vie mentale des jeunes enfants, Winnicott, à la suite de Melanie Klein, nous a conduits à concevoir, en plus d'un objet interne et d'un objet externe, un autre objet qui se situe dans l'espace de l'illusion : l'objet transitionnel.

Le greffon, dans sa réalité biologique et comme support de la réanimation de la réalité psychologique, peut en apparence revêtir cette qualité d'objet transitionnel qui permet la projection des objets internes défaillants à l'intérieur d'une expérience réelle comme celle du processus de greffe. Toutefois, à la différence de l'objet transitionnel qui est délaissé progressivement au cours du processus de développement, le greffon ne pourra jamais être cédé ni faire l'objet d'un deuil. Le greffon conserve donc le statut d'objet externe (non-soi) et le travail psychologique a comme objectif de réduire la qualité dangereuse de cet objet externe qui constitue pour le sujet greffé une menace constante tant sur le plan psychologique que biologique. Les représentations idéalisées et bonnes du greffon sont autant de tentatives pour résoudre cette impasse narcissique. Cependant les nécessités de l'immunosuppression sont autant de rappels du statut étranger du greffon et autant de désillusions du désir du sujet greffé de considérer le greffon comme une partie authentique du soi.

La restauration du déni dans l'expérience de greffe permet au sujet greffé de soutenir l'illusion partielle de cette qualité du greffon mais elle ne parvient pas à réduire le désir ambivalent qui était à l'origine de la greffe. Le greffon, en tant qu'objet d'emprunt conflictuel mais aussi en tant que faux emprunt (puisque'il n'est jamais rendu), conserve toujours son potentiel de rejet à cause de sa nature étrangère et est à l'origine de sentiments inconscients de culpabilité en ce qui a trait aux motifs et aux modes d'emprunt. Il est possible alors d'imaginer pourquoi le greffon ne peut être que partiellement représenté et pourquoi, en dépit des tentatives de réparation par des identifications partielles aux qualités bonnes du

donneur et de l'équipe de greffe, il ne peut jamais acquérir complètement un statut d'objet intérieur vivant non ambivalent.

La transplantation d'organes est donc une expérience qui se situe à l'interface de la biologie et de la psychologie. Pour qu'elle soit imaginée, il faut que le sujet se trouve dans une impasse biologique ; pour qu'elle se réalise, il faut qu'elle soit désirée ; pour qu'elle se maintienne, il est nécessaire qu'elle soit représentée ; pour qu'elle se représente, il est nécessaire qu'elle soit clivée. Le greffon est un soutien réel de la vie biologique. L'expérience de la greffe lui donne un sens et réanime les objets intérieurs défaillants. Sa qualité d'objet réel extérieur nécessaire à la survie ne pouvant jamais être reniée, le greffon est ainsi privé d'une qualité d'objet transitionnel et conserve un statut d'objet étranger, extérieur et transitoire.



BIBLIOGRAPHIE

Meltzer, D., « Les concepts d'identification projective (Klein) et de contenant-contenu (Bion) », *Revue française de psychanalyse*, 1984, XLVIII, n° 2, p. 541 à 550.

—, « La distinction entre les concepts d'identification projective (Klein) et de contenant-contenu (Bion) », *Revue française de psychanalyse*, 1984, XLVIII, n° 2, p. 551 à 570.

Winnicott, D.W., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.

—, *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1971.