

# R

## éflexions cliniques sur les implications psychologiques de la transplantation rénale.

C. AUSSENAC - Psychologue clinicienne - Service Maladies du Sang - Néphrologie - C.H.U. MONTPELLIER

### RÉSUMÉ

La transplantation rénale mobilise, chez les sujets qui y sont soumis, quantité d'affects et de fantasmes que ne doivent pas négliger les équipes de soins. Ce vécu psychologique peut être, en effet, à l'origine de décompensations anxieuses, dépressives, voire délirantes, qu'il importe de prévenir dans la mesure du possible. Le facteur relationnel est ici primordial. L'auteur s'appuie sur son expérience clinique pour mettre en relief ce type de problèmes rencontrés dans la pratique.

Le psychologue clinicien travaillant dans un service de Néphrologie, ne peut manquer d'observer les implications psychologiques et affectives des transplantations rénales.

Côtoyer, en effet, des personnes greffées, depuis peu, ou en attente de l'être; depuis fort longtemps, longtemps -ou récemment inscrites- ou encore greffées mais ayant dû revenir à la dialyse, ou bien encore ne pouvant bénéficier de ce type de traitement (âge ou autre contre-indication...) ou, plus rarement peut-être, mais cela existe, refusant d'être greffées (nous reviendrons plus loin sur la question de l'ambivalence dans ce projet), sont autant de rencontres où, les effets psychologiques, affectifs, qui entourent la greffe - il serait d'ailleurs plus rigoureux de parler ici de transplantation, même si en pratique les deux termes sont communément admis - doivent nous interroger et retenir toute notre attention.

Tenter d'aborder "le vécu des greffés" ne peut guère s'envisager en dehors des propos tenus par les malades concernés, eux-mêmes. Paroles confiées aux soignants, la plupart du temps au cours de l'intimité des soins quotidiens. Ce sont leurs mots, leurs réflexions, dont les différents membres de l'équipe soignante sont tour à tour les dépositaires qui ont ouvert la voie aux observations qui vont suivre.

Nous prions donc le lecteur de considérer ce travail comme une réflexion clinique personnelle, qui doit évidemment trouver des échos dans la littérature spécialisée et dans la pratique de nos collègues à travers le monde - mais, plus que sur la littérature, nous avons fondé nos réflexions sur l'expérience, cherchant ainsi à préserver la force qu'elles doivent aux rencontres concrètes, avec des personnes vivantes et singulières, dont elles sont issues.

Nous cheminerons en privilégiant trois étapes, temps forts, moments critiques - au sens large du terme - que nous pourrions intituler:

- LE PROJET
- L'ÉVÈNEMENT
- LES LENDEMAINS

### L'ÉLABORATION DU PROJET

#### Que représente la greffe pour les malades ?

Nous pourrions avancer d'emblée que la greffe - pas seulement rénale - est fantasmée par la majorité comme LA solution; elle égale la guérison.

De manière triviale: on imagine que l'on change la pièce défectueuse et que, le tour joué, la machine repart. Les médias diffusent largement nombre d'informations et de témoignages qui entretiennent l'idée d'évidence simple de cet acte médico-chirurgical.

Si c'est la résolution la plus simple, et couramment pratiquée, du handicap, pourquoi ne pas en bénéficier ?

Autrement dit, pour la majorité, le vœu de greffe ne sera pas caché; elle sera au contraire quasi exigée et parfois même bruyamment revendiquée dans les plus brefs délais: la servitude de la dialyse devenant alors intolérable.

Si je m'informe auprès des hommes de l'art, je vérifie que, dans la pratique médicale, la transplantation rénale est, en effet, une affaire qui marche, si j'ose ainsi m'exprimer; il s'agit sans nul doute du meilleur traitement actuel de l'insuffisance rénale chronique; les statistiques en témoignent: plus de 80% de succès, jusqu'à 95% dans les cas de donneurs HLA identiques; nombre de greffons qui tiennent, plus de vingt après, sans rejet. La seule ombre au tableau restant liée aux complications possibles de l'indispensable immunosuppression non dépourvue de toxicité.

Revenons à l'exigence d'une greffe "le plus vite possible", disions-nous, pour certains; pour nous demander à quel moment certaines nuances vont affadir l'immense espoir et, du même coup, rendre plus délicate la tâche des soignants.

Nous n'ignorons plus désormais que, la belle confiance d'antan où, les yeux fermés, le malade se livrait à son médecin ou à la médecine, est révolue. Sans parler des fissures qui l'ébranlent depuis quelques temps avec l'affaire du sang contaminé et autres.

Aujourd'hui les malades et/ou leur entourage s'informent, veulent en savoir toujours plus - la formation nécessaire pour accueillir, comprendre la complexité des informations reçues, manque et occasionne une souffrance de plus, faite de perplexité, de désarroi profond face à un choix rendu de plus en plus difficile par la somme d'informations à assimiler.

#### L'inscription

C'est donc lorsque l'évènement se précise: **inscription sur la liste** précédée du **bilan pré-greffe** que pourra surgir une

crise (plus ou moins discrète), le malade réalisant tout à coup l'imminence de la greffe mais aussi le sérieux de ce qui lui arrive; il ne peut plus dénier par exemple l'irréversibilité de son affection.

Même la personne la plus décidée à se faire greffer va se poser des questions, peut-être d'autres questions, plus pointues, ou auxquelles elle n'avait pas encore songé (autour des risques encourus au cours de l'intervention, des suites à prévoir, etc) au moment de faire le pas.

C'est dire combien le temps de mûrir le projet est nécessaire afin que le malade prenne sa décision le plus sereinement possible.

C'est dire combien le médecin prescripteur devra donner de son temps pour écouter les questions, souvent répétitives, souvent naïves, les hésitations et, nous l'évoquions plus haut, l'ambivalence: "Je veux mais je ne veux pas", "je veux...mais...et si...", écouter mais aussi savoir donner les informations justes, celles qui s'imposent, sans exercer de pression d'une manière ou d'une autre...Ce n'est pas facile.

Une fois inscrit, le malade sera plus calme; toutefois, au fil de l'attente, et d'autant plus si elle se prolonge, les doutes viennent ("suis-je bien inscrit?, m'a-t-on dit la vérité?", "Y a-t-il du piston?", "est-ce vrai ces histoires que l'on raconte de-ci de-là du côté des gens soi-disant bien informés?"). Le vécu persécutoire fait surface, la méfiance taraude parfois certains malades. Des doutes viennent et/ou reviennent également quant à la décision même de se faire greffer: "X ou Y m'a raconté ceci ou cela, si c'est ça la greffe! Est-ce un choix bien judicieux? Finalement je me suis à présent bien habitué au traitement par dialyse...".

Nous retrouvons l'ambivalence qui souligne toujours l'impasse dans laquelle se trouve, de toute façon, la personne atteinte d'une maladie chronique; elle est acculée à vivre avec une déficience, c'est un fait, mais le refus de l'évidence ne cède foncièrement pas - le deuil de la fonction perdue ne se fait que peu à peu.

Les équipes d'hémodialyse chronique jouent un rôle de soutien au cours de ce temps d'attente (1). Si des rendez-vous avec le médecin référent ponctuent ce temps, le malade en retirera l'appui qui lui est indispensable pour reprendre pied, ne pas s'égarer aux prises avec une décision que l'attente dilue, dont il finit par oublier les tenants et les aboutissants.

### **L'attente**

Nous pourrions distinguer des **styles d'attente** selon la personnalité des malades.

Certaines personnes attendent de manière raisonnable le probable appel; elles savent qu'elles ont communiqué les adresses nécessaires et suffisantes pour être trouvées à tout moment; leur vie se poursuit comme à l'accoutumée - dans une maîtrise de l'anxiété possible.

D'autres personnes attendent de manière invalidante: rivées au téléphone, fixées à l'idée de l'appel, incapables de mener une vie normale, obsédées par le fait que l'on puisse ne pas les trouver au cas où - submergées par l'anxiété.

D'autres encore, ont des dialyses de plus en plus difficiles (poids excessif; terreur de la fistule; récriminations multiples) comme pour faire accélérer le mouvement, dans tous les cas pour être reconnues dans une souffrance intenable, voire risquée pour leur vie (potassium ++).

Dans de telles situations, la crise se poursuit jusqu'à la greffe: ces personnes, refusant l'insuffisance rénale chronique, ne seront à nouveau d'aplomb qu'une fois "guéries" par le biais de la greffe - seul traitement qui ne se voit pas et peut permettre d'éviter la trop humiliante réalité (1).

### **L'appel de la greffe**

L'appel de la greffe est un autre moment crucial, une autre crise possible.

Branle-bas de combat, y compris, là encore, pour les personnes les plus fermement décidées et pour celles, rivées au téléphone, que nous venons de décrire.

L'appel est toujours une surprise: rien n'y prépare.

Départ précipité; attente angoissée des résultats du cross-match si l'on est plusieurs; il faut parfois repartir...bredouille, déçu et, paradoxalement, soulagé (l'ambivalence toujours).

### **L'ÉVÈNEMENT: LA TRANSPLANTATION**

Celui ou celle qui reste se trouve en état d'attente fébrile: "il faut que ça marche!".

Sans nous y attarder, nous ne pouvons passer toutefois sous silence les craintes les plus communément répandues concernant **l'intervention chirurgicale** elle-même:

- L'appréhension de l'anesthésie (atteignant dans certains cas le degré de phobie: la peur de "ne pas se réveiller" tenaillant le malade).
- Le souci d'avoir à "passer sur le billard", autrement dit, d'être livré littéralement sans défense, manipulé dans l'absence d'un sommeil chimiquement induit; souci-méfiance engendrant, lorsque les événements ne prennent pas la tournure escomptée après l'opération, un questionnement autour de "ce qui s'est vraiment passé pendant l'intervention... gestes qui resteront à jamais occultés..." (chapitre du seul ressort de l'imaginaire pour le sujet).

Lorsque l'on a l'opportunité de se trouver auprès du malade dans la chambre où il est "préparé" avant de descendre au Bloc, on peut avoir l'occasion d'entendre également l'expression d'un autre trouble, plus archaïque, plus irrationnel, ayant trait à la "punition" (superstition pour les uns? croyance en quelque châtement divin pour les autres? où le: "je n'ai pas voulu que quelqu'un meure pour..." sonne comme une sorte de recours ou de stratagème inconscient, contraphobique, pour disculper, blanchir le sujet de quelque obscure faute en train de se commettre.

Nous y reconnaissons les figures de la culpabilité.

Culpabilité qui s'est déjà exprimée pendant les mois d'attente, lorsqu'autour de fins de semaines réputées meurtrières sur les routes, les malades parlent, toujours en termes de dénégation, de leur souhait d'être enfin greffés.

Culpabilité autour de la mort de quelqu'un d'autre pour soi-même re-vivre et, inextricablement lié(s) le(s) fantôme(s) autour de ce "cadavre" d'où provient le greffon.

Ici, une halte s'impose pour écouter l'écho du mot "cadavre":

Si l'appellation "rein de cadavre" a une rigoureuse signification dans la terminologie médicale où elle sous-entend l'ensemble des précautions exceptionnelles prises, codifiées, pour établir le diagnostic de mort sans ambiguïté dans le cadre des prélèvements d'organes; il n'en reste pas moins que cadavre est un terme usuel emprunté à la langue française (nous pourrions faire les mêmes observations en ce qui concerne d'autres notions comme celle de "stade ultime" ou "stade terminal" pour l'insuffisance rénale); ce n'est pas n'importe quel signifiant et pour tout un chacun, nous savons les plus ordinaires connotations dont il est empreint, dont il résonne: dépouille, corps mort, qui se corrompt, se décompose, des visions macabres peuvent l'accompagner (le cinéma fantastique sait en tirer le plus grand profit pour les amateurs de sensations fortes...).

Les uns (la plupart) ne seront que traversés par les échos du signifiant; d'autres en seront impressionnés jusqu'à en délirer - l'effet des corticoïdes, nous en avons des exemples, pouvant sembler-t-il faire flamber cette sensibilité particulière (les thèmes délirants sont de type persécutoire et/ou érotiques la plupart du temps).

La curiosité, vaguement inquiète, autour du cadavre, du mort là en question, se dira au travers de questions concernant l'âge, le sexe, les causes de l'accident du donneur...questions qui camouflent la question-tabou (non-dite, jugulée par le sentiment de honte à l'éprouver) qui concerne en fait l'état du greffon: que peut-on attendre d'un cadavre? le greffon ne risque-t-il pas d'être abîmé, avarié par l'attente? Endommagé par l'accident? S'agit-il d'un bon rein qui pourra faire du profit? Et, plus enfouie dans la pensée du receveur, la question de la vie menée par son propriétaire: était-elle saine? Ou, risque-t-il de me transmettre quelque chose - que l'on ignore encore médicalement, que l'on n'a pas encore découvert (cf le sang)? Qui était-il (elle)? Dont je vais porter un "bout" en moi; la différence d'organe peut-elle provoquer ou changer quelque chose en moi? et tant d'autres questions propres à chacun.

Ce déchaînement de fantasmes que, sous l'effet de l'anxiété, on tourne et retourne dans sa tête, ne va pas bien sûr, chez la plupart des patients, sans une certaine conscience de leur caractère irrationnel: ils en ont honte et n'osent guère en parler - ce serait faire montre de bien peu de correction que d'exprimer à haute voix des soupçons aussi vils et égocentriques, dans une situation où l'on ne peut, décemment, que manifester une immense reconnaissance à l'égard de celui ou celle qui, en partant, jeune, de manière habituellement dramatique pour lui et son entourage, n'a pas hésité à faire acte de solidarité.

Lorsque l'on sait combien les réticences de toujours ont la vie dure (et encore accusées actuellement par certains faits divers relatés par les médias) du côté des prélèvements d'organes - angoisse, pour les donneurs potentiels et/ou leur famille, de perdre son intégrité dans cette certitude absolue de mort? angoisse de mourir vraiment? - la reconnaissance vis-à-vis des personnes qui en saisissent la gravité, l'importance

pour toutes celles et tous ceux qui, malades, attendent ce geste pour vivre (c'est-à-dire ne pas mourir: cœur, foie. Le rein n'ayant pas ce caractère d'obligatoire urgence compte tenu du traitement de suppléance) le sentiment moral, la reconnaissance, ne peuvent qu'inhiber socialement toute remarque à propos de la qualité de l'organe reçu, qui ne pourra être accueilli que dans une dignité auréolée d'espoir.

Soulignons à cet endroit la délicate question des donneurs vivants où la valeur de la dette prend une importance considérable et risque d'être à l'origine de bien de difficultés psychologiques de part et d'autre: la greffe restant un "pari" sans aucune garantie de réussite totale...Si rejet il y a, il va d'autant plus peser sur le receveur qui ne manquera pas de s'éprouver comme mauvais n'ayant pas été capable de mener à bien le don, de sauvegarder ce précieux cadeau dont l'autre s'est pour lui, défait.

Dans les cas de donneurs vivants, un examen rigoureux, patient, de la qualité de volontariat du donneur, de la structure mentale du receveur, ne sera par conséquent jamais superflu, dans un climat de totale confiance où le donneur potentiel pourra, à tout moment, se rétracter sans honte.

Enfin, toujours à propos du don d'organes, nous ne pouvons passer sous silence les sévères retentissements psychologiques qui peuvent être observés lorsque la règle de l'anonymat du don n'est pas, absolument respectée, ou en partie seulement - pour des raisons diverses:

- des propos échangés entre soignants, non loin de la chambre du receveur, qui n'a pas manqué de s'en imprégner,
- des formulaires banalement administratifs, mais suffisamment explicites (prénom, âge du donneur), restés accrochés au pied du lit,
- une ou deux informations d'apparence anodine (en l'occurrence l'âge du donneur) communiquées au receveur et/ou à son entourage, dans le but de "rassurer et certifier la qualité et le dynamisme de l'organe transplanté..."

Alors que les seuls date et lieu de provenance du transplant suffisent pour permettre à une famille de "faire une enquête et trouver sur le journal du jour-dit l'accident correspondant..." nous confie la mère d'une jeune femme récemment transplantée.

Ainsi, un adulte de 40 ans est-il douloureusement troublé de savoir le tout jeune âge du rein dont il est bénéficiaire; bousculé, meurtri par cette idée (son propre fils à l'âge du donneur), au point, iront jusqu'à penser les équipes "de perdre peu de temps après l'opération le greffon en question..."

Une jeune fille, de son côté, très inquiète de se savoir "habitée du rein d'un homme", se demande si la différence de sexe ne risque pas d'avoir quelque incidence sur son organisme de femme...

Un homme d'une cinquantaine d'années cherche, lui, à remercier à tout prix "une famille endeuillée qui serait tellement réconfortée"... nous explique-t-il; plusieurs mois après la transplantation il se rend régulièrement, pour la fleurir, sur la tombe du jeune homme "mort, qui l'a sauvé, lui", nourrissant le secret espoir de finir par y rencontrer cette famille "pour leur parler"...

Ces quelques exemples nous enseignent, s'il le fallait, que l'anonymat ne se limite pas au seul nom du propriétaire de l'organe prélevé, mais encore à d'autres coordonnées, telles que l'âge et le sexe, susceptibles celles-ci de faire naître - ou d'accuser - de graves tourments chez la personne greffée.

## LES LENDEMAINS

Une fois réalisée la transplantation, le temps d'hospitalisation peut se dérouler dans les meilleures conditions ou présenter toutes sortes de déconvenues.

Les équipes ont coutume de dire que "lorsque ça commence mal, les faits s'enchaînent et le malade présente alors toutes les complications...".

Avoir une bonne diurèse est la préoccupation principale; quantité et qualité réunies, pour le greffé.

Sont très mal vécus les brusques interruptions ou les ralentissements d'une fonction rénale qui avait remarquablement repris sur la table d'opération et donnait à espérer que "ça y était" au malade, qui ne comprend pas que "ça flanche à nouveau".

Inversement, certains tardent avant de se remettre à uriner: les jours passent, le bocal reste désespérément vide: "ça ne marche pas! ce n'est pas possible! Ils ont beau me dire que parfois il faut attendre 3 semaines/1 mois, je n'y crois plus...".

La joie, l'espoir font alors place à la déception, parfois jusqu'au désespoir, à la dépression, et peuvent être ternis par les doutes déjà évoqués: qualité du greffon? Compétence des équipes...Ce sont particulièrement les équipes de greffe puis d'hospitalisation qui auront un rôle de soutien à jouer au cours de cette autre attente précise; en acceptant la mauvaise humeur ou la tristesse ou la régression observées chez les malades pendant ce temps-là; sans brusquer la personne qui nécessite une présence faite de compétences techniques doublées de qualités humaines - dont l'écoute emphatique reste fondamentale.

Hormis les cas où les différentes complications finissent par déboucher sur la transplantectomie, ou ne serait-ce que la reprise du traitement par dialyse c'est-à-dire les cas les plus rudes pour tous (le receveur, sa famille, les soignants), en général, le malade retrouve sa liberté de vie un ou deux mois après la greffe.

Les plaintes peuvent concerner alors les effets secondaires visibles des traitements immunosuppresseurs (pilosité accrue, joues enflées) mais leur caractère transitoire assuré par les médecins suffit en principe pour faire taire les appréhensions.

Curieusement, certains patients dont l'organisme semble périlcliter par ailleurs, à partir de la greffe, sous l'effet des traitements immunosuppresseurs, manifestent même une sorte de désinvolture à cet égard: leur attention n'étant vraiment retenue que par le bon fonctionnement, maintenu, de leur greffon - "quoiqu'il arrive, y compris de grave...peu importe puisque la greffe marche!", nous disent-ils - Mme M.: en attente d'une greffe de foie; M. J.: amputé des deux membres inférieurs; exemples qui témoignent de la force du désir d'une vie sans dialyse, d'une vie où primerait la liberté. Exemples extrêmes qui témoignent de l'esclavage réel représenté pour

certain par la dialyse. A opposer à ceux des malades qui se situent à l'autre extrême: celui du refus clair et net d'être greffés - sans être désespérés ou suicidaires pour autant.

Il reste toutefois, du côté des malades greffés sur le point de sortir, des hésitations à noter: Au rassurant: "Bien sûr, vous pourrez ou vous pouvez reprendre une vie tout à fait normale..." affirmé par les médecins, répond l'écho inquiet des malades qui souhaiteraient plus amples explications avant leur sortie de l'hôpital lorsqu'ils viennent d'être greffés: "Docteur, que risquent le greffon, installé depuis si peu, la cicatrice fraîche, si je fais des efforts physiques?" "Tous les efforts sont-ils vraiment autorisés tout de suite, ou alors à partir de quel moment, que je saurai reconnaître comment?"

Efforts physiques pour les différents sports, les activités de loisirs, l'activité professionnelle ou ne serait-ce que la vie de tous les jours.

A ce sujet, nous observons qu'à l'origine, les reins sont imaginés dans le dos, à l'arrière du corps; d'une certaine manière davantage protégés que les organes occupant le devant du corps. Or les malades découvrent que c'est en fait par la paroi abdominale que passent les gestes chirurgicaux: il en résulte la cicatrice et, non plus à l'arrière mais sur le ventre: la présence du greffon, supposée proche et rendue de ce fait plus fragile qu'enfoui dans le dos, greffon dont on devine la vulnérabilité aux mille précautions que supposent ces questions.

C'est à l'occasion des rendez-vous de consultation - très fréquents au cours des premiers mois qui suivent la greffe - que les malades auront la possibilité de poser leurs questions aux médecins.

Chemin faisant, le greffon finira par ne plus être "surprotégé" par son propriétaire, qui s'accoutumera à cette nouvelle présence, lui fera de plus en plus confiance et redoutera de moins en moins de le perdre.

Le rejet potentiel, outre la peur de l'effort ou "coup" mettant en péril le greffon, reste le souci numéro un de tous les greffés, nous ne pouvons le dénier non plus.

Toujours au sujet de la vie "normale" retrouvée, nous devons dire quelques mots également du déséquilibre que représente la greffe dans une existence scandée un jour non l'autre par le rendez-vous de 3 ou 4 heures au centre, ou à l'occasion (spatio-temporelle) que représente le traitement fait à domicile, ou par le changement des poches à 3 ou 4 reprises dans la journée (DPCA).

Ce déséquilibre désempare certains malades qui ont du mal à réaménager leur temps.

Ceux qui n'éprouvent pas ce sentiment disent au début qu'ils comptent les dialyses en moins...

Et les assistantes sociales rencontrent celles et ceux qui souhaiteraient poursuivre leur vie "comme s'ils étaient en dialyse"; d'un point de vue social, la personne greffée peut reprendre une activité rémunérée à plein temps et perd, de ce fait, les droits obtenus dans la situation de plus grande assistance qu'octroyait le traitement.

L'autonomie ne s'acquiert qu'à condition d'accepter de perdre certains bénéfices pour en obtenir d'autres, d'une autre nature, plus apte à faire grandir le sujet - l'enfance est jalonnée de ces "échanges" via la maturité.

Les revendications dans ce sens irritent le plus souvent les soignants qui disent n'y plus rien comprendre et manifestent leur déception à l'égard de tels patients.

Or, lorsque la maladie donne un statut inespéré à la personne (en coïncidence avec les aspirations profondes de sa personnalité), il sera bien difficile de l'en faire bouger: tout le monde ne souhaite pas être "guéri" ni "libéré", aussi curieux que cela puisse paraître dans une première approche.

Et, quand bien même on le souhaite vraiment, le sujet se défend, "ça" résiste, l'Inconscient renâcle, comme semble en témoigner le phénomène suivant:

Quelques heures ou quelques jours après la transplantation, certains malades éprouvent une "angoisse", se sentent "oppressés", se disent "tendus...ne pouvant trouver le sommeil", sans pour autant être en mesure d'expliquer ce qui leur arrive. Ils désiraient très fort cet événement, parfois ils "ne pensaient même qu'à ça", disaient sincèrement leur désespoir d'attendre depuis si longtemps: ils ou elles ne comprennent pas l'éprouvé de ce sentiment paradoxal de "mal-être", de "peur irraisonnée", une fois leur vœu exaucé, une fois comblés.

Pour tenter de saisir ce qui se joue là, c'est du côté du traitement de suppléance que nous devons jeter un regard.

Le traitement par dialyse - toutes modalités confondues, suppose un trajet du dedans au dehors, un circuit extra-intra-corporel, un extérieur du corps, impliquant le caractère concret, tangible, compréhensible - pour qui s'en donne la peine - du fonctionnement du traitement proposé.

Dit autrement, le traitement par dialyse est à la portée des malades qui peuvent voir, toucher, préparer, régler, surveiller - à plus forte raison lorsqu'ils acceptent de s'en occuper eux-mêmes: autodialyse, domicile, poches - le matériel utilisé.

Éduqués à la technique, voici des malades rassurés par la maîtrise acquise au fil des séances; et pour celles et ceux d'entre eux qui dialysent en Centre, c'est sous leurs yeux que les équipes spécialisées conduisent les opérations de va et vient entre le corps et la machine.

Inconnu, étranger, inquiétant, nous l'avons vu, surgit un jour, dans la vie du dialysé, le transplant qui, lui, n'est en rien physiquement maîtrisable; intégré d'emblée au dedans du corps, comme traitement sans doute de l'insuffisance rénale, mais dont le caractère artificiel (produit de l'ingéniosité médicale) connu, de la dialyse, disparaît pour le malade.

Traitement au plus près de la nature, il échappe au regard mais aussi à la nette compréhension de celui ou celle qui l'accueille à l'intérieur de son organisme, opacité le dépossédant du même coup de la maîtrise des événements.

"finalement, en dialyse, on est plus sûr..." observeront certains patients greffés depuis peu lorsque leur taux de créatinine augmenté les oblige à revenir à l'hôpital, c'est-à-dire lorsque le rejet aigu les inquiète.

Sentiment de sécurité, de confort, dans la direction d'une vie assistée; sentiment né de l'esclavage (honné des malades), de l'aliénation à la machine, dont la personne se sent brusquement coupée, séparée, au moment où elle perd l'attache: le moment de la greffe.

Angoisse, insécurité, peur de perdre, de se séparer de ce avec quoi on est familiarisé, freinent ainsi celles et ceux qui, carrément, refusent d'envisager une greffe: "ce n'est pas encore au point..." arguent-ils, sceptiques.

Synonyme de vie - au sens d'existence, étymologiquement: sortir de, s'élever, naître - la transplantation ne l'est-elle pas bel et bien?

Aussi galvaudée qu'elle puisse être, c'est la métaphore de la coupure du cordon qui paraît ici trouver sa juste place; réactualisant dans sa pleine dimension ce que Rank, à la suite des travaux de Freud, a nommé "traumatisme de la naissance" (13), l'acte de la transplantation, chez des personnalités disposées, plus "susceptibles" que d'autres, déclenche cet état de détresse; que le sujet nous décrit en termes d'angoisse sans objet déterminé.

Au moyen de la transplantation, l'avancée médicale invite en quelque sorte la nature à reprendre ses droits - chassant la lourdeur du traitement de suppléance par d'autres artifices hautement sophistiqués mais du seul ressort des spécialistes, cette fois hors de portée des malades - restituant sa dignité d'homme libre au sujet qui, lui, de se sentir tout à coup aussi vivant s'en ressent comme une nouvelle fois, pourrions-nous dire, mortel.

D'angoisse de mort (prototype de l'angoisse) nous pouvons par conséquent parler, à propos de ces malades qui, de manière passagère, peu après la transplantation, en sont submergés.

C'est cette immense complexité de la chose psychologique qui la rend véritablement rebutante pour la plupart des soignants, habitués dans leur travail à aborder les problèmes de façon logique et rationnelle - d'autant que cette interférence des problèmes psychologiques vient trop souvent compliquer leur tâche et introduire un facteur de troubles, parfois responsable d'évolutions inattendues et paradoxales.

Puisque nous faisons allusion au souci numéro un des greffés: le rejet potentiel, il nous faudrait dire quelques mots également de ses interprétations.

Ses causes en sont sans doute multifactorielles, surdéterminées.

Il y a les causes connues, il reste nombre d'inconnues. Il nous paraît important de laisser à leur juste place les effets psychologiques, auxquels on accorde parfois une toute puissance (magique ou extraordinaire) pour, d'autres fois, les mépriser, en faire fi totalement.

Personne ne niera qu'ils existent. Mais, l'effet psychologique dont nous soyons sûrs absolument reste celui de la relation qui se trame entre les êtres et des multiples rebondissements affectifs éprouvés de part et d'autre; ce sont par conséquent les effets du contre transfert - c'est-à-dire l'éprouvé du soignant et les réactions qui vont en découler dans sa pratique auprès, à l'égard, de chacun des malades rencontrés, dans la singularité de chaque relation - qu'il sera indispensable de ne pas négliger pour le bien-être ou, en tous cas, la recherche d'un mieux-être soignant-soigné.

## POUR CONCLURE

Il serait dommage, avant de les interrompre, que seuls des relents d'amertume ou des notes pessimistes flottent autour des quelques réflexions ici proposées.

Aussi est-il juste de re-dire ce que la greffe représente d'abord comme espoir immense dans la vie de qui souffre d'une insuffisance rénale chronique; comme véritable renaissance ensuite, une fois passé le temps de "familiarisation organique" - et, nous l'avons vu, dans quelques cas qui sont loin d'être la majorité, psychologique.

Les personnes ayant la chance de bénéficier d'une greffe disent "revivre".

Énumérer les bienfaits de ce traitement n'est pas possible. Il en existe de communs à tous les greffés - par exemple, boire sans y penser, qui semble relever du miracle - ou encore éliminer sans y prendre garde, naturellement dirait-on un peu à la légère (pouvoir "s'entendre faire pipi", c'est souvent sous cette forme que les malades expriment ce souhait). D'autres sont plus particuliers, même si pour une femme, pouvoir envisager une grossesse, par exemple, n'est pas un problème strictement personnel.

Ré-habiter son corps, se le ré-approprier, sentir son organisme répondre autrement (fatigue et douleurs dissipées, teint, peau, cheveux qui respirent, sexualité retrouvée...), récupérer une mobilité, un statut socio-professionnel sont d'importance capitale pour un sujet mentalement sain dont l'équilibre narcissique n'a pu que vaciller au cours de la maladie à gérer.

Finalement, ce passage par la maladie et sa "guérison" - ce "vécu de la greffe" et de la levée d'une longue invalidité; ou, plus prosaïquement, pour la personne qui en a souffert au

quotidien: retrouver la possibilité d'uriner - tout cela nous en dit long sur la trame de l'existence humaine où grandeur et (apparent) dérisoire semblent bien constituer l'endroit et l'envers d'une même étoffe.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 - AUSSENAC C. - **Incidences de la dialyse sur la vie privée de l'insuffisant rénal.** Revue Association Française des Infirmiers (res) de Dialyse Transplantation et Néphrologie, 1991, 1ère partie, n° 22: 52-54.
- 2 - BALINT M. - **Le médecin, son malade et la maladie.** 1966, Petite Bibliothèque Payot, Paris.
- 3 - FREUD S. - **Observations sur l'amour de transfert** in "La technique psychanalytique". 1967, PUF, Paris.
- 4 - FREUD S. - **Deuil et mélancolie** in "Métopsychoanalyse". 1968, Gallimard, Paris.
- 5 - FREUD S. - **Au-delà du principe du plaisir** in Essais de psychanalyse. 1968, Payot, Paris.
- 6 - FREUD S. - **Le moi et le ça** in Essais de psychanalyse. 1981, Payot, Paris.
- 7 - FREUD S. - **Inhibition, symptôme et angoisse.** 1975, PUF, Paris.
- 8 - ISRAEL L. - **Le médecin face au malade.** 1968, Dessart, Bruxelles.
- 9 - LAPLANCHE J.L. - PONTALIS J.B. - **Vocabulaire de la psychanalyse.** 1967, PUF, Paris.
- 10 - LAXENAIRE M. - **La rencontre psychologique du médecin.** 1980, ESF, Paris.
- 11 - MONTAGNAC R. - DEFERT P. - SCHILLINGER F. - **Impacts psychologiques de l'hémodialyse chez l'adulte.** Néphrologie: Journal de la Société de Néphrologie, 1992, vol. 13, n° 4: 145-149.
- 12 - RAIMBAULT G. - **L'enfance et la mort.** 1976, Privat, Toulouse.
- 13 - RANK O. - **Le traumatisme de la naissance.** 1928, Payot, Paris.
- 14 - ROGERS C. - **La relation d'aide et la psychothérapie.** 1970, ESF, Paris.
- 15 - SAPIR M. - **La formation psychologique du médecin.** 1972, Payot, Paris.
- 16 - VALABREGA J.P. - **La relation thérapeutique malade et médecin.** 1967, Flammarion, Paris.
- 17 - WINNICOTT D.W. - **Processus de maturation chez l'enfant.** 1973, Petite Bibliothèque Payot, Paris.