



HAL
open science

Décisions prises à la place d'autrui : de la complexité des intentions soignantes

C. Cristia

► **To cite this version:**

C. Cristia. Décisions prises à la place d'autrui : de la complexité des intentions soignantes. In *Analysis*, 2020, 4, pp.272 - 277. 10.1016/j.inan.2020.04.006 . hal-03491186

HAL Id: hal-03491186

<https://hal.science/hal-03491186>

Submitted on 14 Sep 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Célia CRISTIA

Psychologue clinicienne, doctorante au CRPPC, Université Lyon 2
10, rue Marietton, 69009, LYON – celiacristia@gmail.com

Décisions prises à la place d'autrui : de la complexité des intentions soignantes

Mots clefs :

Décision à la place d'autrui – Soins palliatifs – Sujet vulnérable – Intentions – Alliances inconscientes

Decision-making for the other: the complexity of caregiving intentions

Key words:

Decision-making for the other – Palliative Care - Vulnerable Subject – Intentions – Unconscious Alliances

Résumé français

Contexte

La recherche sur laquelle s'appuie cet article a été réalisée au cours d'un contrat doctoral en psychologie clinique. La question déployée autour des intentions et processus psychiques dans les prises de décisions à la place d'autrui dans les situations de fin de vie, a permis la mise en place d'une recherche de terrain par le biais d'observations et d'entretiens auprès de professionnels de soins palliatifs. Parmi les trois « triangulations cliniques » examinées dans la thèse, nous choisissons de nous arrêter sur une configuration particulière qui nous permet de mettre en exergue les affects négatifs qui prennent parfois place dans la relation de soin et la manière dont ceux-ci habitent les décisions que nous prenons à la place de nos patients.

Objectifs

Dans cette présentation, nous tentons de mettre en lumière certains mouvements inconscients qui nous semblent inhérents à la relation d'aide à la personne vulnérable, mais exacerbés lors de la rencontre avec des patients « déviants » (non compliant, dans le refus, *etc.*). Nous verrons comment cette négativité, prise dans des alliances inconscientes (R. Kaës, 2009), peut générer des situations qui relèvent parfois d'une véritable violence du soin (Ciccone & al, 2014) qu'il semble essentiel de mieux identifier afin de garantir une véritable éthique des processus décisionnels qui imprègnent les pratiques soignantes.

Méthode

Le recueil de données s'appuie sur des entretiens de recherche et des temps d'observation réalisés au sein de deux Unités de Soins Palliatifs (USP) situées en France, organisés en deux sessions de 13 journées et/ou nuitées. Les entretiens ont été réalisés sous la forme d'une discussion guidée avec plusieurs professionnels (médecins, infirmières, aides-soignantes ou psychologues) volontaires. Les « triangulations cliniques » sont l'aboutissement d'un travail de reconstitution au sujet d'un patient accueilli dans l'USP (1^{er} point) à partir des notes d'observations de la chercheuse (2^{ème} point) et du discours des professionnels (3^{ème} point). Dans cet article, c'est le récit de M. Aïe qui est présenté parmi les trois triangulations cliniques soutenant le travail de thèse, dans ce qu'il offre la possibilité d'une mise en perspective de plusieurs niveaux de complexité autour de la négativité et des décisions prises à la place d'autrui.

Résultats

Cette présentation offre une occasion de penser le soin ainsi que la décision prise à la place d'autrui dans des dynamiques nouvelles. Les résultats cliniques obtenus à partir de la méthode de recherche originale mise en place dans la thèse montrent toute la fécondité d'un travail qui repose sur l'analyse des situations complexes à partir d'une triangulation clinique cette triangulation permettant d'étudier les enjeux subjectifs susceptibles de s'exprimer à différents niveaux. C'est par ailleurs la perspective groupale qui est ici mise en relief, notamment au travers les alliances inconscientes basées sur le négatif de certaines situations de soin. Le récit de M. Aïe nous permet

d'illustrer comment la haine se *diffuse* inconsciemment au sein des décisions prises pour la personne vulnérable. Ces conséquences nous appellent à déployer des stratégies pour tenter de symboliser ces affects déliants.

Conclusion

Décider à la place de l'autre vulnérable n'est une mince affaire pour personne et convoque chaque « décideur » dans ce qu'il a éprouvé à être le sujet vulnérable d'une décision prise par autrui : la figure du nourrisson en étant l'originaire (Ciccone, & al., 2012). Face aux situations extrêmes de la vie où se jouent la précarité ontologique du sujet, depuis le début jusqu'à la toute fin de la vie, peut-être faut-il se saisir de positions subversives (Pacific, 2011) pour travailler l'idée qu'envisager la maltraitance comme potentiel du soin peut être un préalable à la bienveillance.

Résumé anglais

Background

The research on which this article is based was conducted under a doctoral studies in clinical psychology. The question deployed around psychic intentions and processes in decision-making in the place of others in end-of-life situations allowed for field research to be carried out through observations and interviews with palliative care professionals. Among the three "clinical triangulation" examined in the thesis, we choose to focus on a particular configuration that allows us to highlight the negative affects that sometimes take place in the care relationship and how these affect the decisions we make in place of our patients.

Objectives

In this presentation, we try to highlight certain unconscious movements that seem inherent to the helping relationship with the vulnerable person, but exacerbated when meeting "deviant" patients (non-compliant, in refusal, etc.). We will see how this negativity, caught in unconscious alliances (R. Kaës, 2009), can generate situations that sometimes involve real care violence (Ciccone & al, 2014). It seems essential to better identify these potential situations in order to guarantee ethics in the decision-making processes that permeate care practices.

Method

The data collection is based on research interviews and observation time carried out in two Palliative Care Units (PCU) located in France, organized in two sessions of 13 days and/or nights. The interviews were conducted in the form of a guided discussion with several professionals (doctors, nurses, care assistants or psychologists) who volunteered to take part. The "clinical triangulations" are the result of a work of recomposition about a patient welcomed in the USP (1st point) from the researcher's observation notes (2nd point) and the professionals' speeches (3rd point). In this article, M. Aïe's account is presented among the three clinical triangulations supporting the thesis work, in that it offers the possibility of putting into perspective several levels of complexity around negativity and decisions taken in the place of others.

Results

This presentation provides an opportunity to think about care and decision-making in the place of others in new dynamics. The clinical results obtained from the original research method used in the thesis show the fertility of a work based on the analysis of complex situations through clinical triangulation. This triangulation allows the study of subjective issues that may be expressed at different levels. It is also the group perspective that is highlighted here, in particular through unconscious alliances based on the negative aspects of certain care situations. Mr. Ouch's account allows us to illustrate how hatred is unconsciously diffused within the decisions made for the vulnerable person. These consequences call for us to deploy strategies to try to symbolize these delinked affects.

Conclusion

Deciding for the other, vulnerable person is no small matter for anyone and reactivates each decision-maker's experiences of being the vulnerable subject for whom decisions were made: the figure of the infant as the original (Ciccone, & al., 2012). Faced with extreme situations in life where the ontological precariousness of the subject is at stake, from the beginning to the very end of life, perhaps it is necessary to take up subversive positions (Pacific, 2011) to work on the idea that considering maltreatment as a potential for care can be a prerequisite for good treatment.

Introduction

Les soins palliatifs, qu'ils soient menés en service de réanimation ou en unité de soins palliatifs convoquent des niveaux de complexités psychique, éthique et émotionnelle nichés dans l'imminence du mourir des sujets accompagnés. C'est à l'orée de ce drame le plus commun de l'humanité que les professionnels sont amenés à prendre des décisions pour ces sujets, empêchés par la maladie de le faire pour eux-mêmes. Au premier abord, tout semble opposer la pratique hospitalière de réanimation de celle des soins palliatifs. S'agissant des services de réanimation, la mort se fait vive, elle saisit là où l'on fait tout pour la chasser, bien souvent au prix d'une lutte acharnée. Et pour ceux qui s'en sortent, parfois, il y a l'attente, l'entre-deux, l'incertitude. Dans les couloirs des unités de soins palliatifs, moins d'urgence apparente : on compose avec le drame installé, on réajuste, on apprend à vivre avec, et à mourir aussi. Le temps est l'allié autant que l'ennemi des condamnés. Et pourtant, nombre de similitudes rapprochent ces deux pratiques par lesquelles les professionnels sont confrontés chaque jour. De part et d'autre, la complexité éthique habite des pratiques de soins où, au seuil du vivant, il faut choisir de renoncer ou de se battre encore. Comment et avec quelles intentions les professionnels de soins palliatifs prennent-ils des décisions à la place des patients qu'ils accompagnent ? C'est à cette question, que nous proposons d'apporter une contribution. Si la loi Claeys-Leonetti de 2016 a pensé aux situations extrêmes de fin de vie¹, donnant un cadre quasi pédagogique à ce type d'événements, elle ne peut pas jouer plus que son rôle législatif. Or, en France, la tension tangible entre désir de bien faire pour autrui et interdit du meurtre rend bon nombre de procédures collégiales (ou toute autre situation qui en relèverait) particulièrement complexes. Nous espérons pouvoir ouvrir une réflexion sur la question des processus psychiques mobilisés lors de telles prises de décisions à la place d'autrui dans ces contextes.

Une méthodologie d'observation qualitative en psychologie clinique

S'il n'est jamais simple de prendre soin de quelqu'un, l'univers médical accentue cette tâche, encore plus lorsqu'il confronte aux enjeux liés à la mort de l'autre et aux effets inconscients individuels et collectifs qu'elle convoque...

Observer la complexité de ces pratiques était le premier objectif de cette méthodologie, pensée dans le registre de la psychologie clinique et étayée par des méthodes propres à l'anthropologie. Menée au sein de deux unités de soins palliatifs de France, l'observation de professionnels s'est déroulée pendant deux sessions d'environ 13 journées, de jour comme de nuit. D'autre part, vingt-six entretiens que j'ai renommés « semi-non-directifs » ont été menés avec tout type de professionnels volontaires. Il s'agissait d'aborder, au cours de ces discussions enregistrées, les sujets qui intéressaient l'étude, sans toutefois donner de caractère trop directif à ces échanges. Les données recueillies ont été organisées sous forme de « triangulations cliniques » afin de mettre en relief certaines caractéristiques observées (par la chercheuse) ou rapportées (par les professionnels) à propos de trois accompagnements de patients (les personnes vulnérables). L'observation a révélé que les situations dans lesquelles les patients étaient encore en mesure de décider apportaient un intérêt particulier dans ce qu'elles témoignaient des effets inconscients que

¹ Notamment celles où le sujet serait incapable de prendre pour lui-même une décision concernant sa prise en charge médicale.

ces positionnements produisaient sur les équipes. C'est dans ces moments-là, parfois conflictuels, que se révèlent en effet des complexités de la relation de soin et ses enjeux retentissants sur les décisions prises, tant par le patient que par les professionnels. La situation de M. Aïe², nous permet d'introduire cette réflexion et de développer les aspects spécifiques de la négativité dans le soin et des violences auxquelles elles peuvent conduire.

M. Aïe, première période : des attaques aux défenses

Refus et ruses

M. Aïe, est un patient âgé d'une soixantaine d'années. Le choix de son nom est le témoin indélébile de mes éprouvés lors de mes observations de son accompagnement de fin de vie. L'analyse des différentes données ne donne pas d'information concernant sa pathologie, ce qui est un élément intéressant³. Il est arrivé depuis quelques jours lorsque je⁴ commence mes observations dans le service. J'apprends assez vite qu'il refuse ses traitements antalgiques alors qu'il manifeste des signes d'inconfort et de douleur à cause d'une infection aux jambes. M. Aïe est un patient peu avenant, qui peut faire preuve d'agressivité lors des soins. Le passé de M. Aïe peut être considéré comme déviant : ancien buveur, il est évoqué à son sujet de potentielles violences conjugales. Je constate peu à peu que bon nombre de décisions sont prises à sa place, bien que son état médical ne semble pas en justifier la nécessité. Les avis sont partagés sur sa capacité à pouvoir décider pour lui-même, certains s'accommodant du fait qu'il a un passé d'alcoolique pour affirmer qu'il n'a plus toute sa tête ; d'autres soutenant qu'à l'évidence, il sait ce qu'il dit et qu'il faut respecter son avis. Aussi, lorsqu'il s'invite dans mes échanges avec les professionnels, je me prends d'intérêt pour lui et pour ce que m'en disent les professionnels.

C'est lors d'un entretien avec Michèle, aide-soignante, que j'apprends que les traitements de ce patient lui sont donnés à son insu malgré ses multiples refus. Alors que je la questionne sur cette pratique, elle me partage son sentiment d'incompréhension et de malaise : « on n'est pas là pour mentir à un patient, surtout pas en soins pal'... c'est pas compréhensible... », mais quand je lui demande la raison pour laquelle il a été décidé de procéder de la sorte avec lui, elle répond par évitement en attribuant la responsabilité de cette stratégie de soin à ses collègues, en place au moment de l'accueil de M. Aïe : « – Faudrait que je discute avec l'autre équipe. – Parce que c'est ceux de l'autre équipe qui avaient fait ça ? – Bah qui a commencé parce que c'est eux qui l'ont euh... accueilli donc euh... »

Le soir venu, je m'entretiens avec Brigitte, aide-soignante de nuit. Elle m'apprend que M. Aïe a déjoué la tromperie : on a retrouvé ce soir les médicaments cachés dans sa protection urinaire. Je ne peux m'empêcher de sourire, face à ce qui me semble être un superbe « je vous emmerde » de la part d'un patient dont les refus ne sont pas entendus en tant que tels. Alors que Michèle s'étonnait de la ruse mise en place, Brigitte semble convenir de cette nécessité pour le patient concerné. Alors que je lui demande ce qu'on fait « si jamais un patient ne veut pas prendre ses traitements », elle me répond : « bah on est quand-même en soins palliatifs. Ce qui veut dire que

² Les noms et prénoms des sujets de la recherche ont tous été modifiés.

³ Nous verrons plus loin comment cela révèle aussi que la chercheuse n'est pas exempte des mouvements inconscients de l'équipe.

⁴ Le « je » a été préféré pour cette partie pour témoigner de l'engagement subjectif, inévitablement présent dans une telle recherche.

y'a des p'tites ruses... Les écraser, les mélanger dans la compote, voilà... Ne pas lui donner, tout simplement. Faire une transmission comme quoi il refuse. » Mes questions à Brigitte buttent sur sa méconnaissance de la situation médicale de M. Aïe : « Et il en a besoin pour quoi, toi tu sais ? – Euh... le traitement qu'il a, actuellement ? Non pas du tout. Mais je pense que si le médecin l'a prescrit, c'est qu'il en a besoin. » Les représentations des deux collègues concernant la *bonne attitude* en soins palliatifs relèvent du paradoxe : pour Michèle, l'honnêteté avec le patient doit être de rigueur là où, selon Brigitte, ruser pour donner un traitement à un patient est évidemment de la bienveillance. P. Vidal-Naquet, s'interroge sur les qualités des stratégies soignantes regroupées sous les diverses formes de ruses qui pourraient être considérées comme une forme de tact :

« Bien qu'omniprésente, [...] dans le travail de *care*, la ruse n'a pas bonne presse. [...] L'habileté, la diplomatie, l'intelligence pratique, le savoir-faire sont autant de qualités qui caractérisent les attitudes qui permettent de (se) sortir sans trop de casse des situations les plus difficiles, les plus complexes. [...] Mais l'action oblique n'est pas toujours considérée positivement, notamment lorsqu'elle mobilise des comportements comme le mensonge, la dissimulation, la simulation, l'imposture et finalement la duperie. Certes, on reconnaît certaines qualités au malin, au rusé. Mais celui-ci inspire aussi la méfiance » (2013, p. 8).

Sans doute l'intention présente dans le geste de soin concernant M. Aïe se situe-t-elle à la frontière entre du tact et la duperie mais nous verrons qu'il n'est pas simple de dénouer, dans ce type de décision prise à la place d'autrui, ce qu'il en est de la nature de l'intention... Ici, non seulement M. Aïe déjoue la ruse (et l'on entend que tout tact devient à ce moment duperie) et, dans une tentative en miroir à cette communication défaillante, ruse à son tour pour dissimuler lesdits médicaments. On voit dans l'expérience de cette situation clinique comment la décision prise à la place d'autrui s'articule à partir d'un certain nombre d'interprétations : celles du patient concernant les antalgiques et leurs effets ; celles des professionnels concernant la douleur de M. Aïe, sa capacité à pouvoir décider pour et par lui-même ou pas, mais aussi interprétations concernant les traitements eux-mêmes (et donc de leur bien-fondé) et leur légitimité à « obliger » un patient à prendre ses médicaments. L'histoire de M. Aïe révèle ce qu'A. Ciccone & al. (2014) ont qualifié de « violence du soin ». Mais ces interprétations sont aussi bien sûr nouées dans un tissu de liens des professionnels entre eux : ensemble mais séparés, alliés mais sans cesse en défiance, voire méfiance sur leurs pratiques respectives... Les rares espaces de réflexion intersubjectifs sont attaqués et fuis de diverses manières (manque de temps, manque de confiance avec les pairs...). Or, la relation d'aide suscite à bien des endroits des mouvements inconscients parfois très bruts. À ce sujet, A. Ciccone décrit l'acte de soin comme un acte de transfert :

« Si le soin s'adresse manifestement au patient, il s'adresse inconsciemment à un autre, objet de transfert, et l'acte de soin sera porteur d'un cortège de sentiments, d'émotions, d'affects qui concernent cet autre et qui chargeront ou infiltreront le lien au patient. Il y a là une source potentielle de violence, car une telle conjoncture n'est bien sûr pas exempte d'ambivalence et de conflictualités de toutes sortes. Les sentiments les plus louables peuvent masquer des mouvements bien moins nobles » (2014a, p. 20).

Or, ce positionnement relève d'une difficulté extrême puisqu'il demande au soignant d'une part, de se laisser toucher par l'autre (*via* l'identification) afin de comprendre sa souffrance et sa douleur ; puis de répondre à cette souffrance d'autrui et non pas « à ce qu'il touche en nous ».

Du déni de la subjectivité

Quelques jours après, il est décidé que Carine, psychologue, rencontre M. Aïe : elle accepte que je l'accompagne. Je suis soulagée de la perspective de cette rencontre qui, il me semble, peut aider à rétablir une communication afin de mieux comprendre et aider M. Aïe. J'assiste avec d'autant plus de sidération au monologue de Carine face à un patient peu éveillé : « Monsieur, on m'a dit que vous aviez fait une fausse route ce week-end. Si vous faites des fausses routes c'est parce que vous mangez allongé. Et vous savez que c'est pas bien de manger allongé, c'est pas bien pour la santé. Alors le médecin il voudrait que vous soyez assis pour manger ». Après quelques hésitations, elle lui dit aussi : « vous êtes douloureux, M. Aïe. Et quand on est douloureux, parfois on est agressif. [...] Alors vous voyez, ça serait bien que vous preniez vos médicaments pour la douleur parce que parfois ça calme ». M. Aïe reste silencieux, le regard fuyant. Finalement, Carine décide de retourner le voir lorsqu'il sera plus éveillé et nous le laissons, suite à ce bref échange.

Ici, on voit comment la psychologue est, elle aussi, prise dans les enjeux du service : ceux de *remettre* un patient peu compliant sur la voie de la raison. Elle entre dans une démarche de persuasion afin que rentrent dans l'ordre les désagréments liés aux refus de M. Aïe (agressivité, soins compliqués, risques de fausse route, *etc.*). Mais ce faisant, elle néglige défensivement l'éthique liée à sa fonction de psychologue : l'écoute neutre et bienveillante de la parole du sujet. Quelques heures après cette entrevue, je croise M. Aïe, assis dans un fauteuil du salon, la télé allumée. Il m'interpelle et je m'arrête près de lui. À ma plus grande surprise, il me dit de manière très intelligible qu'il a été installé là et qu'on l'y a oublié. Tandis que je pars me renseigner, on me dit que c'est parce que son lit était cassé et qu'il est là le temps de le réparer. Je reviens lui expliquer, mais il me dit : « oui mais ça fait déjà une heure et demie alors bon... – Vous pensez qu'ils font exprès alors ? – Bah ils veulent me mettre au fauteuil de toute façon. – Et vous non ? – Bah ça me fait mal... ». À nouveau, je vais m'informer auprès des professionnels et peu de temps après, le patient est réinstallé dans son lit. Interloquée par ce bref échange, je ne peux que constater qu'une communication semble possible sans grand effort : M. Aïe a vraisemblablement la capacité de comprendre sa situation et d'en parler. Je constate aussi que se dessinent les conséquences des stratégies soignantes de la ruse : M. Aïe se méfie et développe de la suspicion à l'égard des professionnels. Doit-on y voir les signes d'une paranoïa ou ces sentiments laissent-ils transparaître certains éléments d'une vérité non dicible ?

Le lendemain, pendant l'entretien de recherche que Carine accepte de faire avec moi, elle me reparle de M. Aïe : « regarde hier, on m'a demandé d'aller voir le patient... [...] Je l'ai revu à un autre moment, il était assis... [...] C'est vrai que je sais pas si ça avait fait son chemin quand je lui ai dit : "mais ça serait quand-même important que vous puissiez euh... être assis..." alors qu'il refusait tout le temps ! Je l'ai vu en train de regarder la télévision, assis ! Voilà. »

C'est ainsi que se noue une nouvelle complexité de la relation où la présence d'un patient au fauteuil signe l'interprétation potentielle d'un soin bien réalisé. Après une première rencontre *échouée* avec M. Aïe, les propos de Carine témoignent d'une certaine violence dans l'interprétation (Aulagnier, 2013) que je suis bien incapable, tant la honte me submerge, de rétablir. Mais cet exemple marque aussi combien est large, la limite entre un soin bien intentionné et un soin créateur de satisfaction pour le sujet vulnérable. Chaque professionnel travaille avec son narcissisme et le besoin de satisfaire personnellement au sentiment d'avoir fait du *bon travail*, créant parfois les illusions nécessaires à ces sentiments. *De facto*, c'est encore une fois la subjectivité de M. Aïe qui est balayée par la croyance erronée de Carine qui ne prend pas le temps d'interroger le patient

installé au fauteuil. Sans doute répond-elle aussi défensivement à un besoin d'apaiser les enjeux affectifs de cette situation : ne pas aller questionner M. Aïe, c'est garder une maîtrise des représentations sur son expérience subjective.

L'entretien avec Claire, médecin dans le service, est révélateur de mon état : je ne peux m'empêcher de la questionner sur la légitimité des décisions prises à la place d'un patient qui manifeste pourtant son refus. L'hésitation de sa réponse témoigne de son malaise : « je pense qu'on serait certain que le monsieur n'ait pas de... euh... Moi je pense que c'est un monsieur qui a des séquelles cognitives sur son alcoolisme chronique. Mais euh... bon, comme je le super... c'est pas directement mon patient mais je supervise, euh... [7 sec] Je pense qu'on serait [tape sur la table avec un stylo comme pour appuyer ses mots] [toc] tout à fait [toc] sûrs que y'ait [toc] zéro troubles cognitifs, on agirait pas comme ça. [...] Moi je trouve que le plus on respecte le souhait du patient, et mieux c'est, tu vois. Surtout, on est là pour l'aider, l'accompagner, essayer de... Euh... [6 sec] C'est pour ça que je pense que euh... chez lui, y'a quand-même quelque chose de... alors après, est-ce qu'on abuse hein, du côté euh... doute sur des séquelles, des troubles cognitifs, enfin euh... c'est une vraie bonne question. – Comment on fait pour être sûr, de ça ? – [5 sec] On peut tenter d'explorer... On peut faire un bilan cognitif par exemple. [...] D'ailleurs, j'me dis qu'il faut le faire en fait ! [rires] »

Les temps de silence sont significatifs, pour cette jeune médecin, de la difficulté qu'elle éprouve à justifier les choix qui ont été faits dans la prise en charge de ce patient, dont elle tient à me préciser qu'elle n'assume pas tout à fait la responsabilité médicale. L'inconfort manifeste de cette professionnelle se dévoile aussi dans la fuite défensive face à sa responsabilité. Malgré la prise de conscience qu'elle semble opérer à la fin de l'entretien, les évaluations cognitives ne seront pas réalisées pour M. Aïe. Tout se passe comme si quelque chose de plus fort l'en empêchait et comme si le sujet lui-même ne pouvait pas obtenir de réelle place dans la préoccupation soignante des uns et des autres.

Sentiments de haine et pacte dénégatif

Le cas de M. Aïe illustre les effets portés par ces patients qu'on pourrait dire *en négatif*. Il faut comprendre le concept de « négatif », développé par A. Green puis repris par R. Kaës, comme le négatif d'une photographie, qui donne une vision inversée de l'image, en quelque sorte *en deçà* de la représentation consciente. Les sujets comme M. Aïe qui, malgré les efforts des soignants, affirment une opposition, sous quelle que forme que ce soit (refus des soins, de remercier, voire de guérir) et font peser une dynamique particulière sur les équipes. Dans cette situation, c'est comme si plus personne ne pouvait décider avec responsabilité : le patient se voit privé de sa capacité d'entendement voire de parole ; les soignants sont privés de pensée et agissent soit par automatisme soit par économie psychique (cacher les médicaments pour n'avoir à se justifier ni auprès du patient, ni auprès du médecin). Certains se fourvoient et s'imaginent avoir fait du bien quand il s'agit sans doute d'un manque d'attention. Les intentions sont voilées car chacune des actions est probablement porteuse d'un « bon sentiment » pour M. Aïe. P. Molinier revient sur le caractère critiquable d'une « éthique du dévouement » qui ne prendrait pas en considération la violence initiale d'une relation de soin :

« les petits enfants, plus largement les personnes vulnérables et dépendantes, ne génèrent pas seulement, chez celles et ceux qui s'en occupent, des sentiments d'amour et de

compassion, mais aussi de puissants désirs de destructions et de haine. [...] La vulnérabilité d'autrui, sa dépendance, peuvent exciter la haine chez l'individu-e normal-e » (2004, p. 13). Aucun des professionnels avec qui j'ai eu l'occasion d'évoquer M. Aïe n'a proposé d'en parler en équipe, comme si cette situation faisait l'objet d'alliances inconscientes, telles que décrites par R. Kaës (2009). Après avoir introduit en 1976 l'idée d'un appareil psychique groupal, R. Kaës théorise et développe l'idée d'alliances inconscientes circulant entre les membres d'un groupe, autour d'une polarité négative des affects : « la négativité, dans ses diverses figures, [...] doit être refoulée, ou déniée, rejetée et effacée » (2009, p. 103). En considérant la personnalité ainsi que l'histoire intime de M. Aïe (personnage peu affable au passé déviant), je peux faire l'hypothèse d'une alliance inconsciente en défense aux mouvements d'attaques de M. Aïe à l'égard du genre féminin. Le pacte dénégatif, nous dit R. Kaës :

« est conclu pour assurer les besoins défensifs des sujets lorsqu'ils forment un lien et pour maintenir ce lien. Un tel pacte accomplit ainsi une fonction métadéfensive pour chacun des sujets qui s'y engagent. Il est donc à envisager comme une modalité de résolution des conflits intrapsychiques et des conflits qui traversent une configuration de liens » (2009, p.114).

La haine, déposée par M. Aïe à travers les refus et l'agressivité au soin, ainsi qu'à travers son histoire personnelle, se diffuse et pourrait générer le pacte dénégatif en miroir. La prise de pouvoir décisionnel signe alors le retour de l'agressif : on fait l'impasse sur les tests cognitifs qui pourraient éclairer sur ses capacités d'entendement ; on reproduit ce que les collègues ont mis en place sans oser le remettre en question ; on s'abstient d'interroger une pratique qui semble pourtant inhabituelle. Et le désir de meurtre sous-jacent prend la forme d'une emprise qui plonge M. Aïe dans des vécus de malveillance assez compréhensibles. À l'honneur du pacte dénégatif, sa fonction protectrice de l'équipe, qui doit survivre psychiquement, pour poursuivre la lourde tâche de soigner tous types de patients (même les pires), mais qui place sur l'autel du sacrifice, le sujet de l'alliance, ici, vulnérable entre tous, déjà menacé de mort dans le réel.

M. Aïe, seconde période : fin de vie et passivité

Lors d'une relève, quelqu'un dit à propos de M. Aïe : « j'espère vraiment qu'il va partir vite parce que là il n'a vraiment pas l'air bien ». Je suis un peu *sonnée* par la remarque qui me semble signer dramatiquement l'impuissance de l'équipe à aider ce patient douloureux et en écho, la mienne. Ma place n'étant pas dans le soin, je lutte contre l'envie d'en dire plus, de questionner encore, voire de brusquer les professionnels face à ce que j'éprouve comme un abandon. L'état de confusion dans lequel est désormais plongé M. Aïe autorise les soignants (notamment le médecin) à prendre les décisions qui concernent sa santé, y compris celle d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès, si c'était dans le but de le soulager (en convoquant une procédure collégiale, l'avis des proches, *etc.*⁵). Mais cette possibilité n'est jamais évoquée et lorsque, dans une ultime tentative

⁵ Les articles 3 et 4 de la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie le rappellent : « Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie. » ; « Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrèger la vie. Il doit en informer le malade, sans préjudice du quatrième alinéa de

sans doute, je pose la question à Claire, la médecin, elle semble perplexe et élude la possibilité. Mes impressions et affects contre-transférentiels sont pris dans la dynamique collective et j'éprouve singulièrement une injonction à ne pas investiguer plus avant sur ces points-là : peu à peu, je délaisse aussi M. Aïe au profit d'autres observations. Finalement, une prescription de morphine est mise en place mais Hélène, infirmière de nuit, me précise à ce sujet : « M. Aïe, ça fait euh... X temps qu'il est là. Il souffre, il souffre, il souffre. Y'a que... hier ou avant-hier qu'on lui met des PCA⁶ de mida-morphine. » Les soignants semblent subir cette situation éprouvante : les soins sont de plus en plus compliqués et ils s'en plaignent. Ils expriment entre eux cet embarras mais il ne me sera pas donné d'observer d'échange collectif (staff, transmission) qui susciterait un questionnement sur la prise en charge de M. Aïe. On attend. On attend que M. Aïe se *décide* à mourir.

Lorsque je me questionne sur cet écart d'attitudes, je réalise que celles-ci semblent en miroir de celles de M. Aïe. C'est lorsque la maladie l'oblige à céder, le rendant incapable de coups ou d'invectives, que l'équipe, en écho, se range du côté de la passivité. Là où je m'attends à une continuité décisionnelle (faire en sorte de que M. Aïe prenne ses médicaments contre la douleur), tout se passe comme si l'intention consciente ne pouvait pas supporter la *chute* de M. Aïe. C'est comme si, probablement, sous l'effet là encore du pacte dénégatif, le caractère sans défense de M. Aïe ne rendait plus possible l'usage de la force, qui aurait mis en évidence la haine contenue dans le pacte... Alors, mieux vaut baisser les armes, quitte à s'obliger à un insupportable abandon. La forme du pacte serait préservée : l'attaque est toujours présente, dans sa passivité, dans son ignorance et le lien des professionnels entre eux est sauvé. L'idée même d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès (et sa proximité avec celle d'une euthanasie) viendrait mettre en évidence les désirs de meurtre inconscients et révéler une intention de haine inavouable, surtout en condition de soignants (une infirmière me dira lors des restitutions : « ah bah on porte la blouse blanche hein, on est supposés être des anges ! »). Le pacte empêche, là aussi, les professionnels de se retrouver dans la parole.

M. Aïe meurt dans la nuit d'un lundi, la veille de mon départ du terrain. Le lendemain, au cours d'un dernier entretien dans l'unité, Mélissa, aide-soignante, m'exprime son soulagement : « c'est pas une satisfaction, tu vois... Mais euh, par exemple si, dès l'arrivée j'ai vu un patient qui, bon, due à sa maladie, y'a une souffrance morale ou physique, pour moi c'est une libération pour eux, quoi ! Tu vois ? ... Pas je... j'suis contente qu'y sont partis ! Mais c'est comme si je soufflais aussi pour eux, tu vois ce que je veux dire ? ». Le soulagement de Mélissa montre le caractère à la fois défensif d'une réaction assez commune (le décès de quelqu'un, libère de l'emprise de son agonie), et révèle aussi l'impuissance massive des professionnels au cours de cette situation. Comme s'ils étaient en quelque sorte *pris au piège* de leurs attitudes et intentions confuses envers M. Aïe et se trouvaient réduits à être les témoins silencieux de son dernier calvaire. La mort serait-elle une échappée au pacte dénégatif alors « déchargé » de sa lourdeur psychique ? Ou bien au contraire, le point d'orgue d'un inconscient collectif, la scellée d'une histoire fantomatique concernant M. Aïe et l'équipe, inconsciemment coupable ?

l'article L. 1111-2, la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches du malade. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. »

⁶ Patient Controlled Analgesia

Conclusion

Le cas de M. Aïe semble assez exceptionnel. Si le choix de cette vignette s'appuie en grande partie sur la charge émotionnelle éprouvée lors de la recherche, c'est aussi les effets du caractère *négatif* que nous souhaitons mettre en évidence. Il semble qu'à l'image de M. Aïe, certains patients puissent parfois susciter, auprès des professionnels qui s'occupent d'eux, des mouvements que ni conscience ni morale ne pourraient supporter. L'immaculé de la blouse ne suffit pas à faire des professionnels du soin, ou autres aidants apparemment bien intentionnés, des êtres inconditionnellement bons. Pas particulièrement mauvais non plus d'ailleurs. Peut-on dire alors que soigner une personne vulnérable et prendre des décisions la concernant intimement peuvent être considérés comme des épreuves humaines dans lesquelles il ne suffit pas d'être bon technicien ? Parce que décider à la place d'autrui convoque aussi la manière dont nous avons été placés en position de passivité face à un autre, décidant à notre place. Dans cette naissance de la relation à l'autre, nous évoluons à travers la complexité du lien, faite de rapports de dépendance et d'apprentissages à l'indépendance et nouée dans l'interprétation des besoins de l'autre. Les cliniciens qui ont travaillé auprès de bébés décrivent deux mouvements : des sentiments de colère et de souffrance liés à l'impuissance dans laquelle ils se trouvent et les expériences défensives, qui ont pour objectif de faire taire ces douleurs par le biais d'illusions d'omnipotence (Ciccone, 2014b). Ces mouvements ne sont pas sans nous rappeler l'histoire de la fin de vie de M. Aïe. Quelle issue alors face à de tels enjeux inconscients présents dans le groupe ? Là où l'alliance « implique celle d'une obligation et d'un assujettissement » (Kaës, 2017, p. 193), comment dénouer l'emprise du groupe pour et par lui-même ? Sans doute nous faut-il nous obliger à inventer de nouveaux espaces de parole et de pensée sur ces divers aspects réveillés par le soin dans les configurations de prises de décision à la place d'autrui : depuis les confins des échos personnels éprouvés dans la relation à l'autre jusqu'aux résonnances affectives groupales qui peuvent advenir de ces situations extrêmes... Et dans la configuration de tels lieux, tolérer que l'idéal du groupe puisse être mis en conflit par le dissensus de discours discordants, voire déviants. C. Pacific parle ainsi de courage pour qualifier ces postures subversives qui vont dire, là où le silence est de mise, nommer l'incompréhension et faire connaître un désaccord :

« Peu d'acteurs sont capables de cette résistance car elle demande un courage subversif qui, au-delà de sa teneur éthique, dérange l'autorité en place [...]. Ce courage passe par une démarche "déviante" [...]. Il lui faudra être convaincant pour être recevable car le risque d'une trop grande subversion est celui de se faire exclure et stigmatiser, le vocabulaire ne manquant pas pour signifier le bouc-émissaire : le critique, le dissident, le rebelle, l'empêcheur de tourner en rond, bref... l'emmerdeur ! » (2011, p. 186).

En ce qui concerne l'équipe qui a accompagné M. Aïe, il est intéressant de constater que, deux années après l'étude menée, lors d'un temps de restitution et de retours sur cette situation, la majorité des professionnels (11 sur les 14 rencontrés) n'ont plus de souvenir de ce patient (alors qu'ils se souviennent tous très bien d'un autre homme, rencontré à la même période). Serait-ce ici la « preuve » d'une alliance à laquelle seul l'oubli permettrait de survivre collectivement ?

Références

- Aulagnier, P. (2013). *La violence de l'interprétation: du pictogramme à l'énoncé*. Paris: Presses universitaires de France.
- Ciccone, A. (2014a). *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*. Paris, France: Dunod.

- Ciccone, A. (2014b). *La psychanalyse à l'épreuve du bébé fondements de la position clinique*. Paris: Grasset. Repéré à http://www.numilog.com/bibliotheque/bnquebec/fiche_livre.asp?idprod=412762
- Ciccone, A., Bonnefoy, C., Bonneville, E., & Calamote, É. P. (2014). *La violence dans le soin*. Paris, France: Dunod.
- Ciccone, A., Bonnefoy, C., Bonneville, E., Calamote, E. P., & Deronzier, D. (2012). *La part bébé du soi, approche clinique*. Paris, France: Dunod.
- Kaës, R. (2009). *Les alliances inconscientes*. Paris: Dunod.
- Kaës, R. (2017). *Les théories psychanalytiques du groupe*. Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Molinier, P. (2004). La haine et l'amour, la boîte noire du féminisme ? Une critique de l'éthique du dévouement. *Nouvelles Questions Féministes, Vol. 23(3)*, 12-25.
- Pacific, C. (2011). *Consensus, dissensus : principe du conflit nécessaire*. Paris: L'Harmattan.
- Vidal-Naquet, P. (2013). Le care à domicile : tact et tactiques. *Recherche en soins infirmiers, 114(3)*, 7.

Remerciements

À L'université Lyon 2, qui a financé ce doctorat de psychologie

À la Fondation « Après Tout », qui a financé le coût de la recherche