

# Le recouvrement de l'audition L'adaptation psychologique à l'implant cochléaire

**Colette Degive**

Psychologue, unité comportement et communication,  
division de psychiatrie de liaison  
HUG, 51 bd de la Cluse, 1205 Genève

**A**ppartenant à l'Unité comportement et communication (Dr Archinard) du département de psychiatrie, je collabore depuis huit ans au service ORL du professeur P. Montandon, notamment à la question spécifique de l'adaptation du patient à l'implant cochléaire.

Parmi l'abondante littérature scientifique consacrée aux implants cochléaires, les aspects chirurgicaux, techniques et les travaux traitant de la réhabilitation prennent une place importante. Certains travaux sont consacrés aux questions psychologiques que requiert une telle intervention. Nous souhaitons exposer aujourd'hui une question en particulier : l'adaptation psychologique à l'implant cochléaire.

Nous connaissons depuis longtemps en psychiatrie la question des mécanismes d'adaptation (coping) développés par les patients qui ont subi un traumatisme entraînant la perte d'une fonction ou d'un organe. Dans le cas de l'implant cochléaire, il s'agit au contraire d'une réorganisation psycho-organique rendue nécessaire par le recouvrement d'une fonction (l'audition) et cela s'avère également difficile.

Illustrons cliniquement ce domaine depuis le moment de la sélection du candidat jusqu'à la période « post-branchement », qui est la période du retour auditif.

Tout d'abord, je dirais que mon travail se fait parallèlement à celui du chirurgien et des ingénieurs appelés à donner leur avis prioritairement lors de la demande d'un candidat à l'implant. Mais mon intervention commence dès le premier rendez-vous. Il est important d'entendre les motifs de base de la demande avant que le patient n'ait eu l'occasion de le reformuler à partir de nouvelles informations reçues de l'équipe médicale.

Dans les cas où la demande d'implant est refusée pour des critères médicaux, nous avons donc déjà vu le candidat et nous souhaitons le revoir - une ou plusieurs fois - pour examiner avec lui comment il vit ce refus, l'aider à désinvestir l'espoir qu'il avait mis dans cette interven-

tion. On ne laisse pas partir dans la nature des patients sourds qui sont venus se renseigner, demander l'implant, c'est à dire demander l'audition.

Paradoxalement, certains candidats ayant perdu l'audition lors d'une méningite, viennent se renseigner, réfléchissent et préfèrent refuser l'implant...

La demande d'implant est une demande complexe. Qui demande quoi ? Recouvrer l'audition, est-ce exclusivement ou prioritairement recouvrer l'audition de la parole ou d'abord et simplement espérer retrouver un environnement sonore ? Le candidat doit pouvoir s'exprimer sur ce sujet et oser dire ses priorités.

D'autre part, la décision du patient est souvent liée au désir, voire à la nécessité de faire plaisir à son entourage. Nous rencontrons toujours le conjoint ou l'entourage du candidat et nous l'invitons également à exprimer son point de vue, son attente et sa participation dans cette demande.

En fait, à qui s'adresse la demande d'être implanté ? Au chirurgien prioritairement. A partir de l'instant où le patient a dit au chirurgien sa demande d'être implanté, le futur implanté entre, qu'on le veuille ou non, dans un travail psychique particulier. A la complexité technique correspond instantanément la complexité psychique.

Au niveau médical, le patient va subir les examens et tests nécessaires pour valider sa demande. En raison du caractère décisif des examens et de toutes les représentations qui y sont liées, le patient aura bien souvent, un seul discours face à l'équipe médicale : « Je désire être implanté. » Ce qu'il demande au chirurgien, il considère que c'est le « tout ».

Or, au niveau psychologique, nous ne pouvons considérer cette demande comme univoque. Car si, d'une part, le patient demande cette intervention dans le but de recouvrer l'audition, il doit également faire le deuil de sa surdité, des bénéfices secondaires qu'il en retirait et des relations telles qu'il les avait établies dans son entourage familial et professionnel. Accepter l'implant, c'est accepter une nouvelle manière de vivre son handicap persistant, c'est faire le deuil de sa surdité.

C'est justement en raison de la double face de sa demande que le candidat à l'implant l'exprime d'une manière globale à l'équipe médicale. L'espoir d'entendre est tel que le candidat, parfois, ne dira pas tout ce qui concerne sa surdité et son histoire. Le désir d'entendre prend toute la place, et couvre la possibilité que le patient pourrait se donner de dire davantage en ce qui concerne le vécu de sa surdité et ses caractéristiques.

Nous observons bien souvent que cette période de sélection du candidat correspond pour lui à une sélection de l'histoire de sa surdité.

C'est pour ce motif, que nous croyons donc nécessaire de lui donner l'occasion de verbaliser ses doutes, d'en prendre conscience, de les élaborer et de voir ce qui est réactivé en lui à cette occasion.

Pour réussir cette approche, il nous paraît, par conséquent, indispensable de nous différencier des autres intervenants de l'équipe médicale et de le signifier au patient. Nous prenons donc, sciemment, un rôle différent de celui des autres membres de l'équipe. Nous n'appartenons pas au team ORL. C'est également cette position qui a permis une réelle interdisciplinarité autour de nos patients, résultat d'une longue maturation.

Ce type d'approche et d'investigation du psychologue clinicien, est, à nos yeux, un facteur d'adaptation à l'implant. Clarifier avec le patient sa demande, en exposer la complexité, aborder tous les domaines qui sont touchés par cette demande est la première étape d'adaptation à l'implant, au recouvrement d'une audition.

Parfois, dans les cas de surdité brusque et très récente, l'adaptation à la surdité prend le pas sur le désir de réentendre.

Nous rencontrons toujours le patient la veille de l'opération. Il est hospitalisé dans une situation analogue à celle des autres opérés. Or, tous les patients sourds futurs implantés présentent, à ce moment-là, une exubérance défensive qui s'exprimera non seulement dans le contenu de ce qu'ils disent mais également par les gestes, le débit de la parole, les rires, etc. Nous possédons plusieurs enregistrements sonores de cette phase.

Nous allons voir le patient le lendemain de l'opération. Il est un sujet avec un corps étranger prothétique dans l'oreille interne, les électrodes. Comment va-t-il investir cette nouvelle image du corps dans les mois à venir ? Il est nécessaire d'en être témoin dès les premières heures. Que formule-t-il déjà autrement ? Que demande-t-il ? Même si les patients maîtrisent parfaitement les informations techniques dispensées, ils mettent un temps psychique certain à passer de la représentation du corps étranger dans la tête à celle du corps prothétique dans l'oreille interne.

Pendant la période de cicatrisation, qui dure six semaines avant le branchement, le patient vit à domicile et rencontre deux ou trois fois un membre de l'équipe médicale pour vérifier le pansement. Au premier abord, cette période me sembla sans importance. Mais nous avons été surpris d'entendre plusieurs patients se présenter au premier pansement en disant : « C'est étrange, je sais que je ne suis pas branché, mais en rentrant à la maison j'avais l'impression de tout entendre ! » Si l'on prend le temps d'écouter ces patients pendant cette période, les entretiens révèlent un contenu émotionnel intense. En effet, cette période est caractérisée par un isolement tout-à-fait particulier : les patients sont en attente de branchement, ils doivent s'habituer matériellement, esthétiquement et psychologiquement à ce corps étranger. Ils ne sont plus dans cette phase de décision qui a précédé l'opération ; l'acte chirurgical est réalisé mais ils ne sont pas encore reliés au processeur. Donc, pendant cette période de six semaines, les patients sont « peu intéressants » pour l'équipe médicale ainsi que pour leur entourage puisqu'ils n'entendent pas encore.

Nous sommes convaincus que c'est durant cette période de cicatrisation que le soutien psychologique s'avère le plus utile. Nous organisons pour le patient implanté, chaque semaine, un entretien d'une heure. Et les langues se délient... Le patient exprime ses craintes de réentendre mais différemment, il raconte l'histoire intime de sa surdité, la cause, la violence vécue dans l'enfance, l'isolement progressif, son intégration familiale, sociale, professionnelle, et, bien souvent, c'est au cours de ces entretiens là que l'on entend les vrais motifs de sa demande d'implantation, ou ceux qui l'ont retardée, ainsi que le rôle joué par son entourage dans la prise de décision.

Nous croyons indispensable que l'équipe médicale, parallèlement à nos entretiens, réexplique les limites et les ressources de l'implant lors de cette période de cicatrisation. En effet, l'écoute du patient est alors d'une toute autre nature que celle qu'il avait avant l'opération : l'acte chirurgical demandé est fait, le patient n'a plus rien à demander prioritairement, il peut donc être disponible pour recevoir. Cette réceptivité doit être également utilisée comme facteur supplémentaire d'adaptation à l'implant.

En période de branchement, nous notons qu'un des tous premiers bénéfices de l'implant pour le patient est de réentendre sa propre voix. C'est un élément qui permettra au patient de mieux accepter le corps étranger.

En période de post-branchement, les patients éprouvent un regain de confiance en eux-mêmes, qui se prolonge au fil des mois suivants. Leur personnalité se renforce, même si, dans les premières semaines, ils expriment une déception ou une impatience. Ils sont confrontés à la nouveauté quant à l'image et à l'estime d'eux-mêmes.

La première satisfaction pour la majorité des patients est l'environnement sonore. Cette réelle satisfaction précède la compréhension de la parole. Mais lorsque nous demandons aux patients ce qu'ils avaient imaginé entendre dès le branchement, leur réponse est souvent : « des phrases entières ». Cette formule, qui n'est pas à prendre au pied de la lettre, illustre à nos yeux, leur espoir d'entrer en meilleure relation avec autrui et de sortir de leur isolement, mais elle évoque aussi leur désir de normalité après des années de handicap.

Après quelques mois d'utilisation du processeur, les patients évoquent les situations pour lesquelles ils préfèrent se débrancher quelques heures. Cela fait référence non seulement à l'agression du monde extérieur mais aussi à la crainte du patient d'être envahi par les bruits et par son entourage. Nous pensons que cette attitude est, entre autres, une réponse des implantés aux exigences renforcées de leur entourage direct.

Préserver les bénéfices secondaires de la surdité est également un facteur d'adaptation à l'implant.

Il faut être attentif pendant de longs mois à la gestion personnelle et relationnelle que le patient assume avec son processeur, car celle-ci permet d'éva-

luer si d'une part l'adaptation à la prothèse est progressive ou déficiente, et d'autre part, si le patient fait pas à pas le cheminement intérieur entre un handicap qui persiste à vie et une fonction retrouvée. Cet aspect paradoxal de l'implant (et que l'on retrouve pour d'autres prothèses dans d'autres domaines des pertes sensorielles ou motrices) est pressenti de manière très vive par des patients et certains d'entre eux trouvent la gestion intérieure de ce paradoxe trop complexe et renoncent à l'implant.

Généralement, nous suivons le patient depuis sa candidature jusqu'à environ deux ans de port d'implant. Ensuite, il fait appel à nous s'il le juge nécessaire. Nous n'avons aucun patient implanté en traitement psychothérapeutique. Nous ne sommes pas thérapeutes des patients implantés, mais ce que nous les aidons à formuler à certains moments-clés est thérapeutique.

Les patients porteurs d'implants cochléaires nous posent des questions qui présentent un intérêt sans cesse renouvelé : « que peuvent-ils et que veulent-ils entendre acoustiquement, et affectivement ? ».

### **Bibliographie**

- Degive C., Archinard M. - Psychological Adaptations and Emotional Observations of Eight Multichannel Cochlear Implant Patients, in ORL 54, 317-319 5, (1992)
- Dumont A. - Implant cochléaire, Surdité et Langage, Question de Personne, De Boeck Université Imprimeur, Belgique (1996)
- Montandon P., Pellizzzone M., Kasper A. - Le point sur les Implants Cochl aires, in J. Otorinolaryngol, 37, 278-282 (1988)
- Montandon P. - Réhabilitation de la Surdité Totale avec l'Implant Cochléaire Multicanal "Ineraid" (Symbion), in Méd Hyg, 47, 1261-1264 (1989)
- Morel D., Charachon R., Genin J. - Clinical results, in Acta Otolaryngol (Stockh) 411 (suppl) 254-256 (1984)
- Virole B. - Psychologie de la Surdité, Question de Personne, De Boeck Université Imprimeur, Belgique (1996)