

Réflexion psychanalytique sur la demande d'aide à mourir adressée au médecin en soins palliatifs*

Psychoanalytical approach on the request for assisted death applied to the physician in palliative care

J. Alric

Reçu le 18 novembre 2011 ; accepté le 17 avril 2012
© Springer-Verlag France 2012

Résumé La demande d'aide à mourir est envisagée ici comme une plainte due au traumatisme créé par l'excès de savoir anticipé sur sa propre mort. Elle n'est cependant pas si péjorative, mais peut être interprétée comme une tentative de mentalisation du traumatisme, issue psychique possible pour le patient pour *se faire encore entendre en tant que sujet*. L'écoute psychanalytique permet cette transformation des choses. En décentrant la signification directe de la plainte vers la réalité psychique, cette méthode permet aux soignants de continuer à écouter le malade en reléguant la réponse directe à la demande au second plan.

Mots clés Excès de savoir anticipé · Plainte · Mentalisation du trauma · Écoute psychanalytique · Réalité psychique

Abstract The request for assisted death is seen as a complaint conveying the traumatism caused by an excess of foreknowledge about death. Such a request is no longer considered in a pejorative way, but as an attempt to mentalize the trauma in a possible mental opportunity for the patient to *still be heard as a subject*. Psychoanalytical attention allows this transformation. By shifting the focus away from the direct meaning of the complaint toward the psychic reality, this method helps professional caregivers to keep listening to the patient while sidelining the need to answer to the request as a secondary issue.

J. Alric (✉)

Unité mobile de soutien et de soins palliatifs et unité d'accompagnement et de soins palliatifs, hôpital Saint-Eloi, CHRU de Montpellier, 80, rue A.-Fliche, F-34295 Montpellier cedex 5, France
e-mail : j-alric@chu-montpellier.fr

* Texte élaboré à partir d'une communication au congrès Eurocancer 2011, session « Demande de mort anticipée : une clinique complexe », sous l'égide de la SFPO.

Keywords Excess of foreknowledge · Complaint · Mentalizing of the trauma · Psychoanalytical attention · Psychic reality

Introduction

Les patients dont nous nous occupons en soins palliatifs appellent plus l'autre à leur secours qu'ils n'élaborent une véritable demande d'aide [13]. En effet, la dimension de la demande suppose d'avoir déjà pris la décision de parler de façon responsable. L'appel renvoie à ce qui est traumatique et à cette dynamique relationnelle où l'autre est attendu, sinon pour « me sauver », tout du moins pour régler « ma question ».

Dans le champ des maladies graves et des soins palliatifs, la demande d'aide à mourir peut s'appréhender à partir de la plainte, au sens où la plainte est attelée à la souffrance en partie créée par le discours médical [2]. Cette plainte trouverait alors une part de son origine dans l'impact traumatique créé par un *excès de savoir anticipé*.

À partir de ce postulat, cet article propose une grille de lecture qui a l'ambition d'extraire la demande d'aide à mourir des représentations péjoratives, voire psychopathologiques qui lui sont bien souvent rattachées. Notre hypothèse est qu'une parole articulée dans le sens de l'aide à mourir recouvre une tentative de mentalisation du traumatisme : c'est une issue psychique possible pour le patient de *se faire encore entendre en tant que sujet*.

Envisagée comme une plainte, la demande d'aide à mourir invite le médecin à un « pas de côté » vis-à-vis de la signification trompeuse de la parole énoncée. L'écoute psychanalytique — et donc l'acceptation du jeu de l'équivocité signifiante qu'elle autorise — est en mesure d'opérer cette décentration des choses vers la réalité psychique et sa complexité. Dans le même temps, elle relègue la question de la réponse concrète à la demande au second plan.

Abord du problème par l'approche psychodynamique

L'approche psychodynamique en psychologie, ancrée sur la méthode psychanalytique, interprète le symptôme dans sa fonction, nécessaire à celui qui le porte. Le symptôme est une manière de faire pour un sujet *avec* l'insupportable. Ainsi, la demande d'aide à mourir peut-elle revêtir la fonction de symptôme au sens d'une *solution subjective pour faire face à l'aspect insupportable de la réalité d'une situation*. Dans cette approche, l'écoute analytique respecte pleinement la parole énoncée, fut-ce lorsque la signification du discours ne correspond pas aux convictions ou aux valeurs morales de celui à qui il s'adresse. Cette idée que les mots n'ont « pas le même sens pour tous et que le sens d'une phrase apparaît dans l'après-coup de son énonciation » [4] est le point crucial pour effectuer la bascule qui permet à l'écouter d'entendre et d'accueillir entièrement la parole de celui qui se plaint. Les médecins peuvent-ils, et si oui jusqu'où, s'appuyer sur ce paradigme d'écoute dans l'exercice de leur métier ?

Quand la parole médicale traumatogène crée les conditions d'émergence de la demande d'aide à mourir

« Les paroles peuvent faire un bien indicible ou créer de terribles blessures » [8] écrivait Freud en 1926. Il s'agit ici du paradigme de la parole traumatogène, qui vient créer une blessure psychique.

Pour tenter de définir le trauma dans lequel se trouve le patient en soins palliatifs, pour essayer d'approcher *ce qu'il vit subjectivement*, et par conséquent, ce qui le pousse à formuler cette plainte, nous partirons d'une double idée. Idée qui consiste à dire que, d'une part, la parole médicale produit une blessure psychique et, d'autre part, que cette blessure est à l'origine de la plainte. Nous posons donc qu'il y a un lien direct entre la demande d'aide à mourir, la sidération anxieuse du patient et l'anticipation probabiliste de la mort sur laquelle est ancré le discours médical.

La clinique montre qu'une parole médicale fait naître une souffrance lorsqu'elle se situe dans un excès de savoir anticipé sur sa propre mort. La parole vient alors figer la certitude de la mort et, avec elle, la vie psychique dans son rapport à la temporalité [3]. Cette souffrance s'apparente à un traumatisme psychique, au sens où, dans ce climat d'annonce de mort anticipée¹, bien souvent, la vie psy-

chique se fige. À la suite de Laplanche et Pontalis, nous définissons le traumatisme comme un « événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique » [12]. Les annonces médicales peuvent être situées comme des événements de parole d'une intensité telle qu'ils viennent déborder les capacités de représentations de l'appareil psychique. L'appareil psychique du patient ne peut alors plus lier, ne peut plus représenter ce qu'il entend de la parole médicale. Il ne faut pas oublier ici la dimension prophétique de toute parole médicale [9,14]. Clairement, la parole médicale vient annoncer un drame à venir.

Psychiquement, ce serait donc un *en-trop de savoir sur sa propre mort* qui ferait intrusion et excéderait les possibilités de représentations. Lorsque des traces viennent s'inscrire dans la psyché sans être mentalisées, cela produit un traumatisme qui entraîne une sidération psychique. Précisément, la parole médicale rend *inappropriable* la représentation de sa propre mort [6]. Elle enferme le sujet dans un effroi et une attente anxieuse de la mort. Pour le dire autrement, l'évocation anticipée de sa propre mort attaque tout ce sur quoi le sujet s'est construit dans un rapport à une temporalité ouverte, incertaine, qui est la base même du projet, du possible... de *l'à-venir*. L'expression « la mort ne s'affronte pas » [1], telle que nous l'avons envisagée ailleurs, consiste à soutenir que le sujet existe quand il est arrimé à un *à-venir*, *à-venir* encore possible, encore pensable. « La mort ne s'affronte pas » indique aussi qu'il est souvent plus traumatique qu'aidant de chercher à confronter, de l'extérieur, le patient à sa mort prochaine.

Dans ce contexte traumatogène, nous pouvons dire que la parole médicale *fait le lit* de la demande d'aide à mourir au sens où elle crée les conditions de son émergence. En effet, une parole qui fige par avance le destin fait presque obligatoirement émerger la pensée euthanasique. Mais au fond, comment pourrait-on demander au patient de ne pas être *dans l'ultra-maîtrise anticipatrice pour lui-même*, alors que la pensée médicale à laquelle il s'est voué poursuit cette logique ?

Dans le colloque médecin-malade, la demande d'aide à mourir ne pourrait-elle pas être située comme un retour du traumatisme induit par la parole médicale, une réaction en boomerang, une tentative — plus ou moins consciente — de sidérer en retour celui qui a sidéré ?

Dans l'ambivalence et la complexité de la relation transféro-contre-transférentielle, ne pourrions-nous pas dire que *chacun tente de confronter l'autre à l'impossible* : le médecin à l'impossible représentation de sa propre mort, le malade à l'impossible geste euthanasique.

¹ Même si les choses ne sont jamais dites de manière frontale et transparente, comme un pronostic asséné, le bain de langage se déploie à partir de ce point de fascination qu'est la mort anticipée. Sans prise de conscience de ce fait, le discours médico-soignant laisse à la mort anticipée le privilège d'être à la source du sens qui se dit.

Demande d'aide à mourir et contre-transfert du médecin

Il n'est pas rare qu'en clinique de fin de vie la demande d'aide à mourir soit péjorativement appréhendée, notamment par les médecins ou les soignants dont l'éthique est orientée par les valeurs du mouvement des soins palliatifs.

Pourquoi cette demande est-elle perçue péjorativement, voire même parfois comme l'effet direct d'une déstructuration psychopathologique de celui qui demande ?

Est-ce la charge mentale associée aux représentations de l'acte d'euthanasie qui est alors trop forte et qui amène l'écouter à anticiper les choses une fois de plus... c'est-à-dire à anticiper l'acte euthanasique (avec toutes les répercussions psychiques et son florilège d'émotion) à ce qui n'est, au moment où c'est énoncé, qu'une *simple parole exprimée* ?

Quoi qu'il en soit, il n'est pas rare que l'écoute se brouille et que le lien de confiance ne se rompe lorsqu'émerge la demande d'aide à mourir.

L'échange thérapeutique se voit donc bien souvent entraîné vers une sorte de « discussion morale », vers un dialogue « arguments contre arguments » dans lequel chacun tente de convaincre l'autre du bien-fondé de ses positions morales. Là, il n'est pas rare que le cadre juridique et l'interdit de la loi soient rapatriés dans l'échange, oubliant par là même que cette évocation est toujours émotionnellement chargée et fait émerger la question de la culpabilité.

D'une manière générale, le recours au cadre juridique est d'autant plus fréquent que le soignant lui-même rejette, dans ses valeurs personnelles et dans ses convictions profondes, l'idée d'un possible recours à l'acte euthanasique. L'évocation de la loi par le médecin peut aussi être pensée comme étant en défense, en réaction directe au sentiment de sidération qu'a suscité la parole du malade... avec toutes les représentations émotionnelles (transgression de l'interdit notamment) qu'elle fait naître.

Prise en charge de la demande d'aide à mourir

L'abord du problème tel que nous le posons ici — la demande d'aide à mourir s'apparente à une plainte et cette plainte est, d'une certaine façon, *légitime* — vise à façonner une disposition psychique qui permette au médecin d'éviter que cette « dynamique conflictuelle » n'émerge dans le colloque soignant-soigné. En appréhendant cette parole comme une plainte et uniquement une plainte comme une autre, nous pouvons poursuivre le travail d'accompagnement sans rupture relationnelle.

Pour cela, il faut tout d'abord sortir d'une opposition frontale et systématique à l'idée même de l'acte euthanasique. En effet, ce point est d'autant plus évident si l'on regarde l'impact dans la société d'une posture rigide depuis une ving-

taine d'années. Une position franche semble inefficace pour faire évoluer les mentalités du côté des *valeurs palliatives*. Au regard de tous les sondages d'opinions régulièrement effectués (et malgré tous les biais mis en évidence), force est de constater que les positions en faveur d'un droit de chacun à choisir sa mort prennent manifestement le dessus.

La fiction psychologique bâtie ici consiste à dire que le patient tente, au travers de la demande d'aide à mourir, de faire *entendre* le traumatisme créé par la parole médicale prédictive. Dans le même temps, il dit quelque chose de cet ultime mouvement de pensée qui refuse de s'assujettir au discours prédictif. L'impossible résignation prend ici la forme d'une tentative de *se faire encore entendre en tant que sujet*. Nous pourrions même aller jusqu'à dire que cela pourrait constituer une *mesure de la force de vie psychique* encore présente chez celui qui l'énonce.

« Il y a dans la plainte la tentative de maîtriser le traumatisme à son origine », indique Jacobi [10]. Cette proposition invite à entendre la demande d'aide à mourir dans une dynamique de tentative de mentalisation du trauma. Par la médiation de cette parole — seul outil que le sujet a en sa possession pour effectuer ce travail —, le sujet tente d'intégrer à son organisation psychique ce qui lui échappe, l'impossible face auquel il est mis.

Par conséquent, le médecin est convié à accompagner cet ultime ressaisissement subjectif. Mais pour cela, pour que la poursuite du dialogue puisse avoir lieu, il faudra changer son paradigme d'écoute, qu'il entende autrement ce qui est dit, c'est-à-dire autrement que d'une oreille strictement médicojuridique.

Comment entendre la demande d'aide à mourir : méthode

Pour éviter d'être *trop touché affectivement* et de rompre la relation médecin-malade, le premier geste consiste à trouver, dans la pensée, un appui, un étayage, pour pouvoir continuer à entendre le contenu de la parole énoncée. Il s'agit d'être en mesure d'entendre la demande d'aide à mourir comme un discours de plainte *comme un autre*.

La relation psychanalyste-patient à partir de laquelle est conceptualisée l'écoute psychanalytique est ici le modèle sur lequel le médecin peut s'appuyer lorsqu'il est confronté à une demande d'aide à mourir.

Ce changement de paradigme d'écoute, ce *quelque chose de la psychanalyse*² peut permettre au médecin de sortir de l'impasse dans laquelle l'a figée la parole de son patient.

La méthode psychanalytique propose une écoute *tranquille et détachée* du contenu du discours énoncé. En effet, dans ce paradigme, il ne s'agit pas de la réalité concrète mais

² Pour reprendre l'expression de Freud à propos des rapports de la psychanalyse avec l'université.

de la « réalité psychique » et uniquement de celle-ci. Les mots énoncés n'ont pas à être entendus comme renvoyant aux choses qu'ils évoquent. La méthode invite à sortir de la signification directe et première du discours. Ainsi, la demande d'aide à mourir est un défilé discursif de mots... et rien de plus. C'est de mots et uniquement de mots qu'il s'agit. Ainsi, la signification verbalisée d'une souffrance qui devrait être abrégée au plus vite (cela ne peut plus durer, il serait mieux que la mort arrive au plus vite...) est moins difficile à entendre lorsqu'il ne s'agit plus d'y répondre mais *simplement de l'entendre*. Nous sommes maintenant convaincus que l'essentiel est ailleurs, que l'essentiel est de permettre au patient d'élaborer le traumatisme de la rencontre avec la mort annoncée. C'est *sa manière à lui* de traiter l'insupportable avec lequel il est aux prises, sa façon de questionner l'énigme et *l'impensable de sa mort*. Nous sommes maintenant assurés que le patient est en chemin pour tenter, jusqu'au bout, de se faire entendre dans sa singularité et, en se faisant entendre, il tente un ultime dégage-ment du discours médical. Cette dynamique subjective pour le sujet prime sur la signification du contenu de la parole.

Autrement dit, grâce à l'écoute psychanalytique, la demande d'euthanasie devient *rien de plus* qu'un matériau verbal qui cherche une oreille, un lieu où elle puisse se loger. L'essentiel du travail — et aussi toute sa difficulté — consiste à suspendre les effets de sens et toute forme d'interprétation (et donc de savoir) habituellement recherchés dans le dialogue thérapeutique. Lors d'une demande d'aide à mourir, le sens doit rester *en suspens*, pourrait-on dire.

Il y a quelque chose d'irréel... dans la demande d'aide à mourir

Freud [5,7] indiquait trois points pour interpréter le transfert amoureux de ses patientes. Il parlait d'un phénomène que l'on traverse forcément au cours de la psychanalyse. Il proposait également de ne pas y répondre dans la réalité, car cela ne concerne pas l'analyste mais d'autres personnes. Enfin, il pointait que le psychanalyste doit traiter ce phénomène comme *quelque chose d'irréel*.

Pour ce qui nous concerne, nous avons vu que la demande d'aide à mourir est un phénomène qui émerge en lien direct avec le fait que le discours médical anticipe la fin par avance. Là également, il est possible de ne pas répondre dans la réalité à cette demande lorsque l'on considère qu'il ne s'agit pas de réalité mais de *fantasme*³. Au fond il s'agirait, pour les

médecins vers qui cette demande semble dirigée — mais aussi plus largement pour tout soignant se tenant en ce lieu —, de traiter cela comme *quelque chose d'irréel*.

Changer de paradigme d'écoute pour le médecin, à ce moment-là du dialogue thérapeutique avec son patient, consiste à penser que, tout comme il ne saurait être question, en psychanalyse, de bloquer le phénomène de transfert amoureux, ni même de s'en défendre (car c'est justement le moteur de la cure), il ne saurait être question ici de bloquer la demande d'aide à mourir lors de situations de fin de vie.

Comment la demande d'aide à mourir se transforme-t-elle ?

Nous l'avons dit plus haut, la confrontation de point de vue, l'opposition d'idées sur la question, ne fait qu'aggraver la situation et rigidifier les positions de chacun. Il n'y a pas de place ici pour le bon sens ou le raisonnement.

Dans le cadre de la rencontre et dans le lien privilégié au médecin, il arrive que le patient accepte d'abandonner la maîtrise que représente la demande d'aide à mourir. Il arrive que les choses s'estompent et que la relation intersubjective se dégage de cette impasse relationnelle.

Lorsque cela se produit, nous pensons que le malade parvient à *s'identifier à la malléabilité de celui qui l'écoute*. En effet, c'est lorsque celui qui écoute est en mesure de « tout entendre », de « réellement tout entendre », qu'un processus d'identification permet un « pas de côté » pour chacun des protagonistes. Mais pour que cette opération de transformation se produise, encore faut-il que l'écouter accepte *d'être changé* dans la rencontre avec le malade, précisément d'être déporté de ses convictions personnelles. « Dans la véritable rencontre, nous dit Lacan, il se passe quelque chose qui change la nature des deux êtres en présence » [11]. Cela a à voir avec la capacité d'être psychiquement malléable, c'est-à-dire constamment travaillé par le doute et le questionnement de *savoir ce qui est bon de faire, savoir comment il est bon de mourir*.

Mettre du jeu avec soi-même, avec ses représentations, avec ses convictions, accepter d'être l'objet malmené par (et pour) celui qui meurt, accepter la complexité et les retournements dans la pensée et dans la parole. Ces séries signifiantes semblent opérantes ici. Au bout du compte, il semble que le médecin accepte d'autant mieux la violence infligée par la parole du malade (ou s'autorise un *jeu* avec celle-ci) qu'il est en mesure de repérer comment sa propre parole a pu être violente pour le malade.

Conclusion

Nous avons tenté de montrer combien la capacité du médecin à se laisser entraîner dans la demande d'aide à mourir

³ Le discours énoncé par un patient ne les concerne pas en tant que personne ; les soignants sont, à cette occasion, rien de plus qu'un lieu d'adresse, lieu pratiquement désincarné, tout du moins désincarné de convictions personnelles. Et c'est bien ce travail-là que le médecin doit effectuer pour permettre au malade de mettre du jeu dans ses représentations.

sans être trop touché affectivement permet au patient de retrouver une position symbolique du côté de l'interdit. Toute loi pose des interdits qui ne font que brimer les pulsions naturelles à l'œuvre chez l'humain : l'interdit du meurtre n'échappe pas à cette règle. Ainsi, celui qui évoque l'euthanasie réactive-t-il cette part pulsionnelle et archaïque de l'humain.

Nous avons vu aussi qu'il ne s'agit surtout pas de s'opposer frontalement aux représentations du malade, car cela ne ferait que renforcer ses défenses psychiques. Le psychisme humain est ainsi fait : plus nous (malade comme soignant) pensons que l'autre veut modifier nos représentations, plus nous résistons. Ce phénomène est assurément accentué dans un contexte traumatique et de grande détresse comme la fin de vie et la proximité de la mort.

La demande d'aide à mourir peut donc être entendue comme une plainte qui vise à *sidérer en retour celui qui a sidéré*, comme quelque chose d'irréel, la seule manière qu'a trouvée le sujet pour tenter de mentaliser, en passant par un autre, le trauma créé par la parole médicale prédictive. Cette façon d'appréhender les choses — pensée avec la psychanalyse et sa méthode d'écoute — permet au médecin de se forger une disposition psychique favorable pour continuer de rester dans un dialogue soutenant et dans une dynamique d'accompagnement jusqu'au bout avec le malade.

Conflit d'intérêt : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Alric J, Bénézech JP (2011) La mort ne s'affronte pas. Sauramps, Montpellier
2. Alric J (2008) D'un possible dépassement de la plainte. In: Médecine palliative. Elsevier-Masson, Paris
3. Alric J (2009) Je vais vivre comme si de rien n'était. In: Ben Soussan P, Dudoit E (eds) Les souffrances psychologiques des malades du cancer. Comment les reconnaître ? Comment les traiter ? Springer, Paris, pp 35–9
4. Doucet C (2003) L'intervention du psychologue clinicien en soins palliatifs : une pratique orientée par la psychanalyse. Rev Francoph Psycho-Oncol 3:91–4
5. Freud S (1912) La dynamique du transfert. In: La technique psychanalytique. PUF, Paris
6. Freud S (1915) Considérations actuelles sur la guerre et la mort. In: Essais de psychanalyse. PBP, Paris
7. Freud S (1915) Observation sur l'amour de transfert. In: La technique psychanalytique. PUF, Paris
8. Freud S (1926) Psychanalyse et médecine. In: Ma vie et la psychanalyse. Gallimard, Paris, 1972
9. Gori R (2001) Le germe de l'autre. In: Techniques médicales et fantasmes, au nom d'un projet d'enfant parfait, 4^e Colloque de pédiatrie et psychanalyse. Études Freudiennes, Paris
10. Jacobi B (1998) Les mots et la plainte. Erès, Ramonville-Saint-Agne
11. Lacan J (1953–1954) Le Séminaire. Livre 1, Les écrits techniques de Freud. Seuil, Paris, 1975
12. Laplanche J, Pontalis JB (1967) Vocabulaire de la psychanalyse. PUF, Paris
13. Lebrun JP (2010) La condition humaine n'est pas sans conditions. Denoël, Paris
14. Munnich A (2001) Des maladies pas comme les autres. In: Techniques médicales et fantasmes, au nom d'un projet d'enfant parfait, 4^e Colloque de pédiatrie et psychanalyse. Études Freudiennes, Paris