

---

Marie-Ange Pongis-Khandjian, M. Ps. • Psychologue et psychanalyste •  
Québec •

---

## **Contre-transfert et éthique : un regard sur les dilemmes cliniques de fin de vie**

**Marie-Ange Pongis-Khandjian**

**D**es malades en fin de vie peuvent adresser aux soignants des demandes de suicide assisté qui leur imposent des dilemmes cliniques et des problèmes éthiques importants. Tenter d'y réfléchir dans le contexte de la relation patient-médecin permet peut-être d'établir la distance émotionnelle nécessaire pour prendre de telles décisions. Le modèle basé sur les notions de transfert et de contre-transfert nous donne un cadre théorique utile pour comprendre l'interaction entre les besoins émotionnels, la plupart du temps inconscients, des deux partenaires.

Avant de parler théorie, interrogeons-nous cependant sur nos motivations : s'intéresser à la mort, aux mourants, aux soins palliatifs peut paraître curieux ou même morbide, que l'on soit ou non médecin. Mais nous sentons tous, plus ou moins consciemment, que c'est l'histoire personnelle de chacun d'entre nous qui entre en résonance avec ces thématiques. Il s'agit, le plus souvent, de la rencontre avec la souffrance et la mort au cours de notre enfance. Il en est de même avec le choix que nous avons fait de soigner les gens, physiquement et psychiquement.

Par ailleurs, les notions de transfert et de contre-transfert sont surtout utilisées dans un contexte spécifique et très ritualisé : la relation très intime et très intense entre un thérapeute et un patient dans le contexte de la psychothérapie ou de la psychanalyse. Ce sont des notions subjectives, non mesurables, qui se rapportent au vécu, au senti, aux impressions fugaces, bref au monde des affects et du relationnel et surtout à la notion d'inconscient. Rappelons-nous que l'aspect conscient de nos comportements, de nos réactions affectives n'est qu'une infime partie de notre vie psychique, la pointe

visible de l'iceberg. Freud disait que l'inconscient est le passager clandestin qui, caché dans la cale du navire, mène le bateau sans que le capitaine (le conscient) le réalise. Il s'agira donc surtout de tenter ici non pas de vous amener des réponses ou des connaissances intellectuelles, mais d'attirer votre attention sur cette importante dimension de notre vie psychique, dans le contexte de la relation médecin-patient, de la rendre acceptable sans trop de rationalisations, et de proposer des éléments de réflexion.

On doit rendre la notion d'inconscient acceptable parce qu'il est déboussolant et humiliant pour tout être humain de se dire qu'il n'est pas maître à bord, que la volonté, le contrôle, la maîtrise, les efforts conscients ne sont qu'une toute petite partie de son quotidien. C'est une blessure à notre amour-propre, à notre orgueil, à notre anthropocentrisme semblable au scandale que provoquèrent autrefois deux découvertes : celle de l'astronome polonais Copernic en 1543 – le soleil ne tourne pas autour de la Terre, mais bien l'inverse – et celle du biologiste britannique Darwin en 1809 – l'homme descend du singe. L'être humain s'est rebiffé à l'époque contre ces deux découvertes. Il se rebiffe aussi

aujourd'hui contre la notion d'inconscient comme il se rebiffe contre l'inéluctable de la mort.

Cette révolte de l'être humain et cette lutte pour une maîtrise totale (illusoire) de la vie et de la mort se manifeste à travers différentes situations :

- L'acharnement thérapeutique.
- La procréation artificielle – le droit d'avoir un enfant à tout prix.
- Le clonage.
- Le droit de mourir quand bon nous semble et de la manière que nous avons choisie.

Toutefois, la mort aussi bien que l'inconscient échappent à la maîtrise humaine et au contrôle. Abordons ces notions de transfert et de contre-transfert en trois temps :

- Situons rapidement le contexte dans lequel ces concepts ont vu le jour : la « préhistoire » de la psychanalyse.
- Voyons comment ces concepts ont été appliqués en médecine, dans les années 50, par un psychiatre psychanalyste d'origine hongroise nommé Michael Balint.

- Réfléchissons ensemble sur l'utilisation du transfert et du contre-transfert dans le domaine particulier des soins palliatifs.

### **Le contexte**

En 1885 – vous voyez que le terme de préhistoire est justifié ! – Freud, qui est dans la trentaine, part de Vienne pour aller étudier les maladies nerveuses – essentiellement l'hystérie – avec Charcot à Paris. L'hystérie déconcertait les médecins parce que les symptômes n'étaient apparemment causés par aucune lésion physique. On disait que cette maladie ignorait l'anatomie.

Charcot met en évidence la ressemblance saisissante entre l'hystérie et l'hypnose. Il remarque que des paralysies hystériques peuvent être provoquées par suggestion, dans un état d'hypnose. Sorti de cet état le patient ne se souvient pas de la suggestion hypnotique, mais la remémoration est possible si on insiste. Freud en déduit que ces paralysies sont le résultat de représentations mentales inconscientes. De retour à Vienne, il utilise la suggestion hypnotique pour contre-carrer les symptômes hystériques de ses patients. Sous hypnose, il les

encourage à parler, à se souvenir d'événements pénibles qui ont été en lien avec l'apparition de leurs symptômes. Ce sont ces souvenirs pénibles, chassés de la conscience par un mécanisme de refoulement, qui continuent à s'exprimer par le biais des symptômes. Ces derniers disparaissent par l'abréaction qui est la décharge de l'émotion associée à un événement oublié. Ça marche mais, d'une part, tous les patients ne sont pas hypnotisables ; d'autre part, pour ceux qui le sont, les résultats sont instables et les symptômes réapparaissent. De plus, Freud est insatisfait de la méthode hypnotique qui ne lui apprend rien quant à l'origine de la maladie.

Il change sa technique de façon décisive. Il abandonne l'insistance et la suggestion et se tourne vers la libre association. Elle consiste à essayer d'appliquer la règle fondamentale suivante : parler librement de tout ce qui vient à l'esprit sans essayer de filtrer, sans écarter ce qui ne paraît pas important et sans porter un jugement moral sur des pensées qui semblent inconvenantes. Le but de cet exercice est de remplacer la « façade convenable », non pas par La Vérité, mais par sa propre vérité, sans se voiler la

face devant les découvertes désagréables. On est très proche ici du « Connais-toi, toi-même » de Socrate.

Admettre que nous avons des désirs souvent pas très avouables, des pensées et des pulsions très peu morales, une agressivité qui nous pousserait à arracher la tête à quiconque se met en travers de notre chemin est vécu par nous comme une humiliation, et le sentiment de culpabilité est très douloureux et anxiogène. Nous nous défendons bec et ongles contre la découverte de ce monde intérieur fait de désirs, de violence, d'irrationnel. Un exemple du philosophe Nietzsche, tiré de son livre *Au-delà du bien et du mal*, illustre bien la difficulté qui se pose. Nietzsche écrit : « J'ai fait ça », me dit ma mémoire. « Je n'ai pas pu faire ça », répond ma fierté. » Ceux parmi nous qui ont été en analyse ou en thérapie le savent bien.

Freud découvre aussi à ses dépens que la libre association est plus facile à formuler qu'à mettre en pratique. Des forces internes s'opposent à la remémoration et maintiennent la répression des souvenirs traumatiques. C'est ce qu'il a appelé les résistances ou les mécanismes de défense. Il ne suffit pas non plus d'interpréter pour le patient le conflit qui se passe en lui et ses résistances.

Des phénomènes inattendus durant les cures frappent aussi beaucoup Freud : alors qu'il interprète le conflit psychique, les résistances, les pulsions réprimées et l'expérience du passé, les patients, qui jusque-là collaboraient à cette tâche, perdent de l'intérêt pour le passé et se tournent vers un présent très spécifique, la personne de Freud. Les patients changent d'attitude vis-à-vis de la cure, ils se rebellent contre Freud ou lui demandent son amour de différentes façons, soit sous une forme directement sexuelle, soit sous une forme sublimée. Un de ses patients se jette à son cou dans un élan amoureux. Freud ne succombe pas à la tentation de se croire irrésistible, et il suspecte d'autres raisons à ces débordements d'affects.

Il remarque en fait que ces sentiments érotiques ou hostiles se manifestent à des moments délicats de la cure, lorsque des souvenirs infantiles réprimés émergent. Au lieu de se remémorer ces événements pénibles, le patient les revit dans le présent à travers « une connexion mentale erronée » sur la personne du thérapeute. C'est ainsi que Freud découvre ce qu'il a appelé le *transfert* et réalise que c'est en analysant les réactions transférentielles du patient, ici et maintenant avec lui, qu'il est possible de dénouer

des conflits ayant eu lieu ailleurs et autrefois avec les figures significatives. Plus tard il découvrira le pendant, du côté analyste, le *contre-transfert*. Résumons.

### *Qu'est-ce qu'un transfert ?*

Dans le contexte de la relation thérapeutique psychanalyste-patient ou psychothérapeute-patient, c'est la transposition actuelle, généralement inconsciente, de la part du patient, de relations affectives de l'enfance concernant les personnes significatives, aimées et haïes (père, mère, frères et sœurs) sur la personne du psychanalyste. L'analyste, lui, par son silence, son refus de répondre à l'attente du patient, son détachement, contribue à accentuer ces déplacements pour pouvoir, en les interprétant, les rendre conscients.

### *Qu'est-ce qui est transféré ?*

Des patterns de comportements, des types de relations affectives, des sentiments positifs ou négatifs, des fantasmes, etc.

### *Où trouve-t-on le transfert ?*

En fait, on trouve le transfert pratiquement dans toute relation humaine, mais, le plus souvent, il passe inaperçu.

### *Qu'est-ce qui fait que nous transférons ?*

La répétition est un phénomène courant dans le monde animal, végétal ou même minéral, basé sur l'économie de moyens. Il est plus facile, ou plus économique, de répéter que de réinventer la roue chaque fois.

### *Qu'en est-il du contre-transfert ?*

Pour suivre une personne dans ses fantaisies conscientes ou inconscientes, ses résistances formulées ou non, comprendre ce contre quoi son patient se bat, l'analyste doit faire preuve d'empathie et d'intuition, il doit pouvoir s'identifier avec le patient. Cependant, comme on ne peut comprendre chez l'autre que ce que l'on a déjà compris chez soi, l'analyste doit être un peu au clair avec son propre inconscient, c'est-à-dire être ouvert à ses propres sentiments (aussi inavouables soient-ils), à ses propres pulsions et fantaisies, sans trop d'anxiété ou de rejet. En fait, il devra lui-même être passé par le processus de l'analyse.

Freud recommandait aux analystes une attention flottante qui est le pendant de la libre association. Il s'agit d'écouter de façon libre, avec une attitude intérieure aux antipodes de la concentration : « écouter avec la troi-

sième oreille » ce qui vient du patient et détecter ce que ça fait résonner en soi-même. C'est cette résonance qu'on appelle le contre-transfert.

Transfert et contre-transfert désignent l'ensemble des sentiments et émotions, conscients et inconscients, qui sont mis en jeu et qui agissent entre patient et analyste. Ils constituent l'outil de travail du psychanalyste.

Voici deux courts exemples :

Un patient sur le divan parle souvent, mais avec une quasi-indifférence, de son père, mort quand il n'était encore qu'un très jeune enfant. Très rationnel, il dit ne pas se souvenir de lui, ne pas avoir eu de peine. Il se plaint à plusieurs reprises de ne pas bien entendre l'analyste et de ne pas comprendre ce qu'il lui dit. Il se demande s'il devient sourd ; pourtant, dans sa vie quotidienne, il entend bien. Depuis quelque temps, il trouve aussi que l'analyste est trop silencieux, il se demande s'il l'écoute, il le sent absent – on peut formuler l'hypothèse que le patient *transfère* sur la personne de l'analyste le sentiment d'absence qu'autrefois il a ressenti confusément par rapport à son père. Le ton de voix du patient est triste et un peu plaintif, comme celui d'un petit enfant. L'ana-

lyste se sent atteint par cette tristesse, la perte précoce que son patient a vécue entre en résonance avec une situation qui lui est personnelle. En utilisant son *contre-transfert* pour tenter de comprendre le transfert du patient, l'analyste interprète : « Vous avez perdu votre père quand vous étiez un tout petit enfant. Vous entendiez sa voix, mais vous ne compreniez pas les mots. » La réaction affective est immédiate. Le patient pleure tout doucement. Il n'aura plus de difficultés auditives.

J'attire votre attention sur le fait qu'une interprétation n'est presque jamais une longue explication intellectuelle – vous dites ceci parce que vous avez vécu cela. Une interprétation ressemble souvent aux *haïkus*, ces petits poèmes japonais constitués de 17 syllabes qui, dans un souffle, suggèrent des ambiances, des colorations affectives. Il s'agit pour le thérapeute de trouver les mots qui touchent le cœur et le corps de son patient afin de remettre en contact des représentations mentales refoulées avec des affects réprimés autrefois à travers ce qui se vit ici et maintenant avec l'analyste.

Voici un autre exemple de contre-transfert, qui m'a été raconté par une

psychiatre psychanalyste québécoise vivant en France. Elle travaille dans un hôpital psychiatrique et est proche de la retraite ; on lui envoie allègrement les cas très lourds dont personne ne veut se charger. Le dernier en date est une jeune femme qui a tenté de se suicider en entraînant dans la mort sa petite fille. La petite est décédée, la mère a survécu. Le personnel médical réagit fortement à cette situation, des jugements et des mots très durs fusent, du genre « criminelle, matricide, elle aurait mieux fait de ne pas se rater, etc. » L'analyste se surprend à ronchonner aussi : « Pourquoi me l'envoyer à moi ? Que la justice fasse son sale travail. » Surprise par cette réaction agressive qui ne lui est pas habituelle, elle laisse monter les associations. Lui vient à l'esprit la tâche qui lui revenait quand elle était jeune, soit sortir les poubelles – faire le sale boulot. Son frère, plus âgé mais plus gringalet qu'elle, refusait de le faire. Le frère en question est actuellement juge... Elle réalise que les vieilles rivalités de l'enfance ne sont jamais très loin dans l'inconscient. Ayant pris conscience d'un contre-transfert qui concerne aussi bien ses collègues que la jeune criminelle et qui aurait pu être nuisible à la patiente en question, l'analyste a pu s'en occuper avec plus de neutralité,

sans transférer sur elle une colère venue en partie d'ailleurs.

### **Application du concept en médecine**

Après avoir fait un rapide tour d'horizon de la situation strictement psychothérapeutique, venons-en sur le terrain médical et essayons de voir comment les notions de transfert et de contre-transfert y ont été appliquées.

Michael Balint, psychiatre et psychanalyste à la Tavistock Clinic de Londres, a été à l'origine dans les années cinquante d'un mouvement médical qui reconsidère de façon fondamentale les relations médecin-patient-maladie. Balint trouve que la formation des jeunes médecins met l'accent, d'une part, sur la maladie qu'il faut enrayer et, d'autre part, sur l'efficacité du médecin. Il doit FAIRE ce qu'il faut pour vaincre la maladie. On se centre sur :

- L'observation des symptômes.
- L'établissement d'un diagnostic.
- La décision quant aux moyens de traitement.

Non seulement l'être humain malade semble parfois flou dans l'arrière-paysage, mais la personne du médecin également. Il est recommandé aux médecins d'être sur leurs gardes, de

contrôler leurs émotions et de conserver une attitude imperturbable et objective. L'aspect relationnel est, plus souvent qu'autrement, négligé.

Or, pour Balint, il n'est guère douteux qu'une proportion considérable des plaintes des malades ne se rapporte pas exclusivement à des causes physiques, mais qu'elles ont leur origine dans des problèmes émotionnels. De plus, le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine est le médecin lui-même. C'est donc moins la boîte de cachets qui importe que la manière dont le médecin les prescrit à son malade.

Balint a été frappé par le fait qu'il n'existait (et il n'existe toujours pas) cependant aucune pharmacologie de ce médicament essentiel : pas la moindre indication, dans les manuels, sur la dose que le médecin doit prescrire de sa propre personne, ni sous quelle forme, avec quelle fréquence, quelle est sa dose curative, sa dose d'entretien, etc. Absence complète dans la littérature des risques possibles d'une telle médication, des effets secondaires indésirables, des réactions allergiques, etc.

Il avait donc mis sur pied des séminaires d'étude de cas en cours de traitement. Durant ces réunions hebdo-

madaires, un groupe d'une quinzaine de médecins, omnipraticiens et spécialistes, apprenaient à parler librement et spontanément de leurs patients aussi bien que de leur propre engagement émotionnel, dans une atmosphère sécuritaire de réciprocité avec les collègues et un analyste. Dans ces groupes, l'accent était mis sur la relation patient-médecin. Il s'agissait pour ces médecins de pouvoir exposer aux collègues les difficultés ressenties devant tel patient particulier, les sentiments (même ceux difficiles à s'avouer), les doutes, les erreurs, les échecs, etc. et de prendre le risque de se faire critiquer par les collègues.

Cela dit, il ne s'agissait pas de transporter en bloc les techniques psychanalytiques dans les autres domaines de la médecine. Cela aurait été irréalisable, indésirable et même néfaste. Il ne s'agissait pas non plus de faire de la thérapie de groupe, ni d'interpréter les difficultés névrotiques personnelles des omnipraticiens, ni de les transformer tous en psychothérapeutes.

Il s'agissait, dans la mesure du possible, de créer une atmosphère où chacun pourrait parler sans précipitation, tandis que les autres écouteraien dans un état d'esprit libre et d'attention flottante, une atmosphère qui autori-

serait certains silences et donnerait à chacun le temps de trouver ce qu'il pensait vraiment, ce qu'il ressentait ou ce qu'il voulait vraiment dire. Il arrive que des choses inattendues soient dites. On les examine sans dramatiser, tandis qu'à d'autres moments elles peuvent provoquer le rire, la surprise, l'irritation, l'embarras ou même la souffrance. Un médecin peut exprimer, par exemple, l'envie qu'il a eue de jeter à la porte son patient, ou l'émoi sexuel qui l'a surpris, l'amertume qu'il ressent devant le groupe, ayant l'impression qu'on le blâme.

À partir du moment où le médecin a acquis suffisamment de liberté pour observer, éprouver et finalement pour écouter les discussions dans le groupe au lieu d'essayer anxieusement de comprendre la dynamique psychologique de son patient, il peut commencer à être attentif dans sa propre pratique aux phénomènes de transfert et de contre-transfert qui se produisent entre son patient et lui-même. Cela dit, cela prend du temps... beaucoup de temps.

Michael et Enid Balint ont écrit plusieurs ouvrages qui rendent compte de leurs recherches : *Le médecin, son malade et la maladie*, *Le médecin en formation*, *Six minutes par patient*,

*Techniques psychothérapeutiques en médecine*, dans l'édition Petite Bibliothèque Payot. Des centaines d'exemples, des vignettes cliniques, des études de cas sont décortiqués dans ces livres. Ils nous permettent de comprendre *in vivo* comment certaines caractéristiques des patients provoquent des réactions chez le médecin, selon ses propres particularités de fonctionnement.

Voici quelques figures de style, nécessairement caricaturales :

Prenons un patient qui transfère sur le médecin une figure parentale toute puissante et idéalisée et qui se met lui-même dans une position d'impuissance, de passivité, de dépendance infantile, n'attendant rien de moins qu'un miracle de la part du soignant. En résonance, plusieurs possibilités peuvent être envisagées, selon la personnalité du médecin.

- Il peut endosser ce rôle sans s'en rendre compte. Il peut être flatteur de se sentir investi d'une telle mission. Cette idéalisation de la part du patient peut combler le besoin irrésistible du médecin de prouver au monde entier, et surtout à lui-même, qu'il est bon, bienveillant, avisé et efficace. Le médecin décidera de tout jusqu'au moment bas-

cule où, soit il se sentira accablé, soit le patient se sentira infantilisé, et il en résultera un état de tension dans leur relation.

- Le médecin peut refuser catégoriquement d'entrer dans ce moule sous prétexte qu'il n'est pas souhaitable pour un patient de ne pas prendre ses décisions de façon autonome – on se rappellera que l'autonomie est mise en avant comme un critère éthique incontournable. Le médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade. C'est ce que Balint appelle « la fonction apostolique ».
- Dans une situation idéale – et rappelons-nous que les situations idéales, ça n'existe pas – le médecin prend conscience que le comportement hyperpassif du patient provient probablement d'un transfert. Le médecin est aussi attentif à ce que ça lui fait personnellement ressentir, pour éviter de réagir impulsivement.

Voici une courte parenthèse pour souligner la nécessité de présenter un modèle de médecin. En 1990, la D<sup>re</sup> Nassia Faure, dans un collectif sur l'éthique, évoquait quatre modèles de

la relation médecin-patient dans le contexte actuel.

#### *Le modèle scientifique*

Le médecin qui adopte ce modèle a pour responsabilité majeure d'avoir une compétence technique et scientifique: c'est surtout le propre des médecins spécialistes dans les centres hospitaliers. Les autres aspects non scientifiques de la relation peuvent avoir pour lui une certaine importance, mais ils seront le plus souvent délégués (ou relégués?) à d'autres professionnels de la santé: travailleur social, psychologue, infirmières, etc.

#### *Le modèle contractuel*

La relation est vue comme un contrat entre le médecin, distributeur de services, et le patient. C'est un modèle fréquent dans les urgences, les cliniques sans rendez-vous et, malheureusement, dans beaucoup de bureaux de jeunes médecins (je précise que je cite toujours!).

#### *Le modèle fonctionnarisé*

Le médecin est fonctionnaire, le patient est considéré comme membre d'un groupe ou d'une société. Le médecin peut se sentir plus d'obligations comme gardien de la santé publique ou gardien des institutions que comme protecteur du patient. Le

but premier du médecin est de maintenir dans la société un individu qui demeure productif.

### *Le modèle humaniste*

La D<sup>re</sup> Faure pense, et je suis bien d'accord avec elle, que c'est vers le modèle humaniste que devraient tendre les médecins. Le devoir moral du médecin devrait tenir compte de la vulnérabilité de la personne malade. Il y a une sorte de promesse du médecin d'aider le malade en état de vulnérabilité. La confiance, la fidélité aux promesses et le renoncement du médecin à ses propres intérêts sont les caractéristiques de ce type de relation.

### **L'utilisation du transfert et du contre-transfert**

Venons-en maintenant au cadre particulier des soins palliatifs. Nous savons tous que la mort est inévitable. Lorsqu'elle devient imminente, l'efficacité, « le faire » passe au second plan, alors que l'être humain malade dans toute sa complexité multidimensionnelle est en relief. Les patients atteints de maladies chroniques et ceux en phase terminale sont vulnérables et sujets à des émotions fortes.

Et les médecins qui les soignent et les côtoient au quotidien doivent également affronter leurs propres émotions.

Brian Kelly et ses collaborateurs, dans leur texte « Countertransference and ethics: A perspective on clinical dilemmas in end-of-life decisions<sup>a</sup> », mettent l'accent sur cette relation patient-clinicien dans le contexte des soins aux patients mourants. Ils attirent notre attention sur les forces irrationnelles qui pèsent sur toutes les relations mais qui deviennent plus particulièrement importantes pour comprendre l'interaction médecin-patient dans des moments de stress et de tensions. Ils sont d'avis que les notions de transfert et de contre-transfert aident à comprendre les aspects plus « profonds » – plus inconscients – de cette interaction.

Kelly et ses collaborateurs soulignent que le médecin, en présence d'un patient mourant, a à négocier les quatre principes éthiques fondamentaux que sont la bienfaisance, la non-malfaisance, l'autonomie et la justice, tout en essayant de soulager avec compassion la souffrance physique et la détresse émotionnelle de ce patient.

a. *Palliative and Supportive Care*, volume 1, n° 4, décembre 2003, p. 367-375.

L'autonomie et l'indépendance, noyaux des principes éthiques, sont devenues des valeurs presque sacrées dans notre société individualiste. La dépendance, la « non-autonomie », devient une tare, une malédiction, le malheur suprême. Quand la majorité de la population était rurale, que plusieurs générations cohabitaient sous un même toit et que chaque membre de la famille avait un rôle à jouer, on ne parlait pas beaucoup d'autonomie. Chaque individu s'insérait dans un système dont il dépendait pour son équilibre et sa subsistance. Dans notre vie d'humain, nous naissons dans la dépendance, nous mourons dans la dépendance, mais nous passons notre vie à nous défendre bec et ongles contre cette idée. Alors qu'en médecine générale le principe d'autonomie prend une importance de plus en plus grande, dans celui des soins palliatifs ce même principe atteint ses limites. L'autonomie d'un patient en phase terminale est compromise par la dépendance créée par la maladie et les handicaps de fonctionnement inévitables affectant plusieurs aspects de sa vie. Le patient doit s'adapter aux pertes irréversibles au fur et à mesure que sa maladie s'aggrave, et les soignants doivent l'aider à réaliser cette adaptation.

L'importance des dimensions émotionnelles de l'interaction médecin-patient devient évidente lorsque l'on considère que la communication, verbale et non verbale, consciente et inconsciente, entre ces deux partenaires est l'outil primordial pour explorer et négocier les questions éthiques des choix et des souhaits en fin de vie. Pour le médecin, explorer la palette de sentiments, d'émotions qui l'animent n'est pas une question de nombrilisme ou de narcissisme exacerbé, mais bel et bien un instrument qui lui permettrait de mieux comprendre les besoins de son patient et de ne pas agir impulsivement – on appelle ces comportements impulsifs des agirs contre-transférentiels – pour soulager son propre malaise. Des sentiments confus ou peu conscients de la part du médecin peuvent entraîner des comportements contre-transférentiels et avoir un impact négatif aussi bien sur le médecin lui-même que sur les soins au patient.

#### *Impact sur le médecin*

- Se sentir seul professionnellement.
- Être en proie à de la frustration, de l'impuissance, un sentiment d'inadéquation ou d'incompétence, du cynisme, du désespoir.

- Perdre le sens de sa mission ou, au contraire, se sentir obligé de sauver un patient particulier.
- Éprouver de la colère contre le patient, sa famille, le système médical, les collègues.
- S'identifier trop au patient et ressentir son désespoir et son impuissance ou, au contraire, perdre de vue la qualité d'être humain du malade.
- Courir le risque d'une dépression.

#### *Impact sur les soins au malade*

- Incohérence des buts thérapeutiques.
- Augmentation des moyens technologiques lourds par manque de temps à consacrer à un processus de décision.
- Évitements (concernant le patient, sa famille, ses collègues) menant à une augmentation des complications médicales et au prolongement de l'hospitalisation.

Explorer attentivement ses propres affects permet au médecin de poser les limites de la relation avec son patient et de protéger cette relation contre des agirs de type sexuel (excès d'amour), par exemple, ou de type agressif. «L'enfer est pavé de bonnes inten-

tions», dit le dicton. Derrière des décisions conscientes, rationnelles, compatissantes, peuvent se cacher des relents d'agressivité, de rivalité, de relations conflictuelles totalement inconscientes.

#### **Interaction médecin-patient et désir d'accélérer la mort**

Souvent, les médecins qui n'ont pas eu de formation spécifique en soins palliatifs se disent mal équipés pour faire face aux besoins émotionnels de patients en phase terminale. C'est dire combien ces besoins prennent de la place et combien une compréhension psychodynamique de l'interaction médecin-patient est nécessaire. Il est important dans ces cas de pouvoir explorer la différence entre le contenu manifeste d'une affirmation telle que «Je veux mourir» et les significations latentes de cet énoncé.

1. Lorsque quelqu'un se suicide, la lettre que l'on trouve après-coup communique les raisons de ce choix. Cette communication a lieu après la mort. Celui qui dit à son médecin «M'aiderez-vous à mourir?» exprime quelque chose alors qu'il est encore en vie. C'est une demande d'interaction, de relation. «Je veux mourir» peut être compris comme «Donnez-moi une

bonne raison de vivre.» Le patient est en train de demander «Est-ce que quelqu'un tient assez à moi pour me faire changer d'avis, pour partager ma souffrance?»

2. Lorsqu'un patient a perdu tout contrôle sur son corps et sur sa vie, la seule façon pour lui de se donner un minimum de pouvoir, c'est de demander à mourir. Sentir qu'on peut choisir sa mort peut être un talisman, un gri-gri contre l'angoisse de l'impuissance totale. Mais sentir que son médecin ne le laissera pas tomber, émotionnellement parlant, est d'un réconfort encore plus puissant.

Un patient en attente d'une transplantation cardiaque disait à son médecin qu'il avait le «droit» de demander un suicide assisté. On demanda une consultation psychiatrique pour évaluer le risque suicidaire. Son cœur était stimulé par une pile et on avait peur qu'il ne la débranche. Quand on lui a posé directement la question, il s'est écrié de façon véhémement : «Pensez-vous que je suis fou? Si je faisais ça, je mourrais! Nous ne parlons pas de mort ici, nous parlons de mes droits!»

3. Chez certains patients qui souffrent d'un clivage interne de leur psyché

dont ils ne sont pas conscients, la demande de mourir traduit le souhait de voir mourir la mauvaise partie d'eux-mêmes, la partie malade, pour laisser la bonne partie survivre. Ces patients font des commentaires du genre «Je ne me reconnais plus.» «Je n'agis pas comme ça d'habitude.»

4. Des personnes malades (physiquement et mentalement) peuvent se sentir pleines de rage : contre elles-mêmes, les médecins, Dieu et le monde entier. L'impact de la souffrance, de la terreur de l'inconnu, du désespoir, peut susciter des envies de meurtre et de vengeance. Tuer qui? Soi-même, pour se venger contre une image interne aimée et haïe.
5. Des chercheurs ont noté que l'intention suicidaire est en corrélation la plus forte avec le degré de manque d'espoir quant au futur. La question de l'espoir est délicate à doser pour le médecin : donner un minimum d'espoir, et non pas être d'un optimisme fou. Elle est en lien avec le fait de dire la vérité au malade sur sa maladie et son pronostic. Cependant, il n'y a pas qu'une seule façon de dire la vérité. Et on doit aussi se demander pour qui on la dit.

6. La demande de mort peut provenir d'un désir d'échapper à une douleur physique mal contrôlée par insuffisance d'analgésiques. Celle-ci peut être le résultat d'une attitude moralisatrice du médecin envers les opiacés ou autres médicaments du genre.

7. La demande de mort peut provenir d'un état dépressif non diagnostiqué parce que compliqué par les symptômes somatiques. Une veuve de 90 ans est hospitalisée après une chute; elle présente des problèmes cardiaques, de l'anémie, et ses jambes sont œdémateuses. Elle demande à mourir dès le début: «Je suis vieille et j'ai vécu assez longtemps.» Elle ne coopère pas à ses traitements. Un entretien prolongé révèle qu'elle a été une danseuse connue. La perte de différentes personnes significatives autour d'elle ainsi que de l'usage de ses jambes l'a plongée dans un état dépressif. Après l'administration d'un léger psychostimulant et un traitement à ses jambes, elle a envisagé d'être à nouveau fonctionnelle et n'a plus demandé à mourir.

8. La culpabilité, l'autopunition, une certaine forme de masochisme et le besoin d'expiation peuvent devenir des motifs pour demander à mourir.

Le fait de ne pas discuter avec un malade de son désir de mourir constitue une réelle violation de ses droits.

Le médecin doit également être attentif à ses propres émotions et motivations conscientes et inconscientes devant ce genre de demande :

- Sa propre peur de la mort et ses valeurs à propos de la vie, qui ne sont pas nécessairement celles du patient.
- Son propre état dépressif qui le pousserait à trop s'identifier au désespoir du patient.
- Ses propres valeurs quant à ce qu'est la qualité de vie.
- Une trop grande vulnérabilité à la perte d'estime de soi advenant un échec thérapeutique.
- Ses propres valeurs quant à l'autonomie, l'autodétermination et la rationalité du patient.

Les risques d'agir contre-transférentiels peuvent être élevés et affecter les décisions prises par le médecin. Gérer la bonne distance émotionnelle, ni trop près ni trop loin, est un apprentissage difficile. Trop près, il y a risque de trop s'identifier au patient, de développer une pseudo-empathie basée sur la pitié; trop loin,

et le médecin contribue à augmenter le désespoir et le sentiment d'inconfort de son patient.

Devant des demandes de suicide assisté, reconnaître l'infinie palette des sentiments pouvant habiter patient et médecin est un aspect fondamental de la relation qui existe entre eux. Dans ce cas, le soignant peut :

- Mettre sur pied des groupes de discussion entre collègues pour se sentir moins isolé.
- Parler en groupe pour augmenter les habiletés du médecin à communiquer avec la famille de son patient.
- Mieux déterminer les problèmes cliniques (dépression, anxiété, idées suicidaires) et mieux y répondre.
- Apprendre à écouter tout en étant attentif à des facteurs conscients et inconscients, aussi bien chez le patient que chez soi, et pouvoir en refléter les significations.

On peut prendre conscience, par exemple, qu'on se sent agacé, frustré ou même en colère contre tel patient difficile. On peut se demander si c'est l'irritation, la frustration ou la colère du patient que l'on ressent confusément et qui résonne en soi. Cette mise en représentation mentale permettra de ne pas laisser agir cette colère – en raccourcissant impulsivement la consultation, par exemple – et empêchera aussi de tout de suite essayer de neutraliser ces sentiments négatifs en devenant très doux. On doit réaliser qu'on multiplie les examens, demandes de tests, etc. parce qu'on se sent impuissant, qu'on ne comprend pas trop ce qui se passe, pour camoufler des malaises.

Les dilemmes cliniques de fin de vie mettent le médecin devant sa propre finitude et celle de son patient. Se donner à tous les deux le temps d'explorer l'espace relationnel qui les relie permet de se sortir d'une empathie qui camoufle la confusion et de vivre ce que chacun a à vivre.