



HAL
open science

Alliance thérapeutique et engagement : une réflexion sur l'éthique de la prise en charge des patients suicidants en psychothérapie psychanalytique

E. Gontier, Y. Prigent

► To cite this version:

E. Gontier, Y. Prigent. Alliance thérapeutique et engagement : une réflexion sur l'éthique de la prise en charge des patients suicidants en psychothérapie psychanalytique. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2011, 10.1016/j.amp.2011.04.005 . hal-00765607

HAL Id: hal-00765607

<https://hal.science/hal-00765607>

Submitted on 15 Dec 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Accepted Manuscript

Title: Alliance thérapeutique et engagement : une réflexion sur l'éthique de la prise en charge des patients suicidants en psychothérapie psychanalytique

Authors: E. Gontier, Y. Prigent

PII: S0003-4487(11)00100-4
DOI: doi:10.1016/j.amp.2011.04.005
Reference: AMEPSY 1322

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*



Please cite this article as: Gontier E, Prigent Y, Alliance thérapeutique et engagement : une réflexion sur l'éthique de la prise en charge des patients suicidants en psychothérapie psychanalytique, *Annales medio-psychologiques* (2010), doi:10.1016/j.amp.2011.04.005

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

*Communication***Alliance thérapeutique et engagement : une réflexion sur l'éthique de la prise en charge des patients suicidants en psychothérapie psychanalytique****Therapeutic alliance and commitment: A reflection about the ethics of taking care of patients who have attempted suicide in a psychoanalytical psychotherapy framework****E. Gontier^{a,*}, Y. Prigent^b**

^a *Psychologue, psychanalyste, 11, avenue du Général de Gaulle,
37300 Joué-lès-Tours, France*

^b *Neuropsychiatre, 9 bis, rue Auguste Goy, 29000 Quimper, France*

Auteur correspondant : Mme E. Gontier, 11, avenue du Général de Gaulle, 37300 Joué-lès-Tours, France

Tél. : 06 77 50 83 94

Adresse email : egontier.lesrivieres@wanadoo.fr

Résumé

Les questions éthiques liées à la prise en charge des patients suicidants seront ici abordées à partir de deux foyers de contradictions qui apparaissent dans les codes de déontologie : d'une part, liberté individuelle et protection de la personne, et, d'autre part, secret professionnel et secret partagé. La réflexion développée à partir des repères théoriques psychanalytiques s'enrichit des apports de la gestion de crise. Elle est illustrée par l'évocation de situations cliniques tirées d'une pratique dans le domaine de la prévention du suicide. Elle met en évidence que le suicide ne correspond pas chez nos patients à l'exercice d'une liberté et qu'il requiert par conséquent l'exercice d'un devoir d'ingérence de la part du soignant. Les tentatives de suicide sont assez souvent associées à des pathologies dans lesquelles on retrouve une histoire de vie marquée par des ruptures, des abandons, des traumatismes, correspondant à une faillite de l'environnement que la prise en charge ne devra pas reproduire ; cela suppose, entre les termes contradictoires évoqués plus haut, le choix de la protection de la personne et du secret partagé. En ce qui concerne le cadre psychothérapeutique de référence analytique, les contours de la neutralité traditionnelle de l'analyste, dont la valeur reste entière, doivent être redéfinis au profit d'une position contre-transférentielle plus engagée.

Mots clés : Alliance thérapeutique ; Déontologie ; Gestion de crise ; Neutralité bienveillante ; Prévention du suicide

Abstract

The ethical questions involved in the treatment of patients who have attempted suicide will be addressed here on the basis of two contradictory positions which appear in codes of deontology. On one hand, we find individual freedom and protection of the person; on the other, professional secret and shared secret. The reflection, developed along the lines of psychoanalytical theory, is enriched by contributions from crisis management. It is illustrated by means of clinical situations taken from clinical practice in the domain of suicide prevention. What is revealed is the fact that suicide does not correspond, in the case of our patients, to the exercise of freedom and as a consequence, it requires us to intervene. Suicide attempts are often associated with pathologies in which we can find a life history marked by separations, abandonments and trauma, corresponding to a failure of the environment which the treatment must be careful not to reproduce. This implies that, between the contradictory terms evoked above, we make the choice of protection of the person and of shared secret. As concerns the analytically-based psychotherapeutic framework, the guidelines of traditional neutrality for the analyst, whose value remains complete, must be redefined toward a more interventionist counter-transferential position.

Keywords: Benevolent neutrality; Crisis management; Deontology; Suicide prevention; Therapeutic alliance

Ce texte présente une réflexion sur quelques questions d'éthique qui peuvent se présenter aux professionnels confrontés aux problématiques suicidaires dans le cadre de la psychothérapie d'orientation psychanalytique. Nous les formulerons à partir de deux foyers de contradictions qui apparaissent dans les codes de déontologie : d'une part, liberté individuelle et protection de la personne, et, d'autre part, secret professionnel et secret partagé.

Liberté individuelle et protection de la personne, tout d'abord. La liberté de la personne est un point central de la déontologie, tant pour les médecins que pour les psychologues, qui ne peuvent intervenir qu'avec le consentement libre et éclairé des sujets

concernés ; mais dans le même temps, l'obligation légale d'assistance à personne en danger¹ s'impose aussi à chacun. La mise en perspective de ces deux principes nous amène à évoquer l'existence de cas [4] d'assistance au suicide, rebaptisée « euthanasie volontaire active », chez des personnes simplement déprimées. Et en effet, dans telle ou telle réunion de l'Association pour le Droit à Mourir dans la Dignité, on a pu entendre certains participants mettre sur le même plan « la souffrance insupportable du déprimé », et celle de la personne atteinte d'un mal incurable ; les troubles schizophréniques y ont été pris en exemple de mal incurable, et le libre accès au cocktail lithique y a été demandé pour les déprimés « afin de leur éviter de souffrir en absorbant n'importe quel poison, ou de rester handicapés après avoir survécu à une chute du haut d'un immeuble ». La question qui se dégage ici est donc de savoir si la personne qui veut mourir est une personne qui n'est pas en mesure de se protéger, ou une personne dont il faut respecter l'autonomie psychique.

Le deuxième foyer de contradictions se situe entre l'obligation de garantir le secret professionnel et l'intérêt qui peut exister à travailler avec le secret partagé. Nous dégagerons cette fois le problème à partir de remarques faites par des infirmières scolaires participant aux formations « repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire² » ; ces infirmières se plaignent souvent d'apprendre, à l'occasion d'une tentative de suicide, voire d'un décès dans leur établissement, que l'élève concerné avait déjà fait une tentative quelques mois auparavant, et éventuellement qu'il avait même un suivi psychologique en ville ; elles disent qu'elles auraient voulu être informées la première fois, afin de mieux organiser la prévention de la récurrence. La question qui se pose alors est de savoir si l'on va privilégier le respect de la vie privée de l'élève dans le contexte scolaire, qui n'est pas un contexte de soin, ou si l'on va considérer qu'il faut alerter les adultes pour qu'ils soient vigilants aux signes de mal-être que l'adolescent pourrait encore donner.

Nous nous proposons maintenant de confronter les questions que nous venons de soulever à quelques apports théoriques³ qui nous permettront de préciser certains contours de l'alliance thérapeutique. Des philosophes ont pu dire que le suicide était la marque d'une liberté suprême, mais les principes de la gestion de crise nous rappellent que cette conduite correspond au contraire chez nos patients à une absence de choix. La personne en crise suicidaire croit que toutes les solutions aux difficultés qu'elle traverse deviennent l'une après

¹ Article 223-3 du nouveau code pénal : « Le délaissement, en un lieu quelconque, d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. »

² Pour la présentation de ces formations nationales, voir par exemple Gontier et Duriez, 2007 [3].

³ Lire par exemple *La prévention du suicide*, 2003, ADSP n° 45.

l'autre inopérantes, de sorte qu'elle se trouve engagée dans un processus qui ressemble à un entonnoir vers la mort. De plus, les études épidémiologiques constatent qu'environ 90 % des personnes décédées par suicide souffraient d'au moins un trouble psychiatrique⁴. En conséquence, il y a une sorte de devoir d'ingérence du professionnel [8], qui aura à mettre tout en œuvre pour arrêter activement le processus suicidaire ; il devra privilégier la protection de la personne sur le secret et sur le respect du consentement, d'ailleurs fort peu éclairé, du sujet en crise. Mais l'éthique d'une prise en charge d'orientation analytique, c'est aussi la « neutralité », règle traditionnelle qui doit ici être questionnée ; en effet, peut-on rester « neutre » devant quelqu'un qui veut mourir ?

En fait, il convient d'abord de préciser cette notion de « neutralité » à partir de la définition de Freud [2] : « Nous avons catégoriquement refusé de considérer comme notre bien propre le patient qui se remet entre nos mains. Nous ne cherchons ni à former pour lui son destin, ni à lui inculquer nos idéaux, ni à le modeler à notre image avec l'orgueil d'un créateur⁵. » La neutralité freudienne, qui s'applique à la fonction de l'analyste en situation analytique, ne doit donc pas être confondue avec l'indifférence. Elle signifie l'absence de jugement moral et le refus de se laisser enivrer par le pouvoir thérapeutique ; en cela, la neutralité est la condition même de l'alliance, puisqu'il n'y a pas d'alliance sans liberté des parties contractantes, et elle apparaît effectivement salvatrice en tant que telle, dans la mesure où le soignant qui chercherait à s'approprier le destin du patient n'aurait aucune chance de lui redonner envie de vivre. De même, nous savons bien que dans les problématiques anorexiques, la principale difficulté n'est pas d'arriver à nourrir la patiente, mais de lui donner envie de manger. Une psychanalyse dans les règles suppose ainsi une forme de désengagement de l'analyste résumée dans un célèbre texte de Lacan [6] sur la partie de bridge analytique, où il indique que l'analyste doit occuper « la place du mort ». Il avait déjà précédemment défini sa fonction comme celle d'un « être-pour-la-mort », affirmant : « les sentiments de l'analyste n'ont qu'une place possible [...] celle du mort » [5]. En effet, on ne fait pas de la psychanalyse avec de bons sentiments, et ce qui a éventuellement rendu le patient suicidaire, c'est que jusque-là, les autres ont peut-être occupé le terrain de manière trop active, décidant toujours à sa place, et exerçant un chantage aux sentiments pour le modeler à leur guise. L'analyste, au contraire, ne doit au sujet rien d'autre que sa vérité.

Mais le principe de neutralité, qui permet à l'analysant le déploiement de sa position subjective, condition nécessaire au désir de vivre, doit cependant être questionné en temps de

⁴ Seguin et Terra [9], *Manuel du formateur*, section « épidémiologie », p. 4.

⁵ *Les voies qui s'ouvrent à la thérapeutique psychanalytique* (1918), cité par Laplanche et Pontalis.

crise suicidaire, c'est-à-dire finalement en temps de guerre. Que signifierait, en effet, dans la rencontre avec la personne suicidaire, d'être celui qui occupe la place du mort ? Peut-on attendre, face à un suicidant, que sa demande se déploie, et demande de quoi, d'ailleurs, demande de mort ? Serait-il déontologique et même simplement humain de ne rien vouloir pour lui ? Il y a des cas, nous le savons bien, où il ne faut pas attendre la demande, et où il faut considérer que la demande, c'est le symptôme. Il y a, nous le savons aussi, des patients qui ne peuvent pas avoir de demande pour eux-mêmes parce qu'ils n'ont jamais été demandés par un autre. C'est pourquoi, selon les principes de gestion de crise [9]⁶ : « L'intervention de crise est généralement immédiate et directive, puisqu'elle se réalise à un moment où l'individu suicidaire est (1) ambivalent, (2) impulsif, et (3) fait preuve de rigidité cognitive. On ne recherche pas la neutralité thérapeutique, mais bien plus à créer un lien qui permettra à la personne suicidaire de se sentir comprise et validée dans sa souffrance. » Ces deux auteurs précisent encore : « L'intervenant peut se positionner en exprimant à la personne suicidaire qu'il ne souhaite pas qu'elle se suicide et qu'il fera tout ce qui est en son pouvoir afin qu'elle ne se suicide pas. Toute la nuance réside entre un bon contact et un contact autoritaire [...]. Le respect mutuel est à la base d'un lien thérapeutique fort. » Or, si nous revenons à la définition freudienne de la neutralité, nous voyons donc qu'elle n'est pas incompatible avec ce principe fondamental de la gestion de crise, par lequel Seguin et Terra soulignent la nécessité du respect mutuel et l'abstinence de tout contact autoritaire. Il n'y a donc pas de contradiction, dans le cadre d'une psychothérapie d'orientation analytique, à soutenir la nécessité en temps de crise d'un engagement fort, qui seul permettra l'alliance thérapeutique [7,8]. Un tel engagement pourra même comporter une sorte de « demande inversée », au sens où le thérapeute pourra être amené à mettre un temps entre parenthèses la demande du patient et à se risquer lui-même à lui faire une demande, instante, mais non contraignante, au risque que le patient réponde « non ». Cette notion de « demande inversée » sera illustrée par l'évocation de la situation clinique de Monsieur D., telle qu'elle s'est présentée dans la singularité d'une relation thérapeutique, qui ne pouvait être ici relatée qu'à la première personne du singulier :

Monsieur D. est venu me consulter pour la reprise d'idéations suicidaires, accompagnées d'angoisses massives à tonalité phobique et d'alcoolisations au cours desquelles il se met en danger. Il se dévalorise systématiquement et se traite avec beaucoup de dureté. Il est devenu aveugle il y a une quinzaine d'années, après s'être tiré une balle dans la tête avec un *22 long rifle* vers la fin de l'adolescence. Il investit sa psychothérapie (on ne lui

⁶ Seguin et Terra [9], *Manuel du formateur*, section 3. p. 11.

avait jamais proposé ce type de travail auparavant) dans laquelle l'analyse des rêves tient une place importante ; elle lui permet de comprendre le sens d'un certain nombre de ses symptômes et de déplacer leur investissement sur la recherche de leur sens. Assez rapidement, il n'est plus question d'idéations suicidaires, et au bout de quelques mois, il cesse de se mettre en danger, même si sa consommation d'alcool reste excessive ; en particulier, les comas éthyliques disparaissent. Plus tard encore, dans un mouvement de restauration narcissique, il décide de faire changer sa prothèse oculaire, dont la couleur était mal adaptée à celle de l'œil qu'il lui reste ; il décide ensuite de ne plus porter ses lunettes noires. Quand il ne les a pas, c'est un bel homme et on remarque très peu qu'il est aveugle. Puis, des événements de sa vie actuelle mais aussi le parcours qu'il effectue dans des souvenirs difficiles à supporter ramènent l'idée de la mort. Une séance est presque entièrement consacrée au récit de sa tentative de suicide, moment ultime qu'il revit par ce récit à travers lequel il se place face à sa mort. Ce soir-là, sa famille était présente au complet ; après être allé de pièce en pièce sans trouver quelqu'un à qui parler et sans que ce soit sa détresse, il est revenu dans sa chambre, a pris le fusil, s'est tiré une balle dans la tête devant le grand miroir de son armoire, en se regardant, peut-être pour être moins seul. Lors de la séance suivante, il me déclare spontanément qu'il pense à nouveau au suicide, mais comme il s'agit d'idéations et que le plan n'est pas achevé, comme la dépression est par ailleurs traitée médicalement, l'hospitalisation n'apparaît pas pertinente, et d'ailleurs elle n'est pas souhaitée par le patient. Il me faut donc lâcher prise par rapport à mon inquiétude à son sujet et supporter de renoncer à une mesure autoritaire. Dans ce moment d'extrême dénuement, il ne me reste que la demande, pas celle du patient, la mienne, celle que j'appelle la « demande inversée », une vraie demande qui inclut le risque de son rejet : celle que je lui adresse, de me téléphoner ou de téléphoner aux urgences si l'idée de mourir devenait trop pressante ; et en effet, il me répond qu'il ne le ferait pas, si le cas se présentait, et je dois encaisser son refus. La seule piste d'intervention qui me reste dans cette séance consiste alors à faire en sorte que cette fois du moins, il ne soit pas seul avec ses idées suicidaires ; je tente de rester à côté de lui et ensemble, nous entrons en contact avec son désir de mort, nous l'explorons et le nommons ; il me raconte dans les détails comment il se tuerait cette fois, en se penchant à son balcon, me faisant quasiment vivre son suicide avec lui. La fin de la séance est arrivée, je dois le laisser partir. Il me serre la main de manière appuyée comme s'il voulait m'encourager et me rassurer. Au moment d'ouvrir la porte, il me dit : « La prochaine fois, il faudra bien que je vous dise quelque chose... On n'en a encore jamais parlé... » Alors, je peux refermer la porte, je sais qu'il y aura une prochaine fois.

Dans cette situation, les principes de la gestion de crise ne sont pas entrés en contradiction avec une pratique analytique [3]. C'est ainsi que l'empathie, pilier du désamorçage de crise, peut être rapprochée du « tact », défini en psychanalyse comme « la faculté de “sentir avec” » [1, p. 55], qui n'élimine pas la neutralité au sens où nous l'avons définie, puisque l'auteur précise : « En aucun cas [l'analyste] ne doit se laisser guider par ses seuls sentiments [...]. On pourrait presque parler d'une oscillation perpétuelle entre “sentir avec”, auto-observation et activité de jugement⁷. » De même [10], il est essentiel que le thérapeute puisse « remédier à l'absence de soutien du moi qui a altéré le cours de la vie du patient [...] Lorsqu'il était enfant » ; en conséquence, « l'analyste devra être capable d'assumer le rôle de la mère envers le patient redevenu nourrisson », d'« apporter un soutien considérable au moi », et de rester « orienté vers la réalité extérieure tout en s'identifiant au patient et même en fusionnant avec lui »⁸.

En résumé, il est essentiel en prévention du suicide de « ne pas confondre abstinence et abstention⁹ », l'abstinence freudienne étant compatible avec la réceptivité active winnicottienne qui nous fait retrouver le tact de Ferenczi et la validation des émotions de Seguin et Terra. L'alliance thérapeutique résulterait donc d'une demande instante que le psychothérapeute adresse au patient suicidaire. Dans le qualificatif « instante », il y a l'engagement du thérapeute, il y a une quête et une requête de vie ; et dans le beau nom « demande », il y a le lâcher-prise, le renoncement de l'analyste au pouvoir sur l'autre, la neutralité qui n'exclut pas l'attente également. Nous avons voulu montrer ici que c'est cette combinaison entre le lâcher-prise et l'engagement, qui, dans la demande instante, produit l'alliance thérapeutique.

Conflit d'intérêt : à compléter par l'auteur

Références

- [1] Ferenczi S. Élasticité de la technique psychanalytique. In: Œuvres complètes 1927–1933. Paris: Payot; 1982.
- [2] Freud S. Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique. In: De la technique psychanalytique. Paris: PUF; 1953.

⁷ *Ibid.* p. 56, et 61 pour la citation suivante.

⁸ Citations p. 355–6.

⁹ Selon la belle formule d'Evelyne Grange, « Paradoxalité de la violence dans les liens familiaux ». Paris: conférence au colloque *Corps et violence* ; 15 juin 2007.

- [3] Gontier E, Duriez N. Le psychologue et la prévention du suicide auprès de l'enfant et de l'adolescent, et Le psychologue et la prévention du suicide auprès de l'adulte et de la personne âgée. In: Schauder S, Pratiquer la psychologie clinique aujourd'hui. Paris: Dunod; 2007.
- [4] Hanus M. Le deuil après suicide. Paris: Maloine; 2004. p.138.
- [5] Lacan J. La direction de la cure et les principes de son pouvoir. In: Écrits. Paris: Seuil; 1966. p.589.
- [6] Lacan J. Critique du contre-transfert. In: Séminaire, livre VIII, Le transfert. Paris: Seuil; 1960–1961.
- [7] Prigent Yves. Sept lettres contre la mort. Paris: Albin Michel; 1992.
- [8] Prigent Yves. La souffrance suicidaire. Essai sur le mal insupportable. Paris: Desclée de Brouwer; 1994.
- [9] Seguin M, Terra JL. Manuel du formateur. Paris: Direction Générale de la Santé; 2005.
- [10] Winnicott D. Le contre-transfert. In: De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1969.

Discussion

Dr Rioux – Je vous remercie pour cette communication très intéressante. La structure clinique du sujet (névrose, psychose, perversion) a-t-elle une influence sur la position du psychanalyste au moment du déclenchement de la crise suicidaire du sujet ?

Réponse du rapporteur – Votre question va me permettre d'apporter une précision très utile et je vous en remercie. Je n'ai pas d'exemple à l'esprit de sujet pervers suicidant, d'ailleurs, il me semble qu'il serait possible de soutenir que la perversion, dont les psychanalystes disent classiquement qu'elle correspond au déni du sexe de la femme, correspond également à un déni de la mort, ce qui expliquerait la faible occurrence des rencontres avec les patients pervers en prévention du suicide. En revanche, s'il est assez facilement possible de créer avec le sujet névrosé une alliance thérapeutique qui permet de lui poser la question de l'intention suicidaire, il n'en va pas de même avec le patient psychotique, chez qui les phénomènes persécutatoires sont souvent au premier plan. L'évaluation du potentiel suicidaire peut se trouver biaisée du fait que l'urgence et la dangerosité doivent être appréciées d'après les déclarations du patient, ce qui suppose que l'idéation suicidaire ne soit pas rendue méconnaissable par des mécanismes de défense tels que le déni ou le clivage,

lorsque par exemple le patient est tellement terrifié par l'intensité de son désir de mort qu'il ne peut consciemment se l'avouer pour tel. Inversement, dans d'autres cas, un patient psychotique reçu aux urgences pourra verbaliser des idées suicidaires dont il fait état de façon chronique depuis des années sans jamais passer à l'acte. Cette attitude pourra être perçue comme de la manipulation et susciter des réactions d'agacement et de colère chez les soignants, mais il importe de réussir à entendre que le patient essaie en fait de traduire de façon symbolique son état de mort psychique, c'est-à-dire non pas de tromper les équipes, mais d'exprimer quelque chose de sa vérité.

Dr Houillon – Au cours de cette communication, vous avez évoqué l'éventualité où on laisse au suicidant une « liberté de choix » tout en mentionnant la fréquente « rigidité cognitive », ce qui prive en partie de sens les termes de « liberté » et de « choix ». Aussi, est-ce à juste titre que vous avez souligné « l'absence de choix », amorçant ainsi, au moins de façon implicite, cette distinction qui n'est pas souvent faite mais qui est tellement nécessaire entre la « liberté de choix », la « liberté de décider », et la « liberté d'agir ».

Réponse du rapporteur – Oui, la distinction que vous apportez me semble essentielle ; il convient de préciser les implicites en soulignant bien que la position du philosophe est très différente de celle du thérapeute. Face à la mort, le premier définit par exemple une position stoïque consistant à s'affranchir de ce destin subi en décidant de le vouloir ; ou encore, pour les existentialistes, l'angoisse traduit le sentiment de l'homme face à l'absurdité de sa condition mortelle et elle est corrélée à une totale liberté d'agir pouvant aller jusqu'à l'acte gratuit. Cependant, pour le clinicien, le sujet suicidant est avant tout un patient aliéné à sa souffrance, et qui, ayant perdu la liberté de penser, a aussi perdu celle d'agir.

Dr J.-G. Veyrat – C'est une très fine approche du dilemme dans lesquels se trouvent souvent les psychanalystes, face aux désirs de morts des patients : empathie, soin, neutralité ?

Je voudrais signaler que c'est un des problèmes qui sont discutés de manière récurrente lors des rencontres de thanatologie, et aussi signaler que vient de sortir un film d'humour noir comme les Belges savent les faire, intitulé *Kill me please*, mettant en scène un psychiatre médecin directeur d'une clinique proposant le « Suicide médicalement assisté », comme il en existe réellement, avec ses ambiguïtés, ses paroles lénifiantes, et son « dernier vœu » proposé en option...

Réponse du Rapporteur – Je vous remercie pour l'apport de cette référence cinématographique dont l'humour noir nous met sur la piste du paradoxe. En prévention du suicide, il est particulièrement juste de rappeler qu'aucun soin véritable n'est possible sans empathie, c'est-à-dire si le clinicien n'accepte pas que son propre désir de mort soit questionné par celui du patient ; c'est justement l'empathie qui permet d'écouter les requêtes de l'A.D.M.D. et de commencer à dialoguer avec ceux qui en font partie. La psychanalyse permet le travail dans le symbolique en posant la règle d'abstinence, mais il n'est pas possible de rester neutre lorsque la mort menace dans le réel. J'aimerais citer pour terminer la « Prière » de Winnicott : « Puissé-je mourir bien vivant ! »