

Malentendu et communication

Je voudrais évoquer le versant subjectif tel qu'il est engagé dans la communication humaine.

Je partirai d'une conception de la communication comme échange langagier propre aux hommes, donc entre sujets parlants, c'est-à-dire mise en jeu signifiante et usage de la langue dans la relation à l'autre.

Je m'intéresserai donc dans la communication au registre du sens et non pas à celui de l'effectuation pratique de l'action. Au-delà des fonctions diverses que peut avoir à assumer la communication langagière, il me semble que ces deux pôles :

- la langue dans son fonctionnement propre de création de signifiés
- la relation à l'autre

sont incontournables et en continuelle interaction.

En partant du difficile dialogue entre une équipe soignante et des femmes enceintes hospitalisées, j'aimerais pointer une particularité de la communication : la signification linguistique des messages s'y trouve continuellement subvertie par des effets de sens qui troublent la compréhension que dicterait à chacun des partenaires son expérience de la tradition linguistique et l'usage commun, et qui installent le malentendu.

J'essaierai de mettre en évidence que ces effets de sens, étrangers à la signification manifeste du message, témoignent de la subjectivité des interlocuteurs telle qu'elle est mobilisée par l'objet de l'échange, comme par ce que chacun ressent de la position de l'autre dans une situation donnée.

Mon expérience est celle d'une équipe de psychologues formés à la psychanalyse dans un service hospitalier d'obstétrique : il accueille des femmes enceintes dont la grossesse présente une pathologie ou un risque de pathologie et appelle une surveillance ou des soins médicaux stricts. C'est un service très réputé dans la prévention de la prématurité et des

pathologies gravidiques.

La plupart des femmes sont hospitalisées lors d'une menace d'accouchement prématuré ou d'un facteur pathologique qui compromettrait la survie du fœtus ou la santé du futur nourrisson.

Notre position et notre fonction dans le service sont nettement différenciées de celles des soignants : nous ne participons pas à l'acte diagnostique et thérapeutique médical. Cependant, l'équipe soignante nous interpelle souvent ou nous consulte à propos de leur relation avec des patientes.

Fonction institutionnelle des soignants

Les soignants assument une responsabilité dans la surveillance médicale de la patiente, ils assurent la prévention ou les soins de toutes les pathologies qui peuvent affecter le fœtus et l'évolution de la gestation; celle-ci doit être conduite absolument jusqu'à un terme convenable : au moins 37 semaines sur 40 ou 41.

- Cette responsabilité prophylactique et thérapeutique conduit les soignants à privilégier le développement du fœtus et les conditions biologiques et "écologiques" de la gestation.

Leur attention est d'abord centrée sur l'enfant à naître. La connaissance des processus gestationnels leur apporte des normes scientifiques précises pour leurs interventions. Leur responsabilité est engagée dans la préservation de la santé voire de la vie.

Cette responsabilité les conduit à prêter à la femme enceinte le même idéal de rationalité médicale que celui qui les anime, et à mettre à distance la complexité et les contradictions du contexte existentiel particulier dans lequel pour chaque femme se développe la maternité. Depuis la légalité de la contraception d'une part et celle de l'interruption volontaire de grossesse d'autre part, toutes les naissances sont supposées désirées. C'est tout ce qui compte. Les soignants nous disent souvent, devant le caractère rigoureux et contraignant d'un traitement : "il faut qu'elles sachent ce qu'elles veulent; elles veulent un enfant, c'est comme ça."

Fonction des psychologues dans le service

Nous sommes là pour que la femme enceinte hospitalisée puisse parler

d'elle-même comme sujet de ce qui lui arrive, et pour nous occuper de l'impact psychologique de l'incident gynécologique et de sa prise en charge médicale, voire du versant psychologique de la grossesse et de sa pathologie.

L'entretien avec la psychologue est indiqué à chaque femme enceinte hospitalisée par le médecin responsable ou l'infirmière. Mais l'entretien ne se développe que lorsque nous avons précisé nous-même à la patiente notre fonction et notre place dans le service, que le secret de ses propos lui est garanti (notamment dans le dossier médical) et qu'elle marque son accord ou son souhait de cet entretien.

Le premier entretien a lieu à un moment souvent dramatique du vécu de la grossesse : moment d'hospitalisation où la grossesse bascule dans le registre de la maladie et où la femme enceinte est brutalement séparée de son milieu familial et de ses activités.

C'est notre position de tiers par rapport à la relation soignant-femme enceinte et notre fonction d'écoute de la personne malade en tant que sujet de son état (et non en tant que porteur de signes pathologiques) qui nous ont permis de recueillir un témoignage très riche sur le dialogue qui s'établit et se développe entre l'équipe soignante et la patiente sans devoir recourir à l'observation directe ou au montage expérimental.

C'est notre attention portée exclusivement à ce que disent les patientes d'une part, les soignants d'autre part, dans leur parole singulière à propos de la "maladie" et à propos de la relation soignant-soignée qui nous a permis de trouver un support linguistique, à une analyse des difficultés et des impasses de ce dialogue, et d'approcher sur ces bases le ressort psychologique du profond malentendu qui les marque souvent.

Les entretiens avec les femmes enceintes se déroulent de la façon suivante : nous laissons la personne nous parler d'elle et de son état, selon ses thèmes propres sans questionnement systématique. Les éléments biographiques et d'anamnèse sont ainsi apportés dans le fil du récit et des commentaires de la patiente, selon leur logique interne; c'est-à-dire marqués du sens conscient et non-conscient dont ils sont porteurs pour chaque femme.

De sorte que la proximité dans le discours des éléments évoqués est pour nous une indication que ces éléments sont appelés l'un par l'autre

quant à leur effet de sens pour la personne qui les énonce, même si elle n'en a pas conscience. Les signifiants qui les évoquent et les relient entre eux nous guident vers une lecture de leur valeur signifiante pour la personne qui parle, puisque c'est elle qui met en mots les éléments de son histoire et certains aspects des événements corporels qui lui arrivent et qui, se produisant dans le présent, font surgir du passé proche ou lointain l'évocation d'expériences personnelles plus anciennes avec lesquelles ils forment un réseau associatif.

Avec les soignants, l'échange est plus difficile et plus prudent. Ils sont souvent sur des positions défensives et anxieuses et nous tâchons de n'être ni des censeurs, ni des supporteurs des positions dont ils témoignent vis à vis de leur patiente; nous essayons au contraire d'être disponibles pour leur éventuel questionnement. L'échange avec les soignants prend place dans un travail de réflexion sur leur pratique, ce qui nous amène à reprendre des cas cliniques et à évoquer avec eux leur engagement dans la relation avec telle de leurs patientes.

Le malentendu : un exemple

Le cadre et les actants étant succinctement qualifiés, je vais maintenant reprendre l'exemple concret d'un malentendu soignant-femme enceinte : malentendu qui s'est noué d'une façon poignante dès l'arrivée de la patiente à l'hôpital, et qui n'a pas pu être levé avant de se cristalliser dans une altercation violente, provoquant le départ contre-avis de la patiente.

Je l'appellerai "Elle"

Madame "Elle" ou L. est une jeune femme de 24 ans, hospitalisée à la 33e semaine de sa seconde grossesse dans les circonstances suivantes : Deux jours après la consultation prénatale obligatoire du 8e mois, son médecin en ville lui a fait demander par téléphone de passer à l'hôpital un ou deux jours pour des examens. En fait, l'infection urinaire décelée lors de la consultation a conduit le médecin à demander une analyse du liquide amniotique. Elle est venue très volontiers, mais une fois à l'hôpital et les prélèvements effectués, elle a manifesté sa volonté de repartir avant les résultats. Ce qui a plongé tout le monde dans la consternation.

J'ai rencontré cette jeune femme à la demande de l'infirmière-chef, très énervée par la réaction jugée inopportune de cette patiente : "elle pleure tout le temps, elle dit qu'elle veut rentrer, elle répète tout le temps la même chose et on a beau lui expliquer, elle ne veut pas comprendre qu'il faut qu'elle reste là".

Je demande ce qui se passe pour elle et m'aperçois de l'incertitude et de l'inquiétude de l'équipe soignante quant à l'évolution de cette grossesse, suivie jusque-là en ville par le médecin de famille.

L'équipe soupçonne un milieu utérin trop pauvre, redoute une hypotrophie foetale méconnue jusqu'ici et des analyses plus fines sont attendues pour mettre en route un traitement; celui-ci impliquera que la jeune femme soit hospitalisée : à la fois pour contrôler au fur et à mesure l'effet médicamenteux, et pour surveiller son alimentation et son mode de vie. De tout cela apparemment on ne lui a rien dit, "puisqu'on n'était pas sûr" et qu'"il fallait attendre".

Que sait-on d'elle? "Qu'elle a déjà une petite fille de 5 ans, qu'elle est au chômage, qu'elle fume, qu'on ne sait pas si elle mange convenablement." Je demande s'il y a pour elle des difficultés socio-économiques évidentes : l'infirmière n'a pas d'information, mais l'aide-soignante ne le croit pas et remarque simplement que "le mari à l'air bien". Rien de plus.

Ce qui domine le propos des infirmières, c'est leur irritation devant l'apparente incompréhension par la malade de son état et de l'intervention de l'équipe hospitalière.

Ses pleurs, son rejet de la surveillance hospitalière, ses escapades à la cafétéria pour fumer, sa demande stéréotypée de rentrer chez elle, sont ressenties par le personnel comme autant de manifestations d'hostilité, et comme une mise en cause de leur autorité et de leur compétence en même temps qu'une ignorance et un mépris de leur dévouement. Et sans doute "l'indiscipline" de la patiente est-elle aussi une protestation. Mais de quoi ? La protestation n'est pas seulement révolte, elle est aussi affirmation, appel à être entendu.

Qu'apparaît-il dans l'entretien avec Madame L.? Je me limiterai à ce qui touche de plus près à notre thème.

Elle arrive en pleurs, répétant sa plainte d'être là sans pouvoir

rentrer. Mais lorsque je lui demande ce qui la tourmente et lui propose d'en parler, elle se détend, parle assez facilement et évoque de nombreux éléments de sa situation présente et de son histoire avec un calme et même un certain plaisir qui contrastent avec l'image qu'elle a pu donner d'elle dans le service.

Elle situe son souhait insistant de rentrer chez elle dans le contexte de sa préoccupation pour sa fillette laissée à la garde impronptue de la grand-mère maternelle dans un autre village, de sa difficulté à être plus éloignée encore de son mari, employé comme plombier en Allemagne et donc déjà absent de longs moments dans la semaine, et de son appréhension de l'hôpital comme tel. "Je ne suis pas malade moi. Je n'ai rien" répète-t-elle plusieurs fois. "J'étais juste venue pour des examens et maintenant on me garde, on me laisse plus sortir".

Cette seconde grossesse est très importante pour elle à plusieurs titres.

Désirée par elle et, dit-elle, par son mari, ce sera le premier enfant du couple marié depuis un an. "Avant, j'étais en concubinage, explique-t-elle, Sylvie est de l'autre, j'avais oublié ma pilule. Il est parti en 84. C'était un délinquant, il pensait qu'aux copains et il me battait. Il est parti en me laissant sans rien, juste avec la petite".

La mention de sa première maternité et de son premier partenaire viennent là comme une parenthèse contrastive dans l'évocation de sa présente grossesse.

Cette deuxième grossesse la renvoie aussi à son père, décédé il y a 7 mois et dont Madame L. me dit : "qu'il en était très heureux pour elle". "Il disait toujours qu'il voulait voir ce petit-là; maintenant il n'est plus là pour la voir". Et ajoute-t-elle : "moi je suis là sans rien faire". Madame L. a été très affectée par la disparition de son père; avant de parler des circonstances de son décès, elle évoque le soutien matériel et moral qu'il lui a apporté lorsqu'elle a été quittée par son premier compagnon. "Il venait toutes les semaines, il apportait de l'argent, il restait un moment..." Elle ajoute : "il était content de mon deuxième mari; J'ai un mari avec lui, pas comme l'autre". (est-ce une citation?)

Comment son père est-il mort?

Presque subitement, pour elle du moins, d'un cancer d'évolution

rapide, qui aurait été diagnostiqué à l'occasion d'une hospitalisation "pour une entorse au genou : un accident à la ferme". "On devait l'opérer de son genou et on avait fait des analyses. Mais le mariage était prévu pour le samedi; l'opération a été reculée au lundi... Il y a eu plusieurs interventions; c'est dans les analyses qu'ils ont trouvé. Il n'est plus ressorti".

On ne peut s'empêcher de remarquer la similitude des termes qu'elle emploie pour parler l'hospitalisation funeste de son père et la sienne puisque : la maladie grave et la mort, se profilant derrière le motif bénin, elle est révélée par "les analyses". Mêmes mots (les analyses, être à l'hôpital, il n'est plus sorti, on ne me laisse plus sortir...) : même destin?

Madame L. invite encore à ce rapprochement qu'elle méconnaît cependant, en revenant à son souhait de fuir ce lieu, d'avoir un sursis. Elle compose : "Je voudrais rentrer au moins samedi, être chez moi dimanche. Je reviendrai lundi s'il faut. Pourquoi ils ne veulent pas. Ils ne me disent rien, alors pourquoi? Ici encore, "partir samedi, revenir lundi", répètent à son insu le sursis octroyé par le chirurgien à son père pour assister au mariage de sa fille.

Le silence des soignants paraît à Madame L. aussi hostile qu'à eux ses pleurs et sa révolte.

C'est autour de cela que se cristallise le malentendu : De quoi s'agit-il? Quel est ce non-dit?

Comment ne pas entendre la terreur de la mort qui pourrait s'annoncer pour Madame L. comme cela se fit pour son père? Le destin se répèterait-il là maintenant, à l'instant? Et pour frapper qui? Madame L. pense sans doute à elle-même : "Je ne suis pas malade".

Les soignants eux aussi redoutent la mort ou la maladie, mais c'est celle du fœtus. Celui-là dont on n'ose surtout pas parler à la femme enceinte hospitalisée parce que justement "on ne sait s'il vivra".

Dans notre exemple, la patiente exprime l'importance de l'enfant à naître comme métonymie de l'amour et comme hommage à son père, mais elle écarte ou dévie l'existence du moindre obstacle à cet accomplissement. Elle ne veut pas, ne peut pas savoir qu'il puisse y avoir une difficulté à l'évolution de sa grossesse. Elle se défend pour elle-même de la proximité de la maladie et de la mort qui font retour dans l'intérieur de son corps,

précisément dans cette poche utérine qui est à la fois le plus intime de son propre corps et la poche en creux où vit l'autre en elle. Elle se protège en niant toute pathologie possible. Ce faisant, elle risque la maladie, peut-être la mort de l'autre, et dévoile ainsi l'ambivalence courante mais inconsciente des mères à l'égard de l'enfant qu'elles portent en elle.

C'est dans cette contradiction, dans cette désinvolture apparente et dans son envie de se rapprocher coûte que coûte de ceux qui vivent, que se signifie sa souffrance. (Ce, "je ne suis pas malade moi" est peut-être à entendre aussi, sous la forme de la dénégation, comme un "ne voyez-vous pas que je souffre").

Car c'est cette souffrance-là que l'équipe soignante ne parvient pas à supporter et donc à entendre. Peut-être parce que la souffrance de cette femme, révélée par ou à l'occasion d'une pathologie de la grossesse, touche en eux une réalité inconnue d'eux-mêmes, inconsciente, et qu'ils tiennent à distance.

La malade ne peut la mettre en mots dans le dialogue avec les soignants d'une part parce qu'elle ignore encore elle-même, et d'autre part parce que les soignants manifestent par avance qu'ils ne peuvent tolérer de l'entendre. Tolérer que cette femme puisse avoir des raisons à elle seule de souffrir dans sa grossesse, de sa grossesse. Souffrir de quelque chose qui fait irruption pour elle dans l'incident pathologique lui-même ou dans sa prise en charge médicale.

Notre patiente entend cela comme son exclusion. Avec ses pleurs, sa plainte, elle tente d'imposer aux soignants son existence à elle dans cette grossesse qu'ils prennent en charge et d'où elle se sent mise hors-jeu dès lors qu'elle ne joue pas le jeu de la médecine.

Pourquoi est-il impossible aux soignants de supporter l'interpellation de cette femme, et son rejet apparent de leurs soins?

La naissance prématurée, l'interruption pathologique d'une grossesse, la mort du fœtus, sont toujours un échec pour l'équipe obstétricale, par rapport à l'idéal professionnel qui soutient son action.

Que la mort ne puisse être évitée, que la maladie déjoue les efforts médicaux sont la limite toujours difficilement acceptée de l'activité thérapeutique. Les connaissances scientifiques sont là pour faire reculer

cette limite. La compétence et la conscience professionnelle rendent son existence tolérable et soulagent la culpabilité des soignants.

Mais l'attitude du malade ou d'un tiers, ici la femme enceinte en position de tiers par rapport au fœtus, peut apparaître comme un obstacle à la réalisation de cet objectif et de cet idéal médical. Elle peut représenter le responsable de l'échec, l'adversaire.

Lorsque Madame L. ne veut rien savoir en apparence des conditions biologiques défavorables dans lesquelles se développe son enfant in utero, l'équipe soignante craint d'entendre que la vie de son enfant à naître lui importe moins que quelque chose d'autre. Ce n'est peut-être pas faux, ou pas totalement faux, si l'on se reporte à ce que nous dit Madame L.. Mais c'est que Madame L. est à ce moment-là submergée par une souffrance qui se réveille en elle, dont peut-être l'attente-même de l'enfant, quand tout allait bien, assurait le sommeil, et qui l'empêche tout simplement d'être en prise sur la réalité présente, et pouvoir penser au fœtus qu'elle porte comme à cet enfant auquel, dans son discours elle tient tant.

L'incompréhension, le blocage de la communication entre l'équipe soignante et cette femme ne tient donc pas à des raisons linguistiques, mais s'appuie cependant sur la pluralité et la divergence des contextes évoqués par les mots effectivement prononcés pour chacun des interlocuteurs, contextes qui leur confèrent leur sens :

"Il faut attendre le résultat des analyses".

"Je veux rentrer tout de suite chez moi".

Cette incompréhension dévoile aussi qu'un malentendu suppose que quelque chose de la vérité du propos échangé est en même temps entendu et refusé, ici :

le rapport à la mort et à la maladie, différent pour chaque protagoniste, mais également passionnel et méconnu pour chacun;

la peur de l'autre, en tant que ses attitudes, ses attentes, soupçonnées, entr'entendues, interroge l'idéal ou les images autour desquels se conforte le moi de chacun.

Dans cette perspective, la formation à la communication, l'amélioration de son déroulement, ne consistent pas à tendre vers la transparence et l'univocité des énoncés ou vers leur clarification rationnelle, mais à tolérer l'ambiguïté et l'équivoque qui donne des chances à une relance de l'énonciation. Car la communication ne vise pas

simplement l'élucidation d'un référent objectivable; elle est aussi rencontre de l'autre dans le langage qui en est à la fois, en raison-même de sa nature symbolique, le support, le médium, et l'obstacle.

Université Strasbourg I
UA CNRS 668 (Ladisis)
F 67'000 Strasbourg

Dominique Weil