

La parole et le malade.

Sylvie Pucheu

Colloque organisé par l'Association « Pratiques, Psychanalyse et Culture »

27 Novembre 2015, Caen, Musée des Beaux-Arts

Vaste sujet qui peut être pris sous différents angles car beaucoup de paroles circulent autour du malade à l'hôpital. Il s'agit ici pour moi, si j'ai bien compris, de vous transmettre la parole du malade à travers ce que la psychologue clinicienne d'orientation psychanalytique que je suis peut en entendre et le rapporter à d'autres professionnels de santé psy et non psy. Qu'en est-t-il de la spécificité de notre écoute par rapport à ceux avec qui nous travaillons, le malade étant au centre du dispositif de soins.

« Voilà, c'est un cancer, pourquoi moi ? , tout allait bien, un mari, des enfants, un travail qui m'intéresse ; j'ai eu la respiration coupée quand mon médecin me l'a annoncé ; jusque-là, je tenais le coup ; j'ai peur, j'ai une grande trouille même si on m'a dit que ça se guérit ; j'essaie d'extérioriser, ça m'a fait vieillir d'un coup ; dans ma tête, j'avais 30 ans ; pour moi, je ne pouvais pas être malade. » Telles sont les paroles d'une patiente de 53 ans lors de sa première consultation avec la psychologue à la suite de l'annonce d'un cancer de la thyroïde de bon pronostic, paroles souvent entendues dans ce contexte d'annonce, sous différentes formes.

Etre psychologue clinicienne d'orientation analytique, c'est s'appuyer sur un modèle qui permet d'appréhender et d'éclairer trois niveaux de la pratique à l'hôpital:

Premier point : Le vécu du patient face à un événement de vie telle que la maladie, ses relations avec ceux qui l'entourent, aussi bien ses proches que les soignants, à l'hôpital en l'occurrence. En effet, Freud et ses successeurs nous ont enseigné une méthode d'écoute spécifique et une théorie interprétative de la réalité psychique qui nous aide à penser les situations cliniques.

Deuxième point : La relation soignant/soigné dans ses aspects inconscients auquel s'ajoute l'analyse des enjeux institutionnels. Les groupes de parole en sont une modalité. C'est l'objet de mon article présenté demain.

Troisième point : C'est aussi une grille de lecture spécifique des liens psyché-soma dont il existe différentes théories du point de vue de la recherche mais ceci ne sera pas l'objet de cet exposé sinon un petit peu à travers le cas qui sera présenté.

Quand on parle de parole du malade à l'hôpital, on doit aussi situer le cadre institutionnel du psychologue clinicien qui va influencer son positionnement dans l'écoute, pouvant aller de l'entretien ponctuel à une psychothérapie proprement dite, en passant par des « suivis de soutien » de quelques entretiens durant une hospitalisation. C'est aussi la question de ce qui est attendu de lui par l'institution et le service où il intervient. J'ai choisi de vous illustrer mon propos avec le cas d'un patient hospitalisé, le patient se vivant là plus qu'ailleurs, comme « malade », ainsi que l'indique le titre de l'intervention qui m'a été proposé.

Pour ma part, je travaille à temps plein dans une **unité fonctionnelle de psychologie et de psychiatrie de liaison**, occasion pour moi de travailler sur les années avec différentes pathologies chroniques ou conditions chroniques comme les greffes d'organes, le diabète, l'insuffisance rénale chronique, et auparavant les cancers. Je pourrais revenir sur notre mode de fonctionnement et ai transmis des références pour ceux que cela intéresse. Enfin, ce type de structure nous conduit à travailler en collaboration avec les psychiatres et nos interventions se conjuguent parfois mais pas toujours notamment lorsque l'état du patient nécessite un traitement psychotrope.

Pour tenter de montrer en quoi notre travail cherche à favoriser les liens ou à établir des liaisons afin que circule au mieux la parole, je vais essayer de montrer que **notre position de « tiers », ni "tout à fait dedans et ni tout à fait dehors", est le socle sur lequel s'appuie nos interventions dans un service de soins somatiques.**

Ces liens ou liaisons concernent différents niveaux de parole :

- Concernant le sujet de cette intervention, nous nous centrerons donc sur ce qu'on peut appeler les **liaisons « intrapsychiques » possibles du patient et/ou de son proche**, depuis le contenu manifeste de sa parole jusqu'à son contenu latent, l'analyse du transfert et du contre-transfert dans la relation psychothérapeutique ou plus largement de soin psychique.

Montrer que ce travail passe aussi par les **« liaisons intrapsychiques » du psychologue** clinicien d'orientation psychanalytique, nécessaires pour prendre du

recul sur le vécu de « l'ici et maintenant » de la parole entendue et vécue, pouvoir élaborer son expérience singulière grâce à un cadre théorique, celui de la psychanalyse et qui donne à son écoute un positionnement spécifique au sein de l'institution. Cependant, nous sommes loin d'une pratique standard de la cure-type non praticable à l'hôpital. Didier Anzieu qui a théorisé sur les rapports de la psychanalyse avec la psychologie clinique est l'auteur qui m'aide toujours à penser ma clinique. Quelle que soit le lieu et le cadre, il s'agit d'être à l'écoute de l'Inconscient qui surgit...

Pour le psy, il existe différents moyens d'élaborer sa pratique, de faire des « liaisons » comme dans l'instauration de recherches, la supervision, la rédaction d'articles ou d'exposés obligeant à rendre compte de manière théorico-clinique de sa pratique.

Après cette introduction générale, je reviens donc au vécu particulier du patient sévèrement atteint dans son corps et de ce qu'il peut avoir à en dire ou non. En effet, on constate, au delà du vécu singulier de chaque patient, des **phénomènes ou processus psychiques généraux que tout patient va rencontrer dans la situation de maladie grave** et qu'il sera ou non capable de verbaliser, puis ensuite exprimer ou non, une demande de parole face à ce vécu, qui plus est au psychologue.

La situation d'une annonce de maladie grave, du fait d'« être malade » et donc l'obligation soudaine de vivre une dépendance spécifique aux soignants du corps, entraîne une série de réactions psychiques, lesquelles peuvent même se poursuivre ensuite toute la vie restante dans le cadre de maladies chroniques. Ces processus sont éclairés par les concepts psychanalytiques. La confrontation avec une maladie grave ou chronique réactive chez chacun des vécus fondamentaux humains en dehors de toute psychopathologie, à savoir, les angoisses de perte, de séparation, de mort telles que les révèlent ces paroles d'une patiente citées en introduction.

Chaque maladie grave à ses spécificités avec plus ou moins de phases aiguës (hospitalisations, etc...) et/ou de phases tranquilles (situations de consultation de surveillance). La parole du patient va s'exprimer aussi en fonction de ses mécanismes de défense vis à vis de la maladie dans ces différentes phases : annonce du diagnostic , vécu au long cours d'une maladie chronique, aggravation d'une maladie , complications ou

rechutes etc., et même guérison car elle n'est pas toujours synonyme de bien-être psychique retrouvé.

Dans les phases aiguës, le sentiment de faiblesse est accru notamment en hospitalisation, l'estime de soi est mise à mal. Il y a atteinte potentielle à l'image idéale de soi en termes de manque, défaut, diminution, qui convoque la solidité du narcissisme. Celui-ci est mis à l'épreuve ainsi que la qualité des liens intersubjectifs sur lesquels le patient peut s'appuyer.

Les conséquences possibles de cette atteinte narcissique sont:

-les **manifestations dépressives** souvent inévitables au moins réactionnelles, parfois masquées sous la forme de nombreuses plaintes somatiques

-la **régression** avec une réduction des intérêts = la libido est retournée sur soi ce qui favorise l'émergence de conflits infantiles et parfois de comportements infantiles à l'égard de l'entourage comme l'égoïsme, l'exigence de soins et de maternage. Ce phénomène de dépendance accrue à l'égard de l'entourage familial, transféré parfois aussi sur les soignants favorise lui, un mode de pensée magique, entre idéalisation et projection agressive du fait d'avoir à subir ou bénéficier, selon le cas, de soins. En revanche, il peut être plus difficile pour certains patients de refuser de régresser, souvent par peur ou angoisse qu'il nous faut interpréter. Les aspects positifs de la régression sont le fait de se ressourcer, d'accepter l'aide d'autrui, de se protéger de la dépression. Les aspects plus difficiles étant les pièges de la dépendance et une trop grande source de bénéfices secondaires qui empêche le retour du sujet dans la vie dite « normale ». Le risque ici est que les proches comme les soignants finissent par ne plus supporter cette passivité et rejeter le malade sous la forme d'agressivité passive, voire active, ou l'abandonner à sa conduite régressive, les comportements prenant la forme de ce qu'on appelle aujourd'hui la maltraitance.

Dans cette situation de maladie somatique grave, d'autres mécanismes de défense sont fréquents :

-Le **déni** vis à vis de la gravité de la maladie qui peut être protecteur ou pathologique en fonction du degré d'intensité. Plus l'angoisse sous-jacente est intense, plus le déni peut être majeur avec le risque de fuite ou de non adhésion au traitement. Il sera protecteur s'il permet au sujet de mieux vivre sa maladie tout en acceptant les contraintes qui

découlent de celles-ci en en percevant le bénéfice à plus long terme. Cette juste mesure est très importante dans une maladie chronique au long cours.

-les **réactions de persécution** : le patient voit en ses soignants la responsabilité de son mal-être. Il perçoit tous les défauts, les failles du système qui viennent conforter son sentiment de ne pas être compris dans son vécu et sa douleur.

-L'**isolation ou maîtrise de soi**, avec une absence d'affects apparente où le patient semble ne pas être touché émotionnellement par sa maladie voire, capable de parler d'elle « scientifiquement » comme s'il s'agissait d'une autre personne

Parfois la maladie permet une redistribution de l'énergie avec des **bénéfices primaires** et une réévaluation positive de l'existence qui nécessitera ou non l'aide du psychologue, notamment si ce changement implique des remaniements psychiques très importants.

Dans ces temps ou phases différents d'une maladie, l'écoute psychanalytique du psychologue à la fois « dedans et dehors », tente de conjuguer différents niveaux qui se superposent et qui ne peuvent être exclus selon moi dans cette pratique:

-la **réalité institutionnelle** où le patient est au centre d'une dynamique inter-disciplinaire et inter-relationnelle. « Inter » pour souligner cette dynamique relationnelle entre différents intervenants autour du malade plutôt que « multi » ou « pluri » disciplinaire qui garde un côté descriptif.

-la **réalité somatique**, la gravité de la maladie et la réalité du traitement qui l'accompagne selon la pathologie

-La **réalité psychique** : au delà du contenu manifeste de la parole du patient, le psychologue tente de saisir le contenu latent plus ou moins prégnant selon les situations cliniques rencontrées. En d'autres termes, il s'agit d'évaluer la demande de parole du patient à l'égard du psychologue et lui offrir un cadre d'écoute adapté à celle-ci.

Entre ces trois réalités donc qui se superposent, le psychologue est amené à se questionner régulièrement sur différents points à propos de « chaque » patient :

- Où en est ce patient dans le vécu de sa maladie grave ou chronique ?
- Quelle est la réalité somatique et notamment par rapport à la notion d'incertitude et de pronostic, c'est-à-dire comment offrir un espace d'élaboration psychique qui autorise les liens avec le passé éventuellement, tout en préservant les mécanismes de défense du sujet face à l'angoisse de mort ou l'angoisse de perte, mécanismes de défense nécessaires au moins pour un temps à son équilibre psychique?
- Qu'est-ce qui différencie l'accompagnement psychologique spécifique du psychologue par rapport à celui des autres soignants qui l'entourent et qui doivent intégrer aussi dans leur fonction soignante la dimension d'accompagnement psychologique ?
- Comment préserver la confidentialité des paroles que nous confient les patients tout en préservant aussi le travail inter-disciplinaire notamment quand le suivi psychologique a lieu lors des hospitalisations? L'important en effet, me semble-t-il, est de soutenir aussi une relation soignant/soigné optimale pour le bénéfice du patient. C'est toute la notion du « secret partagé » bien complexe et qui oppose souvent les psys entres eux.

Dans un service où le corps est au cœur de la relation soignant/soigné, la position du psychologue est encore « dedans et dehors ».

- « **Dedans** » car il me difficile de ne rien savoir, voire d'ignorer ce qu'est la réalité de la maladie du patient, de son traitement comme l'ont soutenu, à une époque ou peut-être encore, certains psychanalystes, privilégiant l'écoute du fantasme et de la subjectivité comme entité à part du corps souffrant. Ce que vit le patient dans son corps, cette réalité somatique faite de souffrances physiques ne peut pas pour moi être évitée mais doit être dépassée.
- « **Dehors** », ne pas en rester à la parole factuelle, au récit de la maladie, de ses conséquences mais les recentrer ou du moins s'interroger ce qu'il en est de la subjectivité du patient dans ce récit, dans la manière dont il utilise la parole pour dire quelque chose de lui. Sinon, en quoi l'écoute du psychologue clinicien est-elle

spécifique ? Les différents types de formations universitaires actuelles qui amènent à exercer comme psychologue au sein des hôpitaux peuvent générer chez nos interlocuteurs de la brouille : le psychologue écoute mais qu'écoute-t-il exactement en fonction de sa formation initiale ?

Le cas de Monsieur D

Après un passage en réanimation, Mr D âgé de 48 ans est hospitalisé en néphrologie pour une insuffisance rénale qui se révèle terminale et donc nécessitant un traitement de suppléance par dialyse. Il a également des séquelles neurologiques dont les effets disparaîtront au cours de l'hospitalisation. Un traitement anti- hypertenseur important sera mis en place, la tension élevée semblant être à l'origine de tous ses troubles. HTA sévère apparemment insuffisamment traitée et évoluant sans doute depuis un certain temps.

Mr D sera hospitalisé pendant 7 semaines dans le service au cours desquels je le rencontrerai 6 fois à raison de $\frac{3}{4}$ H par entretien, 2 fois la première semaine puis 1 fois les semaines suivantes. Il a d'abord été pris en charge par l'interne en psychiatrie pour évaluation thymique et diagnostic différentiel ayant par ailleurs des troubles neurologiques. Il est en demande de parler de ses problèmes familiaux et c'est pourquoi, l'interne lui parle de ma présence dans le service et me l'adresse.

Mr D « m'attend », dit-il. Il semble ne pas tenir en place sur son lit, ne trouve pas de position agréable. Il est très tendu : « Il va falloir qu'on se voit plus » ajoute-t-il pratiquement avant d'avoir commencé l'entretien. La demande de parole est bien là.

Mr D ne parle pas de ce qui l'amène dans un service de néphrologie ni de la gravité de son état et des conséquences qui en découlent sur sa vie future comme c'est souvent le cas. Je ne lui en parle pas non plus et le laisse parler de ce qui le préoccupe. Il veut parler de ses problèmes de couple (je renvoie à mon chapitre du livre sur les psychothérapies car ce cas en est exemplaire). Ses problèmes de couple auraient commencé depuis plus d'un an. Mr D cherche une alliée manifestement à sa cause, quelqu'un qui comprenne ce qu'il vit depuis plusieurs mois. : « Ma femme me dit toujours que c'est à cause de moi si cela ne va pas, que c'est moi qui dois me faire soigner » (larmes aux yeux). Il se sent profondément incompris, rejeté. Ce rejet

déteindrait sur ses 4 enfants, âgés de 22, 20, 15 et 9 ans. Sa seule fille est la cadette de 20 ans. Ces derniers ne sont pas venus le voir depuis les 15 jours d'hospitalisation, les plus jeunes dépendant de leur mère pour cela. L'aîné fait ses études en Province et « ça va avec lui, il n'y a pas de problème » dit-il. Il est convaincu que sa femme monte ses enfants contre lui. Il est surtout perturbé par le silence de sa cadette de 20 ans qui n'a ni téléphoné, ni visité son père.

Mr D m'explique que ses difficultés de couple auraient commencé quand il a décidé, il y a plus d'un an de moins s'investir dans l'association de scouts dans laquelle ils étaient très engagés avec son épouse, activité qui leur prenait tous les WE. Cet engagement repose sur une pratique religieuse très investie aussi qui est une donnée importante de leur vie de couple. En effet, ils se sont connus très jeunes dans cette activité. Mr commente : « On était très jeunes et idéalistes, on avait envie de s'engager ».

Cet engagement n'a pas cessé avec la naissance de leurs enfants, voire s'est développé de plus en plus, son épouse prenant des responsabilités importantes au sein de l'association au niveau national et étant très reconnue pour cela dans ce monde. La vie de couple et de la famille est devenue totalement liée à cette activité tous les WE et même plus, au vu des responsabilités de son épouse.

Il y a plusieurs mois, Mr D aurait dit « Stop », essayé de sensibiliser son épouse sur cette évolution de leur vie maritale mais celle-ci l'aurait très mal pris, ne supportant pas ce désintérêt de son époux qui décide à ce moment-là de faire autre chose de ses WE, notamment en restant chez lui auprès de ses enfants. Pour Mr D, son épouse est par ailleurs une « bonne mère » et ne met pas en avant cet aspect mais plutôt celui de leur vie maritale.

Mr D dit : « ça nous bouffe la vie, elle est devenue complètement accro ; elle ne parle que de ça ». Il me demande, à l'issue de ces paroles confiées, de rencontrer son épouse pour lui dire que c'est elle qui dysfonctionne et pas seulement lui : « Il faut que quelqu'un lui dise que ça ne va pas ». Il veut être compris, qu'on prenne sa défense : « J'aimerais que quelqu'un lui dise qu'elle me maltraite ». Elle passerait son temps, d'après lui, à le dénigrer dès lors qu'il a une initiative.

La demande de Mr D est non pas de parler vraiment de lui, mais surtout de parler à sa femme avec laquelle il ne communique plus depuis longtemps manifestement.

Moi : « Vous voudriez dire qu'elle est en partie responsable de votre état actuel ? » « Ça sûrement » me dit-il.

L'approche psychanalytique permet à ce moment-là de se dire qu'il ne faut sûrement pas répondre « au pied de la lettre » à une telle demande du patient, c'est-à-dire rencontrer l'épouse mais qu'il est important qu'il puisse se sentir compris dans sa souffrance néanmoins. Cependant, dans ses situations d'urgence et des conséquences sur la vie familiale de la dialyse, il peut être nécessaire de rencontrer l'entourage mais dans cette situation, je ne souhaite pas entrer d'emblée dans ce conflit de couple qui semble central et je propose plutôt au patient que celle-ci soit vue par un(e) collègue de mon service, que je suis là pour lui avant tout. Il me faut le connaître un peu plus.

Devant les propos tenus par le patient, Je n'ai pu m'empêcher alors de me dire intérieurement que son épouse a sans doute mieux à faire que de vivre sa vie de couple. Et L'aime-t-elle encore ?

Je dis à Mr D que j'ai besoin de comprendre mieux ce qui a amené son couple à une telle situation de non-communication et que de toute façon, c'est sans doute à lui de lui parler mais il faudra un temps nécessaire de préparation.

J'ai en tête son état somatique qui nécessite de se centrer sur lui-même, de prendre soin de lui ce que je lui fais savoir. Qu'une histoire de couple qui évolue depuis plus de 25 ans ne pourra se résoudre au cours de l'hospitalisation de quelques jours ou semaines. Cependant, je lui fais savoir aussi que je suis disposée à avancer avec lui dans la compréhension de ce qui se passe avec son épouse, que les choses se feront pas étapes tentant de réintroduire de la temporalité psychique dans ce qu'il vit comme une urgence vitale. Soudain, me dit-il : « On s'est mal compris », « on a pas été présentés ». Un jet d'agressivité que je n'ai pas vu venir.

Est-ce en lien avec la dynamique transférentielle, que n'ai-j pas saisi de ce qu'il voulait me dire ? Je sens un décalage manifeste entre mon vécu de la situation et le sien. Lui se sent incompris par moi alors que j'ai le sentiment d'avoir bien compris en quoi sa situation est difficile. C'est dans l'après coup que j'ai interprété cette réaction comme une scène habituelle qu'il rejoue avec moi sur le mode de celle qu'il vit avec son épouse : « Tu ne me comprends pas ». On peut ajouter la désinhibition due à ses

séquelles neurologiques et signalée par la psychiatre auparavant.

Comment lui montrer alors le bénéfice d'une prise de recul dans sa situation. Comment de mon côté, ne pas être dans le passage à l'acte qui serait de vouloir pour le psychologue qui s'est senti injustement attaqué, de faire plaisir à ce patient malheureux en couple sans aucun doute, en rencontrant sa femme pour qu'elle soit plus compréhensive à l'égard de son époux ? Ce monsieur fragilisé par la maladie suscitant l'envie de le protéger de nouvelles agressions de la part de son épouse.

Là encore, prendre le recul nécessaire de ce qui se joue.

Il m'est venue de dire : « je ne comprends pas pourquoi vous ressentez que je ne vous ai pas compris, on va recommencer, je me présente, je suis la psychologue qui travaille auprès des patients qui vivent une maladie rénale avec parfois une mise en dialyse brutale et que ce n'est pas facile pour les patients qui le vivent. On peut les accompagner dans cette épreuve. Tout cela peut parfois activer d'autres souffrances vécues et le psychologue est là pour vous aider à avancer » ?

Il m'a semblé qu'il était important de resituer le cadre dans lequel nous nous rencontrions.

J'apprendrais par la suite, et ceci explique sans doute cela, que le couple a tenté une thérapie de couple et Mr D a aussi été suivi individuellement. Il était en quelque sorte dans la continuité de ce suivi. D'ailleurs, il m'expliquera à un autre moment qu'il avait essayé de joindre leur thérapeute de couple en dehors des séances pour lui dire qu'il ne sentait pas bien lors de ces séances car incompris. Celle-ci aurait, sans préparation, rendu compte tel quel de ses propos à la séance suivante à son épouse ce qu'il a vécu comme une trahison. Il a donc interrompu la thérapie voyant la psy comme une alliée de son épouse : « ça a tout cassé, c'était encore de ma faute ».

Ce recadrage de ma part, a permis heureusement de ne pas rompre le lien et m'a permis aussi d'insister sur le fait que c'est avant tout pour lui que je suis là dans cette situation. Il m'a remerciée à la fin de l'entretien.

Au cours des entretiens suivants, Mr D va un peu mieux sur le plan somatique mais la dialyse est devenue une certitude. Il peut exprimer son inquiétude quant aux conséquences sur sa vie professionnelle en tant qu'avocat.

Je suis frappée chez lui dans ces circonstances par son attitude infantile lors des débuts de son hospitalisation, avec un comportement de régression évident, remarqué aussi par les infirmières, et contrastant avec ses responsabilités à l'extérieur. De même en tant que père de famille, on le sent plus en attente de l'affection de ses enfants que dans le souhait d'être protecteurs à leur égard.

Ses parents assez âgés, sont très présents auprès de lui surtout son père. Ces derniers le soutiennent et le comprennent, dit-il ainsi que ses frères, sa sœur, celle-ci étant « révoltée par l'attitude de sa belle-sœur » selon ses termes, et enfin des amis qui ont assisté au changement de comportement de son épouse et son « obsession » grandissante pour ses activités associatives. C'est l'occasion pour Mr D de voir qu'il n'est pas si seul dans son vécu et bien qu'il n'ait pas parlé de ses problèmes de couple à son entourage, ces derniers en avaient conscience. Sa mère prendra l'initiative de rencontrer sa belle-fille pour parler de cela ce qui aura un léger impact sur l'attitude de sa femme.

Mr D reproche aussi à son épouse d'éloigner ses enfants de leurs grands-parents paternels et de sa famille. Il est l'aîné de cette fratrie de 4 enfants d'une famille de la grande bourgeoisie locale, ses parents comme ses frères et sœur ayant fait des études supérieures et ayant occupé des postes de responsabilité. Il m'expliquera que son épouse, fille unique, est issue d'une famille plus modeste et que c'est lui qui l'a introduit dans son milieu social. Contrairement à son épouse, ses beaux-parents ont toujours été « très gentils » avec lui, précise-t-il. Mais elle a dépassé le maître en quelque sorte puisqu'elle a aujourd'hui un poste plus élevé que son mari, exerçant de très grosses responsabilités à échelle internationale dans une banque, en plus de ses responsabilités importantes dans l'association.

Mr D dira qu'en revanche, la maladie n'aura pas de conséquences financières ce qui peut être le cas parfois avec la mise en dialyse.

Mr D parviendra au bout de quelques semaines à discuter un peu plus avec son épouse au moins pour l'organisation de son retour à domicile. Sa femme ne souhaite pas qu'il rentre chez lui tout de suite car il est encore trop fragile mais lui a besoin de se retrouver chez lui après toutes ces épreuves. Il lui a parlé de moi et sa femme aurait dit : « Tu peux toujours la voir, c'est une « petite » psychologue qui va t'aider à accepter la dialyse », Mr D voulant me montrer par là que tout ce qu'il peut entreprendre de son côté, est systématiquement dénigré. J'en conviens avec lui. Son épouse veut garder la maîtrise et reste convaincue qu'il n'y a que son mari qui a besoin d'un suivi psychologique. Elle se confie à son médecin généraliste ce qui suffit, selon elle.

Les psys rencontrés en couple, et seul pour Mr D, exercent au sein d'une association religieuse à la demande de son épouse : « Te faire suivre individuellement, ça ne suffit pas, il faut qu'on soit suivis en couple », lui avait-elle dit à l'époque, il a suivi tous ses conseils et a même accroché à la thérapie individuelle interrompue depuis quelques mois.

Mr D reviendra sur son parcours de santé en se plaignant que « Toutes les alertes n'ont pas fonctionné », puisque malgré des consultations auprès du médecin généraliste, son état de fatigue ces derniers mois au travail en raison de son insuffisance rénale, personne n'a vu ce qui se passait.

Il pourra aussi évoquer une situation qui l'a beaucoup touché 3 mois avant la découverte de sa maladie. Sa fille a fêté ses 20 ans et amis à cette occasion ses parents dehors. Il devait aller dormir chez ses parents mais est passé chez lui chercher son fils de 9 ans et ses affaires un peu avant l'heure d'arrivée des invités. Il était épuisé mais ne savait pas encore pourquoi. Sa fille l'a violemment interpellé en lui disant qu'il devait être parti dans les 5mn. Il s'est senti très mal, rejeté une fois de plus alors que son intention n'était pas de rester. Il s'est senti incapable de réagir ou de décider, sidéré par cette réaction. Cette dernière vient tout juste de rencontrer un petit copain et semble avoir besoin de s'autonomiser mais Mr D l'a pris manifestement comme un rejet équivalent à celui de son épouse...D'où sa douleur réitérée de voir que sa fille ne vient pas le voir à l'hôpital. Je me dis qu'elle doit se sentir un peu mal et lui en fais part, ainsi que de mes réflexions sur ce qu'est l'adolescence, expliquant aussi le malaise de sa fille au vu de ce qui vient de lui arriver alors qu'elle l'a ainsi maltraité sans savoir qu'il était déjà malade. Mr D est très à l'écoute de ce que je lui dis avec un besoin de trouver du

sens à tout cela. Un déjeuner en famille lors d'une permission permettra de renouer les liens avec ses enfants « en parlant d'autre chose que de ce qui a pu faire mal » dit-il.

Mr D va reprendre progressivement ses forces, se reprendre en main, prévoir sa reprise professionnelle dans les mois qui viennent. « Il faut que je me prenne en mains, ce n'est pas aux autres de décider pour moi ».

Il a choisi une méthode de dialyse à domicile avec un branchement toute la nuit à un cathéter péritonéal, la dialyse péritonéale automatisée, car l'hémodialyse dont il bénéficie actuellement en urgence, lui semble maintenant bien lourde à intégrer dans sa vie à raison de 3 fois par semaine en centre.

Sa femme à ce sujet, a encore manifesté son opposition à cette solution au départ pour ne pas avoir été concertée avant sur la décision mais Mr D tient bon, il veut rentrer chez lui, « il est aussi chez lui », dit-il, ce qu'il avait du mal à réaliser au début de nos rencontres. Habituellement, le choix de la méthode de dialyse se fait en concertation de couple mais dans son cas, ce choix devenait une affirmation de lui-même dans une situation où il ne voyait plus sa place dans la famille. Cependant, Mr reste sur le qui vive concernant les réactions de son épouse qu'il a toujours peur d'affronter par le dialogue, celle-ci restant toujours figée dans ses positions lors des échanges. Réintroduire sa place avec et malgré la maladie dans sa vie est l'objectif actuel.

Etant obligé de se brancher à une machine toute la nuit, son épouse a décidé qu'il était préférable qu'ils fassent chambre à part. Et elle doit réorganiser l'appartement. Mr D préfère aussi cette solution actuellement et qui permet peut-être d'être protégé des réactions de son épouse. La question se pose évidemment de ce qu'il en sera de l'évolution de la relation de couple.

Nous devons nous revoir lors de son éducation thérapeutique à la technique de dialyse. C'est son souhait. Il veut avant de nous revoir, tester le retour à la maison.

Il est difficile de savoir à ce stade si ce qui a été élaboré à minima avec Mr D, va être l'occasion d'avancer un peu plus ou au contraire de se refermer sur ce qui a été colmaté pour s'adapter à cette nouvelle situation de vie. Le risque pour lui d'aller plus loin dans la compréhension de ce qui se joue dans son couple est de provoquer la rupture, faute de pouvoir évoluer ensemble, rupture inenvisageable pour Mr D aujourd'hui. On ne sait

pas ce qu'il en est pour son épouse. Leur engagement religieux est important à cet égard mais jusqu'où...

Une greffe rénale est en perspective aussi pour Mr D. Il dit avoir besoin de recul et d'en parler avec moi pour aborder cette nouvelle donne. Affaire à suivre.

Donc pour terminer ce propos sur la parole et le malade somatique, faire avec la réalité somatique, ne pas l'exclure ou l'éviter, car cette connaissance permet de comprendre certaines réactions spécifiques communes à tous les patients, de les rassurer parfois sur la « normalité » de leurs réactions, ce qui à mon sens est pour certains la meilleure façon de les soutenir psychiquement plutôt que de les inviter à associer librement et laisser émerger des failles narcissiques éventuelles. Le patient en état de vulnérabilité somatique n'est pas toujours en mesure d'aborder des souffrances passées qui nécessitent un temps d'élaboration minimale, en tout cas dans ces moments de phases aiguës de la maladie. D'autres patients utiliseront tout de suite cet espace d'écoute pour dire ce qui n'a jamais pu être dit. Parfois, il s'agit de différer cette exigence de paroles pour préserver au moins temporairement la continuité du sujet mise à mal par la maladie grave et dont les forces vitales doivent être mobilisées. Eviter, à l'opposé, l'écueil de la banalisation de la souffrance psychique du patient (utilisée parfois par les soignants) où le patient ne se sent pas entendu dans sa subjectivité, son histoire singulière, dont le psychologue doit être le garant.

De M'Uzan (la Bouche de l'inconscient, 1994) a différencié les interprétations du contenu qui favorisent la découverte de soi, un état d'alerte du côté de la déliaison, en donnant libre cours au processus d'associations libres et les interprétations explicatives plutôt en forme de « conclusions ». Dans le contexte d'une précarité biologique, comme celle que vivent les patients atteints de maladies graves, le sens que nous proposons tente plutôt de les aider à « penser » leur expérience, à contenir, à lier, à refermer la blessure psychique provoquée par cet état d'incertitude. Ce sont souvent des interprétations qui cherchent à favoriser un équilibre entre élaboration et oubli de la souffrance psychique.

Pour autant, d'un cas l'autre, il est toujours difficile de comprendre pourquoi, chez certains, la confrontation à la finitude est un moteur puissant d'urgence à comprendre qui favorise le travail élaboratif alors que chez d'autres, celle-ci est un frein puissant contre ce travail.

Bibliographie Sylvie PUCHEU

- Pucheu S. (1984) La demande du psychologue face aux demandes de psychologue en oncologie. *Psychologie Médicale*, 16, 2255-2257.
- Pucheu S. (1991) Penser là où il faut trop penser : expérience d'une psychologue analyste attachée à un service de cancérologie. *Annales de Psychiatrie*, 6 (2), 91-95.
- Pucheu S. (1992) Entre penser le corps et panser l'esprit : le psychologue en oncologie. *Revue de Médecine Psychosomatique*, 29, 101-112.
- Pucheu S. (1997) Bâtir sur de l'incertitude : ou le travail quotidien en psychologie de liaison avec des patients atteints de pathologies graves. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 12, 48-51.
- Pucheu S. (1998) Joan : it itches, it burns : Psychoanalytical approach of a case of vulvar burning syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 19 (4), 175-181.
- Pucheu S. (1998) Le psychothérapeute confronté à l'aventure d'une greffe d'organe. *L'Information Psychiatrique*, 74 (3), 255-262.
- Pucheu S. (1999) La liaison, archétype du travail du psychologue clinicien à l'hôpital général. Numéro sur La Psychologie de Liaison coordonné par S. Pucheu, *Psychologues et Psychologies*, 147, 2-5.
- Pucheu S., Machavoine JL. (2002) Construction d'un cadre d'intervention du psychologue en oncologie : perspective psychanalytique. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 1 (1-2), 24-30
- Pucheu S. (2002) La greffe rénale parmi les autres greffes d'organe : intérêt de l'éclairage psychanalytique. In : *Psychologie en Néphrologie*, sous la direction de Dominique CUPA, Paris, Editions EDK, pp 55-71.
- Pucheu S. (2004) La guérison psychique du cancer ou le retour à l'harmonie du moi. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie* ; 2 : 61-64
- Baudin M., Pucheu S. (2004) L'examen psychologique de patients en attente de greffes d'organes. In : *L'examen psychologique en clinique*, sous la direction de M. Emmanuelli, Paris, Dunod, pp 169-179

- Pucheu S. (2006) L'hôpital comme lieu de soins pour les malades atteints de cancer et leurs proches. In : Cancer et traitement, Hôpital ou Domicile : le choix du patient, sous la direction de M.F. Bacqué, Paris, Springer, pp 45-53.
- Pucheu S. (2008) L'adaptation comme processus subjectif dynamique de réorganisation psychique : l'exemple de trois patients atteints de cancer du colon. *Psycho-oncologie* ; 2 : 164-178
- Pucheu S. (2009) La décision de donner un de ses reins à son proche insuffisant rénal chronique. Sous la direction de D. Brun. "La décision entre médecine et psychanalyse". *Médecine et Psychanalyse. Enjeux contemporains. Études Freudiennes, Hors série.*
- Pucheu S. (2010). *Psychothérapies en oncologie hospitalière : cadres, références et pratiques. Psycho-oncologie* ; 4 : 151-158
- Pucheu S. (2014) La relation de couple à l'épreuve du cancer : remaniements psychiques. In : Bacqué M-F, Pucheu S. (EDS) *Psychothérapies analytiques en oncologie.* Lavoisier, Médecine et Sciences, Paris

Ouvrages

- Bacqué M-F, Pucheu S. (EDS) (2014) *Psychothérapies analytiques en oncologie.* Lavoisier, Médecine et Sciences, Paris.

Ouvrages « grand public » destinés aux patients ou à leurs proches

- Pucheu S., Berveiller A. (2004) *Comment vivre avec une personne atteinte de cancer (1ère édition,1989).* Paris, Ed. Josette Lyon, Réédition.
- Pucheu S. (2004) *Le parcours psychologique du greffé.* Transplantation Services. Healthworld. Edité par Roche.
- Pucheu S (2009) *Cancer, comment vivre avec, en parler, accompagner.* Éditions Josette Lyon, Paris.