

**LA VERITE MEDICALE FACE AU VECU  
DE LA PERSONNE MALADE :  
QUELS MOTS POUR DIRE ?**

**Viviane Le Naour\* : Psychologue clinicienne  
Dispositif d'appui à la coordination - APPUI SANTE NORD FINISTERE**

**SOMMAIRE :**

1. Introduction	2
2. Le vécu psychique du patient	3
2-1 : Les étapes psychologiques (Atelier)	4
2-2 : La souffrance globale	4
2-3 : Les peurs	4
2-3 : Les pertes	5
2-4 : Les besoins	5
2-5 : Le travail de trépas	5
3. La vérité médicale et ses mots (Atelier)	6
3-1 : Principes de l'annonce	6
3-2 : Le poids des mots et le choc des fantasmes	7
3-3 : Arrêt des traitements	9
4. Le modèle maïeutésique d'écoute	10
- Exercice	

\* <http://www.leseditionsovadia.com/psychologie-psychanalyse/185-dialogue-avec-ma-psy-jusqu-au-bout-de-la-vie.html>

## 1. Introduction

On a tous une idée de ce que nous ferons quand nous ou notre compagnon sera malade. On a tous une histoire personnelle et une liberté de penser. Mais quand nous intervenons en tant que professionnel, on ne peut plus penser au nom de soi-même. Le professionnel que nous sommes puise ses références en fonction de la structuration de la société au sein de laquelle il évolue.

Nos actions et notre discours dans la clinique qui est la notre s'orientent donc dans la philosophie des soins palliatifs.

La mauvaise nouvelle en tant qu'être humain c'est que **nous allons tous y passer**, la mort fait partie intégrante de notre condition humaine, elle est inéluctable. Chaque seconde de notre vie est faite de vie et de mort. Nous le savons, mais nous ne voulons pas le croire.

« Personne, au fond, ne croit à sa propre mort ou, ce qui revient au même : dans l'inconscient, chacun de nous est persuadé de son immortalité. »

S. Freud, « *Essais de psychanalyse* », Paris, Payot

Le problème quand on est face au patient c'est de comprendre exactement ce qu'il veut savoir...

Tous les témoignages l'affirment cette annonce reste gravée comme une mauvaise nouvelle.

Il n'existe pas de bonnes façons d'annoncer une mauvaise nouvelle, mais certaines sont moins dévastatrices que d'autres.

C'est en partant du point de vue du patient, en reprenant ses termes, en reformulant, que la relation-médecin-soignant peut s'instaurer et aider le malade à dépasser ses angoisses, à donner un sens à ce qu'il vit.

L'information est une nécessité légale technique et éthique qui fait partie du soin. Personne ne conteste le fait que ce qui est terrible et connu vaut toujours mieux que ce qui est terrible et inconnu. Mais le devoir du médecin se heurte à un paradoxe : obligation légale d'informer et droit du malade d'ignorer...( tout aussi légitime et respectable que le droit de savoir)

Certains patients souhaitent s'en remettre aux décisions du médecin, refusent de participer aux choix des traitements, ce qui provoqueraient des angoisses en contradiction avec leur besoin de prise en charge.

Face au malade demandeur d'informations, comment savoir la nature des explications attendues et leurs limites ?

Qu'est-il prêt à entendre et à quel moment ?

*Comment s'approcher au plus près de la réalité psychique du malade ?*<sup>1</sup>

Il existe un risque de glissement d'une dictature à une autre : du rien dire au tout dire

---

<sup>1</sup> Rusniewski M, face à la maladie grave, patients, famille, soignants, Dunod, Paris, 1999

Il faut résister *aux fascinations des mythes du tout savoir et de la transparence* <sup>2</sup> pour préserver le respect de la personne et l'humanité de la relation.

- « *Dites-moi la vérité docteur, je veux savoir !* »
- « *savoir quoi ?* » (se demander ce qu'il veut réellement savoir)

De quelle vérité parle-t-on ? Celle de la science, des stats, du médecin, du malade, du diagnostic, pronostic, projets de vie

Qui détient la vérité et quelle est-elle ?

Jusqu'où aller dans la révélation, comment et à quel rythme ?

C'est le malade qui montre le chemin :

## 2. Le vécu psychique du patient

**Elisabeth Kübler-Ross** a contribué dans son livre " les derniers instants de la vie " à éclaircir le cheminement psychologique du mourant en identifiant **cinq stades du mourir**.

**1** : A l'annonce de la maladie grave et notamment de son caractère incurable, la première réaction est celle **d'un refus sous la forme d'un déni** : "*Non, pas moi !...ce n'est pas possible...j'ai toujours été en bonne santé...*". Parfois, le patient peut camper sur cette position et mourir dans le déni...

**2** : Le plus souvent,, confronté à la dégradation de son état malgré les traitements, il admet la situation et traverse une phase de **colère et d'agressivité** généralisée : "*Pourquoi cela m'arrive t-il à moi ?*", rejetant sur son environnement la responsabilité de la situation "*On n'a pas su me soigner !*"

**3** : Puis, il va essayer de gagner du temps sur la mort en essayant un **marchandage** avec elle : "*Pourquoi maintenant ?...Oui moi, mais ...je voudrais seulement vivre encore 2 ans et puis ...que cela finisse !*" " Attendre que ma fille se marie..."

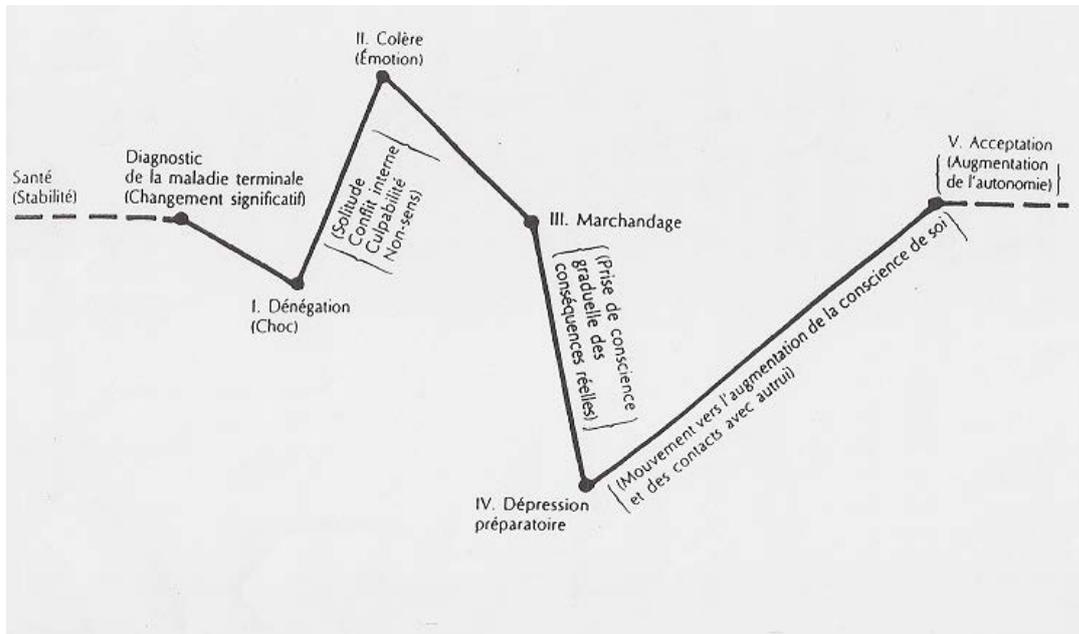
**4** : Vient ensuite une période de **dépression et de tristesse** profonde : perdre la vie, ses proches etc..."*Oui, moi*" et c'est le temps du deuil de sa propre vie.

**5** : Peut finalement aboutir à une **acceptation** de la mort : sentiment de paix, accepter ce qu'on ne peut changer et garder l'envie de vivre. Ce qui est différent de la **résignation**, qui est un sentiment de défaite, qui laisse amer.

---

<sup>2</sup> Hirsch E., la révolution hospitalière,une démocratie du soin, Bayard, paris, 2002

## 2-1 / Les étapes psychologiques



## 2-2 : Concept de souffrance globale

- Souffrances : physique ; psychologique ; socio-familiale ; spirituelle

## 2-3 : Les peurs du mourant au sujet de la mort

Rosette Poletti « la Mort Restituée » : 7 peurs

- peur du processus de la mort et de la douleur physique
- peur de perdre le contrôle de la situation
- peur de ce qui va arriver aux siens après sa mort
- peur de la peur des autres
- peur de l'isolement et de la solitude
- peur de l'inconnu
- peur finale de la personne qui s'approche de la mort et que sa vie n'ait eu aucune situation

+

- peur de perdre son identité
- peur d'être un fardeau pour les proches

## 2-4 : Les pertes

- de bonne santé
- de l'image corporelle
- d'autonomie
- du rôle social
- du rôle familial
- perspectives de la perte de ses biens matériels
- perspectives de la perte de la vie

## 2-5 : Les besoins – V. Henderson

« Le temps me presse, l'angoisse croît, l'espoir s'étirole et malgré cela je vis de mon désir de vivre et je voudrais reculer le terme fatal. » Cervantes

- les besoins physiologiques sont fondamentaux chez un malade mourant (douleur, alimentation, hydratation et nursing ...)
- les besoins de sécurité sont accentués dans les situations de crise, de danger
- d'appartenance
- de considération
- spirituels

Il est indispensable de laisser au malade la possibilité de choisir son interlocuteur. Il n'y a pas de plus grande dévalorisation que d'empêcher quelqu'un de s'exprimer, ou de ne pas lui en donner la possibilité, lorsqu'il vit des moments difficiles, douloureux ou même simplement des temps forts de son existence d'humain en souffrance. Cela implique la nécessité de donner au malade temps et espace pour une réelle intimité dans la relation. De cette relation peut naître la confiance qui est un facteur de réussite du traitement envisagé. L'échange doit se dérouler dans un lieu calme, tranquille, hors de la foule des autres soignants et des autres malades, ou même de toute personne étrangère. Il doit avoir la possibilité de vivre et d'exprimer ses sentiments s'il en éprouve le besoin : colère, chagrin, peur, joie, mais aussi sa douleur. L'énergie qui circule ainsi dans le malade doit pouvoir s'exprimer sans être réprimée et sans que nous découragions son expression parce qu'elle nous paraîtrait « inconvenante » ou « dérangement ».

Il est bénéfique que le patient s'approprie de sa responsabilité dans le suivi de son traitement et qu'il saisisse l'opportunité de sa maladie comme une occasion de croissance. Un malade est avant tout un être humain c'est à dire un être vivant conscient doté d'une âme.

Il n'y a pas de symbolique générale applicable à tous, mais il est intéressant d'envisager avec cette personne quelle a pu être, à son avis, la porte d'entrée de la maladie, (corps, psychisme, ou âme ?). Quel sens cette maladie a-t-elle dans son existence ? Quels besoins fondamentaux, elles requièrent ? A partir de cette analyse, le malade pourra élaborer et mettre en place les changements utiles dans son existence. L'important c'est que le malade ne se considère pas lui-même comme un objet, ainsi que l'y invite si souvent le modèle médical. Il ne doit pas s'y soumettre passivement.

### **FAMILLE / SES BESOINS :**

Il s'agit d'apporter à la famille tout ce dont elle va, elle-même, avoir besoin pour passer l'épreuve que représente la maladie grave d'un proche. L'écoute vraie par le médecin, les informations claires, et le respect des valeurs avec la permission d'exprimer ce qui a besoin de l'être sont d'une importance primordiale.

## **2-6 : Travail de trépas**

**La notion de relation privilégiée avec un tiers (famille ou soignant) dont le mourant a besoin pour parler de la mort ; et de sa mort.**

*« Mais, s'il est un temps pour parler et surtout laisser parler la personne âgée de la mort et de sa mort, il est un temps pour se taire et pour apprendre à communiquer au-delà des mots.*

*Les paroles sont rares dans les derniers jours et les dernières heures. Une phrase, quelques mots prononcés par un vieillard ou un autre, nous apprennent peu à peu l'essentiel. Le langage est ici explicite ou symbolique et il est alors question de départ, de retour, de voyage et surtout de la mère, ou des autres êtres chers déjà disparus. Quand les paroles se taisent, ce sont le visage, les mains, les gestes qui nous parlent encore et qui nous enseignent parfois encore plus sur l'étape ultime de la vie...*

*Le silence des mourants est, sans contredit une forme de communication, la plus difficile à maintenir dans un échange soignant-soigné. Le silence fait parler. Il questionne. Il provoque. Il gêne. Il met en évidence les limites des soignants, l'impuissance des vivants. Le silence appelle la simplicité, l'humilité, l'authenticité » J. de Montigny et M. de Hennezel*

**L'importance croissante des communications non verbales et notamment du contact physique, le toucher.**

*« Je crains qu'on ne mesure jamais assez l'importance de ce contact élémentaire, fût-il limité à deux mains qui se tiennent, lorsque l'échange verbal est devenu impossible. Il y a là quelque chose de comparable à l'organisme formé par la mère et son « nouveau-né. » Michel de M'Uzan, psychanalyste.*

### - La communication non verbale représente 80 % de la communication.

Des expériences de psychologie sociale montrent que ce qui est perçu comme profondément satisfaisant n'est pas qu'un interlocuteur nous donne raison mais qu'il nous écoute vraiment.

Dans ces conditions, s'il est nécessaire certes d'être attentif à la signification des mots que notre interlocuteur emploie, la meilleure façon d'établir le rapport sera d'accuser réception en reformulant ce que nous dit notre interlocuteur et en reflétant, en miroir, son attitude.

Adoptez une posture, des gestes et une mimique qui reflètent ceux de votre interlocuteur ; parlez avec un volume sonore et un rythme semblables, utilisez le même type de mots.

- Une personne qui dit "**Je vois ce que vous voulez dire**" ou "**Regardons les choses de plus près**" utilise des mots du système de représentation visuel. Elle est en train de penser en images.
- Si elle dit "**Entendez moi bien**" ou "**C'est criant**", elle emploie des mots qui indiquent qu'elle entend des sons ou se parle à elle-même avant de vous parler.
- Il est également possible de s'exprimer en termes de sentiments, sensations : "**Ça m'a fait chaud au coeur**", "**C'était touchant**" reflète une expérience interne à base de sensations.

Le vieillard mourant silencieux nous renvoie peut-être encore plus à nous-mêmes, aux deuils précédemment subis, à nos peurs et à toutes nos questions insolubles sur la vie et sur la mort.

**« Lorsqu'il passe le seuil du « no man's land », ce lieu et ce temps qui n'appartiennent ni à la vie ni à la mort, qui de nous est le plus seul ? Lui, qui est déjà au-delà de notre présence ou nous, parce qu'il nous a déjà abandonné ? »** Dr Sebag-Lanoë

## 3. La vérité médicale et ses mots

### 3.1 Principes de l'annonce

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- une information loyale, honnête, compréhensible</li><li>- une information responsable, respectueuse de la personne, de ses attentes, besoins, ressources</li><li>- une information à reprendre sans cesse, outil de la relation</li></ul> |
|---|

Il n'existe pas d'annonce anodine, toute annonce d'une maladie grave crée un traumatisme psychique et plus la maladie est grave, plus le malade a besoin du regard des autres pour se sentir exister, reconnu, désiré.

*Le désir de l'homme, c'est de communiquer avec l'autre (J. Lacan)*

Au-delà du traumatisme de la révélation, l'annonce possède des fonctions structurantes pour le patient, quand elle est adaptée.

Il n'y a pas une annonce mais des annonces tout au long de l'histoire de la maladie : diagnostic, traitements, guérison, rémission, rechute, arrêt des traitements...

- **Enjeux de l'annonce :**

- **limiter autant que possible le traumatisme de la révélation**
- **transformer le mythe-cancer (vision moderne du Mal...) en une réalité-cancer acceptable**
- **créer une relation dans la vérité et faire du malade un partenaire de soins**
- **ouvrir vers un espoir**

Le médecin doit obtenir la participation éclairée du malade à son traitement. C'est le malade qui décide de sa vie et de son traitement, même si le médecin a parfois l'illusion d'y être pour beaucoup plus. Le malade n'est pas la propriété du médecin et il n'est pas juste d'agir comme si cet individu n'existait pas en tant que tel. Ce serait le condamner au désespoir dans la passivité obligée.

Les informations que l'on choisit de dire alors que le malade, diminué par une phase de sa maladie ou de son traitement, n'est plus en état de participer à une communication avec le soignant, ou à assimiler correctement ce qui est dit, ne servent à rien, et sont une offense faite à la conscience et à la responsabilité de la personne qui souffre. Le patient doit recevoir de véritables informations sur les soins et examens pratiqués et sur leurs effets secondaires ou sur les précautions à prendre. Il faut s'assurer que le malade est disponible physiquement et psychiquement à entendre et se rappeler ce que nous avons à lui dire.

Il est du devoir du médecin d'aborder les effets sexuels de la maladie ou de son traitement. La plupart des malades en souffrent sans rien dire, sans savoir qu'une solution existe, et sans oser se confier au médecin

Il est « cruel » de provoquer chez le malade toute interrogation inutile source d'angoisse : le tenir au courant de ce qu'on va lui faire suffisamment longtemps à l'avance. Comme tout humain, une personne malade a besoin de structurer son avenir, de savoir ce qui va se passer, d'y réfléchir et de s'y préparer.

il est déconseillé d'utiliser des formules vagues du genre : « hospitalisation pour une durée indéterminée », il est souhaitable de fixer une fourchette, laquelle même approximative, aidera le patient à se projeter dans le possible.

Notre rôle de soignants est de l'aider à vivre, aussi bien que possible !

### 3-2. Le poids des mots – Le choc des fantasmes

- le cancer est considéré comme une maladie chronique

Une représentation, qui permet de faire comprendre au malade :

- la légitimité du suivi médical
- la survenue éventuelle d'épisodes pathologiques
- Aide à dédramatiser la situation
- TUMEUR = " Tu Meurs ".

Certains malades ont du mal à accepter ce mot. Préférer Lésion Tumorale  
Reprendre les termes énoncés par le malade : il utilise le mot qui suscite le moins d'angoisse pour lui : lésion, tumeur, maladie...

Ne pas éviter a priori le mot cancer. On avance pas à pas dans l'énonciation.

- la terminologie employée est souvent guerrière : Lutte, ligue, combat, armes, bombardement cellulaire...

Cette métaphore guerrière est-elle une aide pour le malade ? Ne vaudrait-il pas mieux évoquer un travail de renaissance, de création pour dépasser l'état de personne malade ?

- On n'est pas cancéreux, mais on est atteint d'un cancer. La personne ne se résume pas à sa maladie (vrai dans toutes pathologies)

- Ne pas diaboliser les médecines alternatives et complémentaires à partir du moment où elles n'empêchent pas le traitement. Ce qui importe est de garder le contact et la relation avec le malade.

- Démystifier les traitements morphiniques

- Il y a toujours quelque chose à faire, à tous les stades de la maladie, ne serait-ce qu'écouter le patient qui dit qu'il veut qu'on le laisse tranquille.

#### **Une formulation positive : chaque mot compte**

- *Un traitement de consolidation "*
- *" Bilan de référence " plutôt que " bilan d'extension "*
- *Choisir le terme : Guérison ou rémission ou stabilisation.*
  
- *" Episode aigu " ou " nouvel épisode d'une maladie chronique "*
- *" récidive " ou " reprise " plutôt que " rechute ", qui renvoie à l'échec, la déchéance, voire " la descente aux enfers "*

## A PROSCRIRE

- le mensonge : *'' C'est un polype, un ulcère...''* (altère la confiance du malade)

\* les injonctions paradoxales :

- *'' ce n'est rien, mais nous allons faire une surveillance tous les mois.''*
- *'' c'est un petit kyste. Nous allons vous hospitaliser pour l'enlever. Une radiothérapie et une chimiothérapie seront ensuite nécessaires. ''*

- Les mots, qui infantilisent le malade
- *' c'est un gentil cancer, une petite chimio...''*

- La symbolique guerrière
- *'' les battants ont plus de chance de guérir ''*

Le malade peut se sentir coupable et dévalorisé de ne pas être capable de se battre.

- *'' Vous êtes fatigué, vos jambes sont lourdes, vous avez des nausées, c'est normal, c'est la chimiothérapie ! ''*

Pour le malade rien de tout cela n'est '' normal ''. Il faut entendre et recueillir ses souffrances.

- *'' -j'en ai pour combien de temps, docteur ?*
- *Personne ne connaît l'heure de sa mort, ni vous ni moi. Je peux me faire renverser par une voiture en sortant d'ici et trouver la mort...''*

Cette réponse du médecin donne au patient le sentiment de ne pas être pris au sérieux .

**Buckman R, S'asseoir pour parler, l'art de communiquer des mauvaises nouvelles aux malades, Guide du professionnel de santé, interedition, paris, 1994**

- \* **Ne pas en dire assez** : c'est laisser libre cours à l'imagination, l'angoisse
- *'' cette maladie se soigne avec un traitement lourd. ''*
- *'' les examen ne sont ^pas bons mais je ne peux pas vous en dire plus''*

- \* **Trop en dire** : fait naître des peurs car c'est ne pas respecter les limites de l'entendable

- *'' votre cancer peut donner des métastases au cerveau, au foie, aux os...''*

- \* **Médire** : c'est introduire le doute, le jugement de valeur et faire perdre la confiance

- *'' On n'en serait pas là si on vous avait soigné plus tôt''*
- *'' Qui est l'imbécile qui vous a dit cela ? ''*

**Mal dire :**

- Parler à la 3<sup>e</sup> personne : *'' comment elle va la petite dame ?''*
- Parler une langue étrangère : *'' vous avez un épithélioma spinocellulaire...''*

Philosopher : *" la vie est faite de moments heureux et de moments difficiles..."*

- Discours religieux : *"chacun porte sa croix" " on peut toujours, espérer un miracle..."*

Avoir des propos détachés : *" Essayez de ne pas y penser..." c'est la vie..."*

- Etre condescendant : *" franchement je vous plains...mon pauvre homme..."*

- Etre rassurant : *" Ne vous inquiétez pas...on s'occupe de tout"*

- L'affectif, le fusionnel : *" je serais toujours là, avec vous..."*

- Phrases assassines : *"Si vous refusez le traitement, vous n'avez aucune chance ..."*

- Etre culpabilisant : *"Fallait pas tant boire..." "Votre cancer me rend malade" " Pensez aux autres qui souffrent..."*

- Etre culpabilisé : *" j'aurai dû y penser plus tôt""ça n'est pas juste ce qui vous arrive..."*

- Etre trop sûr de soi : *" je vous donne un traitement absolument efficace..."*

- Etre trop peu sûr de soi : *"je ne sais pas si le traitement va marcher..."*

- Les métaphores : *" la tumeur est infiltrante" " c'est une méchante maladie..."*

<p><b>Aubry R, Annoncer un diagnostic difficile, médecine palliative, juin 2005</b></p>
---

### **3-3. Arrêt des traitements :**

On parle d'interruption et pas d'arrêt (éviter le sentiment d'abandon)

car c'est la meilleure solution pour le patient dans l'immédiat.

**Le médecin doit pouvoir répondre à toutes les questions du malade en fonction de la personnalité du patient, du cancer et de sa gravité, tout en restant au plus près de la vérité et de l'attente implicite du malade.**

- *"Si je guéris est-ce que tout sera comme avant ?"*

*- je ne peux pas vous dire que ce sera comme avant, mais nous nous battons pour obtenir une amélioration, une rémission que l'on va maintenir au fil du temps. De plus les méthodes et les traitements s'améliorent et le temps joue en notre faveur.. ;*

- *“ Est-ce que je vais m’en sortir ? ”*
- *Vous allez vivre avec une maladie chronique et nous avons un long temps à partager ensemble ; tout sera fait pour obtenir et maintenir la rémission de la maladie.*

En donnant un objectif thérapeutique sur toute une année, on rassure le malade ; Il se dit “ j’ai du temps à vivre ; ” Il faut créer des successions d’avenir à court terme ;

- *“ J’en ai pour combien de temps à vivre ? j’a lu que dans mon cas, l’espérance de vie était de un an et demi.”*

- *Je ne peux pas répondre à cela. On se trompe souvent sur les pronostics : des complications imprévues surviennent ou, au contraire, on parvient à un meilleur contrôle de la maladie que ce que l’on avait envisagé.*

- *Je comprends que ces chiffres soient stressants pour vous/.Mais, vous le savez, ils correspondent à des situations individuelles très différentes et qui n’ont rien à voir les unes avec les autres. Je vous conseille de laisser tomber les chiffres et toutes ces informations trop générales. Elles n’ont aucun intérêt dans votre cas précis ; l’équipe soignante qui vous connaît bien est là pour répondre à vos questions, moi le premier.*

#### 4. Modèle maïeustésique d’écoute

Permet de travailler la qualité de l’attention et les cinq points de validation

##### L’attention

Une première série de mises en situation permet d’expérimenter l’état communicant, c’est à dire **"être ouvert", "être présent", "être authentique"**. On y expérimente le fait d’avoir son attention sur l’individu plus que sur l’information. Paradoxalement, **plus l’information est importante, plus cela est nécessaire.**

##### Poser une question

Cette mise en situation permet de travailler la capacité à **ne pas savoir à la place de l’autre**, à accueillir une **différence de point de vue**, à **différencier ce que l’on est de ce qu’on produit**. On y expérimente les **quatre premiers points de validation** que sont :

1. **L’accusé de réception**. Signifier la réception

2. **Le message de compréhension.** Signifier la compréhension
3. **Le message d'accueil** . Signifier qu'on conçoit la différence de point de vue et son fondement.
4. **Le message de gratitude.** Confirmer que notre question était une vraie question

### **Poser une suite de questions**

Affiner sa capacité à ne pas savoir à la place de l'autre

**Le message de cohérence.** Valider la pertinence (dans la relativité) du point de vue de l'autre avec les trois points ci-dessous

Respect les seuils d'indiscrétion : Savoir comment aller aussi loin que nécessaire dans les questions sans jamais aller trop loin.

Gestion des non-réponses : Savoir gérer les six situations de non-réponse dans leur différentes causes (la question n'était pas une question - la question n'était pas pertinente - la question était non reçue - non comprise - non accueillie - l'interlocuteur ne trouve pas la réponse)

Utilisation adaptée des trois types de questions : repérer le bon usage des questions ouvertes, fermées et à choix multiple.

## Fin de vie

Après la découverte d'un diagnostic fatal et ayant passé les étapes de déni, de révolte et de compensation...

P : Je ne veux pas mourir.

S : (Validation NV) C'est terrifiant pour vous!?

Avec dans le ton une profonde reconnaissance de la dimension de ce que le patient vient de confier. Ici il est particulièrement important d'avoir intégré ce qu'est une reformulation, qui ne doit en aucun cas être trop interrogative... sous peine de devenir une agression, ou d'être vraiment ridicule

P : Je ne peux pas accepter.

S : (validation NV) Qu'est-ce qui est le plus inacceptable ?

P : Je ne supporte pas l'idée de ne plus voir mes enfants.

S : Vous aimez beaucoup vos enfants ?

P : Oh oui ! Tellement ! Je me fais tellement de soucis pour eux. Ils ne supporteront pas. Et dire qu'ils vont tellement souffrir par ma faute. J'ai l'impression de les abandonner.

S : Oh... Vous pensez que c'est de votre faute ?

P : Eh non ! Je ne le fais pas exprès. Mais c'est quand même à cause de moi. Si je n'avais pas cette saloperie de maladie !

S : D'accord. Vous parlez avec eux de ce qu'ils ressentent ? Vous les invitez à partager avec vous ce qu'ils ont dans leur cœur ?

P : Non. Je n'ose pas. Je ne veux pas leur faire de peine.

S : D'accord. Vous pensez que c'est mieux pour eux de ne pas vous dire ce qu'ils ressentent ?

P : J'aimerais tellement qu'on puisse se prendre dans les bras, même si on doit pleurer beaucoup.

S : Ok... Vraiment... si vous le ressentez... je vous invite à ne pas manquer de le faire... pour eux autant que pour vous ! Ne manquez pas de vous rencontrer avec tendresse, même s'il y a beaucoup de larmes.

Durée 1mn 15