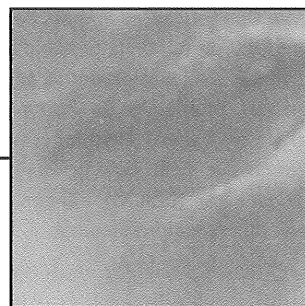


## De la parole jaillit la lumière...

Géraldine LEFEBVRE - Rouen



### LA PAROLE DU SOIGNÉ

*Le cas de Ludovic : effet du traumatisme sur la parole chez le patient dialysé*

Ludovic est un jeune homme de 30 ans, d'allure plutôt frêle. Les soignants le décrivent comme quelqu'un de très anxieux. Je remarque en effet une certaine nervosité chez lui, visibles à quelques tics, et surtout à son débit verbal quelque peu saccadé.

#### Premier temps du suivi

Notre premier entretien, qui a eu lieu à la demande de Ludovic intervient en novembre 2002. Il a 28 ans et souffre d'insuffisance rénale depuis trois ans. Il est en dialyse péritonéale et semble avoir bien intégré la maladie et son traitement dans sa vie. Il dit qu'au début, il ne voulait plus parler à personne, pas même à sa compagne. Cette phase de repli sur soi qu'il décrit laisse à penser que Ludovic a connu un passage dépressif sans doute dû au choc de l'annonce de la maladie et de la mise en dialyse. Il dit avoir eu trop de choses à assimiler "d'un coup", et que c'était comme s'il avait reçu un "coup de marteau sur la tête". On voit ici d'emblée l'effet du "trop-matisme" qui a complètement entravé l'élaboration mentale, amenant alors à une impossibilité de mettre des mots sur les choses.

A l'époque des premiers symptômes, il est entraîneur d'une équipe de football composée d'enfants :

*"J'avais des crampes, je croyais que j'avais trop forcé au foot, le médecin traitant m'a fait faire des analyses et puis il m'a envoyé voir un néphrologue, un homme très grand, très impressionnant, le me rappellerai toujours, qui m'a dit que mes reins ne fonctionnaient plus et qu'il fallait me greffer, ça a fait trop de choses d'un coup" répète-t-il. "En plus ils m'ont gardé et j'ai dû passer un tas d'exams".*

L'annonce de l'insuffisance rénale a donc immédiatement précédé l'hospitalisation, et peu de jours plus tard, la mise en dialyse, ce qui majore de beaucoup le caractère traumatisant de l'annonce, car la personne n'a pas ré-

...ir d'élaborer psychiquement ce cathéter nécessaire à la dialyse dit avoir été "choqué d'avoir ça

sur le ventre" et lorsque je lui demande de m'en dire un peu plus sur ce qu'il a ressenti, il ne semble pas capable d'élaborer davantage sur ce sujet. Cette quasi absence de mots dénote là encore le choc et ses effets néfastes sur les possibilités d'expression. On voit alors à quel point le traumatisme court-circuite la parole.

A la fin du premier entretien, il déclare : "quelque chose n'est pas revenu comme avant... il y a un petit quelque chose qui..." Ludovic semble chercher ses mots alors que c'est un jeune homme visiblement très volubile. Il n'arrive pas à trouver les mots pour dire ce qui a changé chez lui ou dans sa vie.

#### Second temps du suivi

Lors de notre second entretien, en janvier 2003, il se remet à peine d'un coma lié à une sévère poussée de tension artérielle. On a dû lui créer une fistule afin de poursuivre la dialyse par hémodialyse puisque la dialyse péritonéale n'était plus possible dans ces conditions. Je le reçois cette fois à la demande des soignants, mais également à sa propre demande. Comme lors de notre précédent entretien, il insiste sur le fait que les gens qui ne sont pas malades ne peuvent pas le comprendre, et il ne veut surtout pas s'entendre dire que "ça va aller". Il semble s'agir ici d'un refus de la parole de l'autre.

Ludovic est en hémodialyse depuis environ un mois lorsqu'il fait une importante chute de tension au bout de trois heures de dialyse. Lorsque j'arrive dans la salle, il est livide et semble être en état de choc car il ne parle pas, ne répond pas aux questions qu'on lui pose, et ne réagit à aucune des paroles rassurantes que tous lui prodiguent. En revanche, il est hyper-vigilant à tout ce qui est fait autour de la machine ou des aiguilles. Il est décidé d'interrompre la séance.

Lorsque je le revois deux semaines plus tard, il paraît aller mieux mais exprime beaucoup d'inquiétudes vis à vis de sa machine de dialyse. Il semble reporter toutes ses angoisses sur celle-ci ainsi que sur la fistule : "tout va bien tant que ça ne concerne pas ma fistule". Il évoque en outre sa peur de "rechuter", ce qui apparaît comme une angoisse de mort. Dans le même temps, son sommeil est très agité, il dit se réveiller chaque nuit à plusieurs reprises mais parvient à se rendormir.

#### Troisième temps

Au cours de l'été 2003, Ludovic a été appelé pour une greffe. L'attente a duré 24 heures entre le moment de l'appel téléphonique et le moment où on est venu le chercher pour aller au bloc opératoire. Mais finalement, la greffe n'a pas eu lieu.

Puis en septembre, une patiente de la même série que Ludovic a fait un arrêt cardiaque mais elle a pu être réanimée. Cet incident a aussitôt provoqué chez Ludovic une forte crise d'angoisse. Comme lors de sa chute de tension quelques mois plus tôt, il peut à peine parler ou réagir à ce que je lui dis. Quelques instants plus tard, il se montre irrité, a des crampes, et peste contre son poids sec mal ajusté selon lui... la colère transparait, mais on peut supposer que cette colère ne fait que masquer une angoisse de mort bien réelle mais latente et qui ne peut, sur le moment être exprimée en tant que telle.

Ludovic reviendra me voir régulièrement dans les semaines suivantes pour parler de la transplantation manquée, ainsi que de ses angoisses vis-à-vis de la dialyse. Ensemble, et grâce à un important travail d'élaboration de sa part, il parviendra à exprimer que, ce qu'il craint le plus, qu'il s'agisse d'une séance de dialyse ou d'une transplantation, c'est de mourir : mourir en dialyse, mourir sur la table d'opération...

En réalité il convient de souligner que tout patient insuffisant rénal, dialysé ou non, en attente de greffe ou non, éprouve consciemment ou inconsciemment des angoisses de mort. Habituellement, ces dernières sont "refoulées", ce qui permet au patient de ne pas être en quelque sorte "submergé" et de pouvoir continuer à se rendre en dialyse trois fois par semaine. Or, dans le cas de Ludovic, les angoisses de mort n'étant pas suffisamment refoulées dans l'inconscient, on pouvait constater une très grande nervosité plus particulièrement avant la dialyse et au moment du branchement. Dès l'instant où Ludovic a pu mettre des mots sur ses angoisses, celles-ci ont pu s'atténuer, et globalement, les séances ont été psychiquement mieux supportées, par lui comme par l'équipe soignante...

Il convient de rappeler combien il est difficile

pour une infirmière de ponctionner un patient anxieux, du fait de la possible transmission de cette nervosité du patient au soignant. C'est là un des problèmes de l'approche psychologique de l'abord vasculaire, avec toute l'angoisse que peut générer ce geste particulier qu'est la ponction. Or, l'angoisse est source de non dits et réciproquement.

En conclusion, le cas de Ludovic illustre les effets bénéfiques de la parole sur l'état psychique du patient. En outre, cela montre l'impacte traumatique de l'annonce de la maladie rénale. Ludovic a probablement connu un épisode dépressif consécutif à cette annonce. Comme dans tout traumatisme, il y a un avant et un après : ce qui n'échappe pas à Ludovic lorsqu'il dit que "quelque chose n'est pas revenu comme avant".

Par définition, le traumatisme est un événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, par l'incapacité où il se trouve d'y répondre adéquatement, par le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il entraîne dans l'organisation psychique. Qui plus est, l'une des principales caractéristiques du traumatisme est de confronter le sujet, d'une façon ou d'une autre, à la perspective de sa propre mort.

C'est donc un débordement, un afflux de tension excessif relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité à maîtriser et élaborer psychiquement cette tension. C'est pour cette raison que l'annonce de la maladie rénale et de la mise en dialyse n'aura pas le même impact d'une personne à l'autre car nous n'avons pas tous les mêmes capacités d'élaboration psychique.

La démarche, tant du psychologue que du soignant confronté à ce type de situation consiste ici à aider le patient à mettre des mots sur les choses, les situations, qu'elles soient passées, présentes ou à venir.

La capacité du sujet à surmonter ses angoisses sera augmentée si l'on peut donner un sens à ce qui est arrivé, expliquer ce qu'on lui fait ou ce qu'on va lui faire. Dans la mesure où le non dit représente un vide de représentation pour le psychisme du patient, c'est l'angoisse qui vient remplir ce vide.

Si une souffrance, qu'elle soit physique ou psychique, paraît avoir un sens, alors on accepte mieux la détresse qu'elle entraîne. Selon Marie Andrée LINTEAU, psychologue, "Seule la mort est absolue, irréversible, définitive ; c'est pourquoi elle suscite une angoisse qui dépasse de beaucoup toutes les autres formes d'angoisse". Chaque nouvelle séance confronte le patient dialysé à sa maladie, et donc à sa mortalité potentielle.

Le traitement fait ici autant symptôme que la maladie. C'est pourquoi le patient dialysé est si exposé à vivre ce type d'émotion.

ses qui va permettre au patient  
événements catastrophiques et  
e, c'est d'avoir le sentiment que  
intéresse à lui" cette citation de

Bruno BETTLEHEIM décrit bien l'importance de la sécurité intérieure, de ce sentiment que l'on compte vraiment pour quelqu'un, et par extension de l'importance du réseau social, proches et soignants, lorsque survient une crise ou un événement catastrophique.

## PAROLE DU SOIGNÉ VS PAROLE DU SOIGNANT

*Le cas de Monsieur A. : "Quand la parole du soigné blesse le soignant".*

Monsieur A. a 78 ans. Il est en hémodialyse depuis quatre ans. C'est un homme svelte, de taille moyenne, qui semble prendre grand soin de son apparence physique. De fait, il paraît beaucoup plus jeune que son âge. Il est perçu comme quelqu'un de dynamique et il vit en effet une retraite très active, assumant de nombreuses responsabilités associatives. Ce qui explique qu'il dialyse le plus souvent en soirée. En outre, nous savons par Monsieur A. lui-même que son épouse a récemment été opérée d'un cancer du sein.

### Le conflit

Je suis appelée par l'infirmière à propos de Monsieur A. qui se trouve être en conflit avec cette dernière, et qui doit le dialyser ce soir là. Je connais déjà un peu Monsieur A. pour l'avoir rencontré plusieurs fois au cours de ses séances, mais il n'a jamais fait la demande de venir me voir individuellement.

Monsieur A. a quitté la salle de dialyse avant même d'être branché et a arraché son cahier de dialyse des mains de l'infirmière en le jetant brutalement à terre, signifiant ainsi son refus de signer ledit cahier. L'origine du conflit réside apparemment dans le refus de l'infirmière de brancher Monsieur A. le premier. Il convient de souligner que ce n'est pas la première fois que ce patient sollicite d'être branché avant les autres. Monsieur A. a en effet pour habitude d'arriver une heure en avance afin d'être branché le plus tôt possible. A la suite des problèmes posés par cette "habitude", il avait été décidé que les patients qui dialysaient le moins longtemps seraient branchés après ceux qui dialysaient le plus longtemps.

Or, Monsieur A. a refusé d'accepter cette décision. Voyant que l'autre patient déjà arrivé était branché avant lui, il a commencé à tenir des propos insultants envers l'infirmière, la traitant de "mesquine" à plusieurs reprises, puis a quitté l'antenne.

### Entretien avec le patient

Après avoir écouté le récit de l'infirmière, je vais donc m'entretenir avec Monsieur A., lequel semble toujours très en colère. L'un des éléments qui retiennent le plus mon attention dans ses propos est que selon lui, les infirmières ne sont pas suffisamment présentes ni attentives aux patients. Celles-ci ne penseraient qu'à le "brancher" puis à "discuter avec leurs collègues". J'en viens donc à supposer que ses griefs à propos de ce qu'il appelle

"l'incompétence" des infirmières masquent sans doute un certain sentiment d'abandon et donc une demande affective du patient envers le soignant, comme lorsque, au sein d'une fratrie, des enfants entrent en rivalité, en conflit, pour monopoliser l'attention parentale. A travers cette agressivité envers les soignants, se cache donc peut-être une demande de réconfort et d'attention.

Au cours de notre discussion, il me fait également part de son sentiment de frustration dû au fait de savoir qu'il ne pourra sans doute jamais être greffé. Ce thème reviendra d'ailleurs quasiment à chaque discussion que nous avons eue ensemble au cours de ses dialyses. Rappelons que Monsieur A. est âgé de 78 ans, et que, bien que son état de santé général soit très satisfaisant, certains de ses antécédents médicaux font que la transplantation est contre-indiquée.

Son discours n'est qu'une longue liste d'arguments pouvant justifier son désir d'être branché le premier : notamment pense-t-il que le privilège de l'âge devrait lui donner le droit d'être branché avant les autres patients, qui sont en effet tous plus jeunes que lui. Peut-être faut-il voir dans cet argument une sorte de demande de "compensation" par rapport à son âge, lequel constitue justement un des freins à la transplantation rénale ?

Il cite également les problèmes de santé de son épouse, allant même jusqu'à interpellier l'infirmière en lui souhaitant textuellement qu'elle ait un cancer elle aussi.

Plus globalement, il exprime de façon tout à fait explicite son "ras-le-bol" de la dialyse, au point qu'il menace de ne plus venir en dialyse. Il se dit même prêt à signer une "décharge" pour ne plus dialyser.

### Ce que l'on peut en déduire

En conclusion, ce cas montre un des écueils de la relation soignant-soigné dans la mesure où l'état psychique du patient peut potentiellement perturber sa relation avec la personne qui le soigne. En effet, l'agressivité verbale du patient peut révéler, de façon déguisée, un sentiment de révolte contre le traitement, et sans que celui-ci ne puisse l'exprimer autrement que par le biais d'insultes, de reproches, d'agressivité, ou d'un refus pur et simple de la dialyse.

L'agressivité manifestée par ce patient vient probablement du fait que, inconsciemment, le temps que lui prend la dialyse est vécu comme une injustice, au même titre que la maladie elle-même. S'en prendre aux soignants reviendrait à exprimer son sentiment d'être agressé par la situation de dialyse.

L'on voit aussi comment la parole du soigné envers le soignant peut être mal vécue par ce dernier.

Dans ce type de situation, il est alors primordial de faire intervenir un tiers, tel que le psychologue ou toute autre personne qui soit en position de neutralité par rapport au conflit,

afin que chacun puisse exprimer son ressenti, sa colère, ses frustrations etc...

Concernant plus particulièrement le soignant, il importe de prendre le maximum de recul en gardant à l'esprit que, quelle que soit la teneur du discours du patient, ce discours ne s'adresse que très rarement à la personne elle-même mais fait plutôt figure d'appel à l'aide. Les patients qui demandent à être branchés toujours en premier, qui se plaignent du soignant manquant de rapidité ou de compétence des infirmières, sont ceux qui acceptent certainement le moins bien la dialyse, voire la

maladie elle-même. En étant branchés en premier, ils ont sans doute l'impression de gagner du temps, alors qu'au contraire, ils en perdent en arrivant trop tôt... Derrière le comportement se cache donc généralement un problème de mauvaise acceptation de la maladie et de son traitement.

Témoigner d'une écoute au patient est ce qui lui permet le plus de retrouver un certain plaisir "d'être avec", de retrouver également une meilleure image de lui, et par là-même, de faire diminuer la dépression, l'angoisse, le sentiment de dépendance.

## RÉFÉRENCES

BETTLEHEIM Bruno. Survivre – Editions Robert Laffont, Paris 1979

**Site internet :**

[http://www.socp.umontreal.ca/vies\\_a\\_vies/v10n4-2.html](http://www.socp.umontreal.ca/vies_a_vies/v10n4-2.html)

Géraldine LEFEBVRE  
Psychologue Clinicienne  
ANIDER  
61, Bd Charles de Gaulle  
76143 Petit Quevilly - Rouen