

« La reconstruction chez un patient suite à une intervention cardiaque » suite à des lectures d'articles sur la toile

Article :

Introduction

Apprendre qu'il est atteint d'une maladie grave, et notamment de cardiopathie, plonge le sujet dans une profonde anxiété, un sentiment d'injustice et une rupture biographique et identitaire massive. Il devra alors tenter de s'approprier l'événement déclencheur pour pouvoir penser sa maladie, restructurer son image corporelle... se penser. C'est dans ce travail d'élaboration de la maladie avec le patient que le psychologue trouve sa spécificité au sein d'un service de cardiologie.

La maladie cardiaque est une maladie grave à pronostic potentiellement létal, et l'entrée dans cette maladie se fait dans un contexte de crise (Chicaud, 1998). De ce fait, le psychologue peut, en instaurant un cadre thérapeutique suffisamment contenant, aider le sujet souffrant de cardiopathie à laisser s'exprimer son anxiété, son mal-être, ses difficultés et lui permettre de se remettre à penser, penser sa maladie et se penser (Pucheu, 1997), tout en respectant ses mécanismes défensifs.

Il va s'agir de présenter ici une manière, parmi d'autres, d'aborder la prise en charge psychothérapeutique des patients hospitalisés pour maladie cardiaque, que ce soit à la suite d'un infarctus du myocarde, d'une opération valvulaire, d'un début d'arythmie, d'une implantation d'un stimulateur ou d'un défibrillateur cardiaque, etc. Cette prise en charge vise une appropriation, une acceptation, par le patient de sa maladie.

Une des spécificités des maladies cardiaques, notamment des coronaropathies, tient au fait que celles-ci sont chroniques. Ainsi, lorsqu'une personne est victime d'un infarctus du myocarde, cet événement signe l'entrée dans une maladie qui durera toute sa vie, occasionnant, de ce fait, une invalidité d'un degré variable (insuffisance cardiaque, dyspnée, fatigabilité à l'effort, etc.) due à des causes irréversibles (athérosclérose), nécessitant une rééducation, obligeant le patient à respecter les diverses prescriptions (médicamenteuses, mode de vie, etc.), exigeant un suivi et des contrôles médicaux. Ainsi, l'entrée, souvent brutale, dans une maladie chronique grave à pronostic létal correspond à une rupture biographique. Cette notion permet une focalisation sur le passage de l'avant à l'après (annonce-début de maladie). La maladie chronique place désormais le patient dans une position temporelle différente, du fait de la présence permanente, incessante et perpétuelle de la maladie, du risque létal : « *la maladie chronique n'a d'autre durée que celle du sujet* », comme l'affirme J.-L. Pardinielli en 1994. Or, cet auteur précise que cette entrée dans la maladie chronique s'accompagne de « *procédures économiques et signifiantes spécifiques qui assurent la transformation de*

l'atteinte organique en atteinte narcissique et en douleur psychique, et qui permettent un réinvestissement libidinal », que celui-ci appelle « travail de la maladie » (Pedielli, 1987, 1990, 1994).

Ainsi, le psychologue travaillant en cardiologie peut proposer un accompagnement des patients cardiaques dans ce travail de la maladie. Dans ce cadre, le rôle du psychologue serait de les aider à mobiliser leurs ressources psychiques et de leur permettre de s'approprier cet événement déclencheur (accident coronarien ou annonce de diagnostic), d'élaborer à partir de ce qui est perçu comme injuste, insensé et « acensé », pour justement lui donner, lui trouver, un sens, une signification. De cette manière, l'affection chronique peut devenir « *la maladie-du-malade* », selon l'expression de G. Canguilhem (1978). Le patient développe une terminologie, un lexique, une logique, qui lui sont propres et qui dénotent souvent avec le langage et le modèle biomédical prédominants dans le service. En effet, bien souvent, le personnel paramédical, et surtout médical, accepte mal ce discours et ces représentations profanes, car ils ne répondent pas à une logique objective et issue de la réalité organique et physiologique. Or, si le rôle des soignants est bien dans l'information et le rappel des faits objectifs et biomédicaux, le rôle du psychologue dans des services de médecine me semble bien différent. En effet, le psychologue peut, grâce à une position affirmée de non-savoir, accompagner et autoriser cette élaboration personnelle autour de l'événement « maladie », en restituant aux patients la « propriété », en quelque sorte, de l'affection. Ainsi, le psychologue permet aux patients de réécrire leur histoire de vie à la lumière de ce qui leur est arrivé, un peu à la manière de F. Zorn (1977). M.-J. Del Volgo et R. Gori (1991) indiquent que la fonction du psychologue auprès des patients est de reconnaître ce processus de travail de la maladie, en écoutant les patients qui souhaitent, par leurs élaborations psychiques, se « *réapproprier (leur) souffrance somatique, la subjectiver, en l'insérant dans la trame d'une histoire, dans un récit qui authentifie le sens imaginaire et symbolique de certains événements* ».

Les théories étiologiques

Le modèle du « sens commun » (Leventhal *et al.*, 1980) se base sur le postulat selon lequel les personnes, lorsqu'elles ressentent des symptômes ou lorsqu'elles sont atteintes d'une maladie, se créent des représentations mentales de leur état ; ces représentations reposent sur des sources d'information à la fois concrètes et abstraites. Les sujets, à partir de certaines de ces informations, vont interpréter leurs symptômes, leur maladie, poser des théories étiologiques, dans le but de donner du sens à ce qui leur arrive et pour y faire face (Hagger et Orbell, 2003). Ainsi, il semble important pour le sujet d'élaborer et de construire, d'un point de vue cognitif, des représentations de la maladie qui lui sont propres. Parmi ces représentations cognitives de la maladie figurent les causes que le sujet considère comme étant à l'origine de sa maladie. Or, les facteurs de risque typiques de la maladie cardiovasculaire (hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie, tabagisme) ne sont pas forcément cités par les patients parmi leurs théories

étiologiques : il existe parfois une inadéquation entre les facteurs de risque des sujets et leurs théories étiologiques (Marchetti *et al.*, 2007).

Pour ce faire, il convient d'adopter une position de non-savoir (le savoir se situe du côté du patient), de non-directivité (laisser au patient l'espace pour que puisse émerger une réflexion), d'écoute active, d'empathie, dans une situation de soutien, c'est-à-dire une « *attitude positive, de non-jugement et d'acceptation du malade* » (Tarquinio *et al.*, 2002), permettant l'instauration d'un climat de confiance.

Ainsi, Madame D., 46 ans, victime d'un infarctus du myocarde inaugural, lors du premier entretien (à son entrée dans le service) désignait comme unique hypothèse étiologique le tabagisme (aucun autre facteur de risque cardiovasculaire), ce qui avait comme conséquence un fort sentiment de culpabilité et l'adoption d'une stratégie de *coping* centrée sur l'émotion (l'autoaccusation) qui était, à l'évidence, dysfonctionnelle. Au cours des entretiens suivants, cette patiente évoqua le fait que son conjoint souffrait depuis deux ans d'un cancer de l'intestin (il était en rémission depuis peu) et qu'elle avait dû mettre de côté sa vie de femme, de mère, et sa vie professionnelle pour le soutenir, tant émotionnellement que matériellement. Sa qualité de vie avait été ainsi complètement altérée du fait qu'elle avait dû constamment s'occuper de lui.

Elle a ainsi pu longuement développer la souffrance qu'elle avait ressentie pendant ces deux années, sans pouvoir la verbaliser à l'époque, mais aussi le stress et l'état de tension permanents dans lesquels elle se trouvait alors. À la question de savoir pourquoi elle évoquait cet épisode à ce moment précis, la patiente s'interrogea sur la possibilité qu'il puisse exister un lien de cause à effet avec l'infarctus dont elle avait été victime. De cette manière, l'hypothèse étiologique put être posée. Désormais, cet infarctus avait un sens, une signification, sa survenue avait quelque logique, et il n'était plus perçu comme incohérent, incompréhensible et obscur. De cette manière, la patiente a pu inscrire, incorporer (dans tous les sens du terme), articuler, l'événement infarctus à son histoire de vie.

Articulation de la maladie à l'histoire de vie du sujet

Un des autres aspects du travail d'élaboration autour de la maladie est l'inscription historique de celle-ci. Il peut s'agir soit, comme l'explicitent M. Glicenstein et A. Lehman (1987), de permettre au sujet de pouvoir localiser dans son histoire de vie l'événement « arrivée de la maladie », et ainsi de lui laisser une place dans son histoire, soit, comme le suggère P. Bertagne (1990), d'« historiser » la maladie qui se réfère à un processus de mise en signification, de prise de sens de la maladie par rapport à l'histoire propre du sujet. J.-L. Pardinielli (1994) précise que bien souvent le processus d'articulation de la maladie à l'histoire du sujet se confond avec la construction de la théorie étiologique événementielle. Dans le cas clinique précédemment évoqué de Madame D., l'événement infarctus du myocarde avait comme point d'origine, selon le travail d'élaboration de la patiente, la maladie de son conjoint et les conséquences de celle-ci sur la patiente. Ainsi,

la maladie est précisément localisée dans l'histoire de vie de la patiente, elle en fait désormais partie et, de ce fait, prend une signification précise et particulière.

L'inscription historique de la maladie se fait, outre par l'élaboration de théories étiologiques, par les *scenarii* de la maladie. Selon P. Tap *et al.* (2002), « *l'histoire devient un moyen d'essayer de rattraper des événements accablants et aliénants et de les recomposer en quelque chose de compréhensible. La maladie rend le mal réel, et les histoires rendent la maladie réelle* ».

Enfin, le rôle de la mise en histoire de la maladie et de l'élaboration de *scenarii* peut être le corollaire d'une affirmation de soi, de ses croyances, par rapport à l'autorité et l'objectivité médicale (Pedieli, 1994), mais aussi d'une revendication de son identité propre pour « *séparer de soi la maladie* » (Tap *et al.* 2002) et exister comme sujet pensant plus que comme sujet malade.

Rupture et reconstruction identitaire

La survenue d'une maladie chronique est un choc (Chicaud, 1998) qui marque souvent une rupture identitaire : la personne passe du statut d'individu bien portant à celui de malade cardiaque (Charmaz, 1991). Pour d'autres, l'événement signant l'entrée dans la maladie (annonce de diagnostic, infarctus du myocarde) opère une « *mise en morceau de [leur] propre image [...], un déchirement de l'identité* » (Fischer et Tarquinio, 2002). Cette rupture identitaire et de l'image de soi trouve parfois son corollaire dans des stigmates physiques : le pontage aorto-coronarien, la chirurgie valvulaire ou la transplantation cardiaque, par exemple, laissent une large cicatrice verticale sur le torse, qui rappelle sans cesse au patient ce qu'il a vécu, la visibilité et le caractère impressionnant de cette cicatrice faisant écho à la lourdeur de la maladie et de l'opération.

Face à cette rupture identitaire, un nouveau rôle est assigné au patient : le rôle de malade (Parsons, 1951), souvent exigé par l'institution hospitalière, les médecins et les soignants, et parfois aussi la famille des patients. Selon cette conception, la personne malade renonce à ses autres rôles sociaux (professionnels, familiaux, etc.) ; elle est motivée pour guérir et coopère avec l'institution médicale. Ainsi, en plus du choc infligé au sentiment de continuité identitaire, l'arrivée de la maladie entraîne des attentes sociales, en termes de rôle et d'attitudes (soumission à l'autorité médicale, compliance, etc.). Tous ces éléments apparaissent comme étant ni plus ni moins des mécanismes de déstructuration de l'identité : ces personnes souffrant de cardiopathies deviennent désormais des « patients cardiaques ». Les sujets affirment souvent qu'ils ont changé, qu'ils ne sont plus les mêmes, qu'ils ne se reconnaissent plus. Il semble alors essentiel d'accompagner les patients dans une réflexion autour de leur sentiment identitaire, de continuité existentielle dans l'espace et dans le temps, et de mettre en exergue ce qui fonde réellement leur identité, et les changements induits par la maladie. Le rôle du psychologue pourrait ainsi être de les encourager à

élaborer autour de leurs pertes narcissiques, afin qu'ils puissent mettre en mots les remaniements identitaires inhérents à la survenue de la maladie. Ainsi, offrir au patient un espace dans lequel il peut exprimer une plainte, verbaliser et élaborer une réflexion autour des pertes narcissiques, peut lui permettre de mesurer l'ampleur de telle ou telle perte dans sa vie quotidienne, de la relativiser, de penser à des dérivés palliatifs (« *Je ne peux plus faire ça, mais je peux faire ça* »; « *Je peux faire les choses autrement* »), et d'envisager également une possible amélioration de leurs capacités.

Changement de valeurs

La reconstruction identitaire inhérente au travail de la maladie peut aussi s'effectuer grâce au processus de changement de valeurs. En effet, l'entrée brutale dans la maladie cardiaque marque un changement dans la manière de percevoir les événements de la vie, mais aussi les raisons de vivre, les buts, objectifs, que le patient juge comme importants et désirables et auxquels il adhère, c'est-à-dire des valeurs qui constituent, justement, un des socles de l'identité et qui « *organisent psychiquement les émotions, les perceptions, les croyances des individus et autour desquelles se construit leur image d'eux-mêmes* » (Fischer et Tarquinio, 2002). Selon ces auteurs, lors de la survenue d'une maladie grave, un certain nombre de valeurs des patients sont bouleversées et d'autres sont adoptées.

Ainsi, bon nombre de patients expriment ce phénomène de changement de valeurs, notamment en termes d'importance jusqu'alors accordée au travail, à l'argent, à la réussite sociale, ou à la manière de mener sa vie (être toujours pressé, vouloir faire les choses à temps sans prendre le temps de vivre, de ne pas prendre soin de soi ni de ses proches). Beaucoup de patients constatent ces changements, alors que d'autres expriment le désir de modifier leur manière de voir et de concevoir les choses, en accordant davantage d'attention à eux-mêmes, en donnant plus d'importance à la sphère sociale, familiale et affective, et moins aux aspects matériels, financiers et professionnels, en changeant leur perspective temporelle. Cela permet alors un début de travail de la maladie autour, notamment, de la reconstruction identitaire des patients.

Le sujet aura à restructurer tant son image corporelle que celle de son cœur, mises à mal par l'annonce de la maladie et les traitements afférents



Travail autour du corps

Comme le concept d'identité, celui de l'image du corps va être bouleversé et mis à mal par l'arrivée brutale d'une maladie (Fischer et Tarquinio, 2002), et ce, d'autant plus quand cette maladie affecte un organe symboliquement investi comme le cœur. Qu'il s'agisse de l'angioplastie, du pontage aorto-coronarien, de chirurgie valvulaire ou d'implantation d'un défibrillateur cardiaque, la réification extrême de l'organe cardiaque semble effacer, bafouer, toutes les projections symboliques et affectives des patients. En effet, tous ces actes médicaux nient les représentations et les investissements que les sujets pouvaient avoir vis-à-vis de leur cœur.

Ainsi, selon J. Vaysse (1994), ces patients doivent réellement gérer l'ambivalence des deux acceptations cœur réel/cœur imaginaire et symbolique, et gérer l'atteinte cardiaque organique qui implique forcément une atteinte affective et psychique. Il affirme également que les sujets devront restructurer leur image corporelle, ainsi que l'image de leur cœur.

Le pontage aorto-coronarien est une opération très lourde (le chirurgien ouvre et écarte le thorax du patient, puis greffe un vaisseau sanguin qui provient des jambes ou de la poitrine, créant un nouveau passage pour le sang afin de contourner le blocage dans une artère coronaire), et laisse aux patients un stigmate visible, ce qui fait que, d'une part, ils ne peuvent oublier ce qui leur est arrivé, mais en outre, selon la tenue vestimentaire qu'ils portent, les autres ne peuvent également l'ignorer (ce qui rend d'autant plus aisément compréhensible l'appréhension que peuvent ressentir les conjoints des personnes pontées à avoir des rapports sexuels : la maladie et le risque de mort subite se rappellent sans cesse à leur souvenir).

Certaines valvulopathies peuvent bénéficier de chirurgie valvulaire cardiaque. Du point de vue technique, le chirurgien a parfois le choix entre une réparation de la valve cardiaque (plastie valvulaire) ou un remplacement à l'aide d'une prothèse. Qu'en est-il du schéma corporel lorsqu'un intrus s'incruste dans l'intégrité du corps du patient ? La prothèse valvulaire peut être soit mécanique soit biologique. Dans ce dernier cas, elle est réalisée à partir de tissus de bœuf ou de porc. On peut, à juste titre, supposer le retentissement intrapsychique que va avoir un tel acte de chirurgie au niveau de l'imaginaire du sujet et de son schéma corporel.

Les défibrillateurs cardiaques implantables sont des appareils miniaturisés que l'on peut implanter sous la peau et relier au cœur par des électrodes. Ils sont destinés à des personnes qui ont un fort risque de vivre un jour une fibrillation ventriculaire (maladie du rythme cardiaque, antécédent de fibrillation ventriculaire, grave insuffisance cardiaque). La possibilité d'un choc électrique thérapeutique devient alors permanente. Ainsi, les personnes sont dotées d'un défibrillateur cardiaque pour éviter le risque de mort subite. Comme l'explique K. Lahlou-Laforêt (2003), que ce risque soit franchement ou vaguement signifié au patient par le cardiologue, il est sans cesse présent à l'esprit du patient. Le déclenchement des chocs (certes salvateurs),

provenant d'un appareil faisant désormais partie du corps, peut être perturbateur pour l'image du corps. Tous ces éléments (surveillance continue et chocs) provenant de cette petite boîte (tout à fait visible) implantée sous la peau au-dessus de la poitrine peuvent donner aux patients un sentiment « *d'inquiétante étrangeté* ».

L'implantation du défibrillateur cardiaque et les chocs électriques associés sont ainsi particulièrement déstructurant pour l'image corporelle du sujet qui subit continuellement des effractions. De plus, la survie du cœur, et donc du corps et son bon fonctionnement, est réduite à la mise en marche de ce petit appareil. Ainsi, pour tous ces patients dont les actes chirurgicaux ont entraîné une altération et-ou une déstructuration de leur schéma corporel, il s'agissait de proposer un travail d'élaboration autour de leur corps, de l'image et des représentations qu'ils en ont, afin de reconstruire leur schéma corporel, qui intégrera leurs transformations, les objets implantés (valve, défibrillateurs cardiaques, greffon) qui feront partie intégrante de leur nouvelle identité corporelle.

Les objectifs de ce travail d'élaboration de la maladie sont multiples. D'une part, il s'agit de favoriser un retour à un fonctionnement psychique adéquat (en pouvant se positionner dans le temps et dans l'espace par rapport à l'arrivée de la maladie), une restauration des sentiments identitaires et d'estime de soi, avec une objectalisation de la maladie, mais aussi une reconnaissance psychique de l'événement biologique qu'est la maladie (Pedinelli, 1994). D'après cet auteur, le travail de la maladie permet également aux patients de s'approprier ce phénomène de maladie, mais aussi de se réapproprier leur corps.

Cependant, il semble important, en entamant ce travail de maladie, de respecter les mécanismes de défense des patients (notamment le déni et le refoulement). En effet, il est essentiel d'éviter tout acharnement psychothérapeutique ou relationnel. Il convient de respecter le temps du patient.

Et, parfois, il convient alors, comme le suggère S. Pucheu (1997), d'accepter « *l'élan libidinal* », dans lequel certains patients nous emmènent, dans une espèce de « déni partagé » avec le patient, déni de sa propre mort possible.

Plan de l'article

1. [Les théories étiologiques](#)
2. [Articulation de la maladie à l'histoire de vie du sujet](#)
3. [Rupture et reconstruction identitaire](#)
4. [Changement de valeurs](#)
5. [Travail autour du corps](#)

Pour citer cet article

Marchetti Élise, « Être psychologue dans un service hospitalier de cardiologie », *Le Journal des psychologues*, 9/2007 (n° 252), p. 35-38.

URL: <http://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2007-9-page-35.htm>

DOI : [10.3917/idp.252.0035](https://doi.org/10.3917/idp.252.0035)