

« L'effet de la parole médicale sur le sujet malade ? »

(Première partie)

Brigitte Halut
Psychologue – Formatrice- Superviseur
Membre de l'Equipe Mobile en S.P. du CHR- La Citadelle
Membre de l'association Cancer et Psychologie

Beaucoup d'entre nous ont à l'esprit des exemples de situations compliquées et difficiles dans lesquelles nous, soignants¹, percevons un fossé entre la logique des approches médicales technoscientifiques et la façon dont le malade vit « sa maladie ». Mais un fossé aussi entre notre souci de mieux communiquer au malade ce qui le concerne et les effets de notre communication sur le patient qui la reçoit.

Ces perceptions impliquent une nécessité de repenser et réintégrer ce qu'est une RELATION entre un sujet soignant et un sujet patient, imprégnée de facettes qui ne sont ni objectivables, ni définies par la rationalité scientifique.

Relation...être en lien, relier...comprendre (càd prendre avec) le monde de l'autre sans juger, ni le réduire à nos propres critères, valeurs et perceptions...découvrir que communiquer, transmettre, informer n'est qu'un aspect de la relation.

Etre en relation ne se réduit pas à « bien communiquer ». Donner une information, transmettre de mauvaises nouvelles de manière appropriée n'empêche pas les effets psychiques de ceux-ci chez la personne malade. Toute relation soignant-patient devrait prendre place dans une dynamique intersubjective avec son cortège de doute, d'incertitude, de mystère, d'inconnu et qui comporte une inquiétante étrangeté, face à la pathologie grave, de quelqu'un qui est amené à aborder, à dire ce qu'il ne veut pas à quelqu'un qui ne veut pas l'entendre.

Dans cette relation, il est important de se rappeler que toutes les procédures, stratégies, et techniques qui permettent de mieux aider le malade, toutes les formations et les lectures qui nous éclairent sur les réactions et comportements du patient ne sont que des points d'appui, des références pour nous engager dans un cheminement avec l'autre et ne nous dispensent pas de reconnaître la singularité particulière du monde de l'autre.

COMPRENDRE LE SUJET MALADE ?

Toute vie humaine est une existence, un « être là » pour devenir, se développer, avoir du plaisir, se réaliser dans la hantise de sa fin.

Tout équilibre humain est fragile, en oscillation entre bien-être et mal-être, traversé selon les uns et les autres par des drames, des pertes, des blessures voire des traumatismes. Chaque personne s'est construite avec ses îlots névrotiques ou pervers, ses noyaux psychotiques, ses liens de dépendance, ses fonctionnements dominants, ses mécanismes de maîtrise ou ses états dépressifs. Chacun accomplit sa vie comme c'est possible pour lui au gré des événements et des épreuves.

Parfois, tout cela peut vaciller, s'effondrer à partir d'un événement grave, d'un bouleversement, d'un choc, d'une perte significative. La confrontation à la maladie grave, la lourdeur des traitements, l'invalidation et/ou l'altération physique qu'ils entraînent, les rechutes, la fin de vie suscitent une « crise existentielle » touchant tous les niveaux de la vie psychique.

Le corps fonde ontologiquement la subjectivité de l'humain d'une façon particulière : l'individu a une expérience très familière avec son corps et en même temps très étrangère. Son corps est à la fois connu, proche, investi, mais aussi ignoré, oublié. Ce corps est donc à la fois socle de l'identité et lieu qui échappe, qui est hors de portée.

¹ soignants : on entend par soignants les médecins, infirmiers, infirmières, kinésithérapeutes, psychologues, assistants sociaux, esthéticiennes

Lorsque le corps développe une pathologie grave, la personne fait l'expérience dramatique d'une relation d'étrangeté avec un corps qui le menace, le fait souffrir ou le limite dans sa vitalité. Cette crise, où « tout fout le camp », réactive les fragilités de l'histoire d'une personne et menace le socle identitaire : angoisse, insécurité, pertes multiples. La mort devient un réel possible ou probable, l'avenir est un temps imprévisible et inconnu, les renoncements s'imposent.

Les premières réactions font surgir l'idée d'une faute, d'une culpabilité face à ce qui est associé à l'action d'une puissance redoutable et féroce. En effet, il faut savoir que pour notre inconscient « mourir » n'existe pas : la mort est toujours associée à « tuer » ou « être tué » parce que liée à notre violence fondamentale archaïque.

La maladie grave suscite dès lors une pensée du genre « quelque chose en moi ou à l'extérieur veut ma mort ». Qu'est ce que j'ai fait pour mériter cela ? De quoi suis-je puni ?

Ou bien, il y a un responsable externe : l'environnement, le stress, les manquements multiples, les erreurs médicales....

Ce sont des expressions de cette révolte contre tout « ce qui aurait pu être évité »...susitant éventuellement beaucoup d'agressivité et de reproches, de contrôle et de méfiance vis à vis des soignants.

Dans cette tornade corporelle, il faut vite trouver une explication, une justification...tant cela résonne au plus originel de soi, dans les mouvements psychiques d'amour et de haine, de don et de dette, de culpabilité et de réparation, de construction ou de destruction.

Comment un individu va t-il traverser ce moment de la vie agressé et bouleversé par cette destruction corporelle : selon chacun, cela se fera en retrouvant vie, ou en tentant de survivre, ou en étant coupé de toute vie psychique.

Nous ne sommes pas tous égaux dans nos ressources et mouvements psychiques face à cette crise de sens généralisée. Nous n'avons pas le même bagage pour composer avec les drames et les épreuves de l'existence.

Cela dépend de nos toutes premières relations à travers lesquelles nous faisons l'expérience de sortir de la fusion et de la dépendance, nous découvrons l'impossibilité de ne pouvoir tout avoir et occuper toutes les places, nous intégrons le principe de réalité de la vie et l'importance de prendre place dans la communauté humaine. Cela dépend de nos expériences de stabilité, de contenance, de structure et de notre capacité à vivre nos mouvements d'amour/haine, notre ambivalence, notre culpabilité.

Ainsi lorsque la vie nous met à l'épreuve, est réveillé tout ce qui fait partie de notre histoire.

Ce bref parcours dans les replis d'une subjectivité confrontée à la maladie grave nous permet de réaliser combien toute information médicale va se placer dans le vécu interne d'un patient, dans les replis de son histoire, de ses fragilités, de son angoisse, de ses défenses et de son imaginaire. Il est de notre responsabilité d'en tenir compte afin que notre parole soit humaine et notre présence un appui psychique.

Humaine parce que l'abord de l'inconnu, de la mort dépend de la façon dont chacun en a peur, dont chacun peut renoncer, lâcher ou maîtriser.

Il nous faut essayer d'apprendre que la logique psychique ne correspond pas à la logique rationnelle scientifique. C'est une logique illogique qui se situe dans un autre temps que le temps chronologique, et dans un autre espace que l'espace de la réalité. Ces deux logiques ne peuvent se rejoindre, c'est irréductible. Elles peuvent seulement tenter de faire des ponts et des articulations afin que les approches ne restent pas coupées l'une de l'autre.

ET LE SUJET SOIGNANT ?

Face aux pathologies graves, les soignants sont bousculés dans leur identité professionnelle, confrontés à leur impuissance, touchés par le ravage de ces maladies qui rongent et démolissent le corps de l'autre jusqu'à son dernier souffle. Ils font la rencontre déroutante d'une inquiétante étrangeté chez la personne malade qui leur renvoie, comme un miroir grossissant leurs propres fragilités, angoisses et deuils.

Que vivent-ils ? Et comment s'arrangent-ils avec cette souffrance ?

Ils ont tendance à vivre l'autre malade comme radicalement différent, d'une autre nature, d'un autre monde.

On peut en trouver un signe dans l'invention du terme « mourant » : celui qui n'est pas encore mort mais qui n'est plus tout à fait vivant parmi les vivants. Peut-être est-ce aussi un signe lorsqu'on pense qu'il est « inhumain de laisser une personne dans cet état sans faire quelque chose ! » ?

Ils écartent donc défensivement l'autre dégradé, à la fois pas « le même que soi » mais cependant proche aussi et de la même essence. Il semble que parfois, le souci de soulager l'autre en « l'endormant » est une manière de tenir à distance ce qui les déborde et les angoisse dans les longs « mourir ». Plus on gère, plus on prévoit des procédures diverses si l'état du patient évolue, plus on maîtrise ce qui se passe et plus on a l'impression d'intervenir adéquatement. Leurs compétences techniques les aident à ne pas être trop en turbulence avec le tumulte des derniers moments de vie.

En fait, ces démarches calment mais n'apportent pas des références intérieures pour se situer face aux fins de vie à accompagner. Quand bien même la médecine nous permet d'avoir accès à plus d'exactitude d'actes, d'options thérapeutiques et de savoir, cela génère paradoxalement plus d'incertitude existentielle. Quand bien même les soignants ont plus de moyens pour soigner, soulager, des solutions plus efficaces, des stratégies plus appropriées, ils devront toujours reconnaître qu'ils seront toujours travaillés par une culpabilité fondatrice de la subjectivité puisque n'arrivent pas à sauver l'autre de la mort. Et cela se joue bien au delà du rationnel.

Par ailleurs, il est douloureux et difficilement supportable d'être l'objet de mises en cause, d'attaques, de reproches, de contrôle et de critiques de la part du patient et de ses proches. Intégrer que cela correspond à un temps psychique défensif qui essaye d'exporter sur les soignants ce qui les révolte et devient insupportable et non pas comme des événements objectifs, est compliqué : les soignants se retrouvent tellement vite à expliquer, répondre, démontrer que ce n'est pas vrai.

Or, ce n'est pas leur personne qui est visée, c'est ce qu'ils représentent. Et ils représentent les détenteurs du pouvoir de traiter, de soigner et donc de guérir. Assumer cette position de pouvoir supporter d'être vécus comme des « mauvais soignants » est difficile. Et pourtant, si ils y arrivent, les malades pourront faire l'expérience soulageante qu'ils ne vont pas être démolis par leur rage et leur agressivité, et qu'ils pourront être soutenus au cœur de ces tempêtes psychiques sans que cela devienne un ravage.

Curieusement, cela change la dynamique de ce qui se passe parce qu'il est sécurisant de ne pas être rejetés tout en étant contenus dans ses débordements. C'est pouvoir ressentir le lien qui peut donner une force importante pour traverser la réalité.

Humaniser, c'est mettre en mots, entendre, se réajuster pour être le moins inadéquat avec ceux que l'on soigne et accompagne.

Les réactions des soignants témoignent de la façon intense dont ils sont aux prises, parfois passionnellement, avec leur investissement, leurs émotions, leurs défenses. Le sujet soignant souffre, c'est évident, même si parfois cette souffrance est muette tant elle est cadenassée.

Il peut s'interroger sur sa tolérance à porter la charge d'un savoir tragique, sans être poussé inconsciemment à s'en décharger sur le malade ou ses proches.

Les soignants médecins et infirmier(e)s sont l'objet d'un transfert spécifique du patient. Celui-ci se trouve dans une grande dépendance qui réactive les premiers temps de la vie lorsque l'autre était vitalemment nécessaire : il adresse alors à l'Autre qui a en charge les traitements pour le soigner ou qui est proche de son corps par les soins, un appel silencieux de vie. Un quelque chose de l'ordre de « empêchez-moi de mourir ! ». Demande d'un pouvoir que ces soignants n'ont pas. Demande qui, encore une fois, n'est pas explicite mais se perçoit à travers regards, gestes, paroles, questions, émotions, harcèlements, confidences...

Celle-ci est difficile à assumer puisqu'il est impossible d'y répondre et que d'une certaine façon, les soignants se sentent porteurs d'une responsabilité qui les dépasse.

C'est au cœur de cette charge répétitive à percevoir ce poids que les soignants demandent au psychologue de rencontrer le malade, espérant que ce transfert se déplace sur lui et les soulage : il va pouvoir assumer ce vécu angoissant, il va consoler, apaiser...il va faire disparaître ce mouvement intense.

A travers leurs attitudes et leurs paroles, les soignants se défendent de ce transfert archaïque qui leur est adressé, notamment quand il s'agit d'annoncer de mauvaises nouvelles.

Au nom de leurs idéaux, de leur conception du bien de l'autre, de leur insistance à vouloir supprimer la souffrance, ils peuvent être sournoisement violents lorsqu'ils déploient des explications, des interprétations, des projets, des propositions, des interventions qui portent atteinte à l'univers du malade et s'éloignent de ce qui est en jeu pour lui.

Cela se joue également aussi lors de l'annonce de mauvaises nouvelles au nom du droit pour le patient de savoir ce qui le concerne et au nom de l'évolution de la pathologie.

Les soignants sont imprégnés d'une culture de l'opérationnel et de l'efficacité qui les conditionnent à penser les choses en termes de gestion, de procédures, de cadre d'accompagnement.

Toutes ces réflexions rejoignent les dimensions psychiques de l'éthique, lorsque dans les épreuves de l'existence humaine, le sens de ce qu'est « humaniser » est interrogé.

Humaniser c'est se dégager du « faire » pour replacer nos interventions dans le décours de la vie du malade.

Humaniser c'est retrouver les dimensions psychiques de toutes les formes de déni comme signes d'un « être au monde » dans les plus grandes turbulences vitales.

Humaniser c'est inscrire dans le terreau de l'existence singulière de chacun la confrontation au plus tragique et au plus menaçant de la vie.

Humaniser c'est être présent à la solitude de l'autre malade et soutenir son trajet impartageable.

La suite de cet article proposera une exploration de ces perspectives.

A suivre.