

AFIN QUE LA RELATION NE DÉRAPE ... SI ON PARLAIT D'ÉTHIQUE ?

RÔLE DE L'ÉROTISATION SUBJECTIVE DANS LA RELATION DE SOINS

Par le Docteur Michel Delbrouck¹

Mots clefs : érotisation subjective, relation thérapeutique, passages à l'acte, transferts amoureux.

Plan

Introduction

Historique de l'éthique dans la relation de soins :

Serment d'Hippocrate, la prière médicale, le code d'Hammourabi, les principes éthiques de base

Erotisation et relation de soins :

Erotisation subjective, l'érotisation dans la relation de soins, outils de gestion de l'érotisation à la disposition du soignant et du patient

Conséquences du passage à l'acte du patient et du soignant

Pièges et diagnostic différentiel

Introduction

Dans notre approche sur le masculin et le féminin, il apparaissait important de vous proposer de réfléchir sur les aspects spécifiques de l'érotisation subjective dans la relation de soins. La relation médicale ou psychothérapeutique, qu'on le veuille ou non est sexualisée. Dans certains cas, elle serait même érotisée. Bien des tentatives sont mises en œuvre, tant par le corps médical que par les patients², pour que cette relation soit désérotisée ou même déssexualisée. Vaines tentatives car le praticien reste un être sexué. C'est sans doute grâce à cette capacité et ce potentiel d'amour, d'affection et d'humanité bien concrétisés dans la chair et des hommes et des femmes que les praticiens vont pouvoir exercer avec excellence leur beau métier. Mais il s'agira qu'elle ne soit pas génitalisée, ni utilisée au profit du soignant. Depuis la nuit des temps, des règles de conduites ont été érigées (Serment d'Hippocrate, prière médicale de Maïmonide, code d'Hammourabi, codes de déontologie, droits des patients, etc.). Cette érotisation pourrait cependant prendre des formes de passage à l'acte sexuel. Il s'avérerait donc essentiel de rappeler que **les relations sexuelles entre le praticien et le patient sont interdites et punissables par la loi**. Les situations de psychothérapie ou de thérapie corporelle sont souvent citées comme potentiellement propices à ce genre de problèmes. Il se pourrait qu'il en soit de même en médecine. Les psychothérapeutes et thérapeutes corporels sont souvent mieux informés, formés et supervisés que leurs collègues médecins, à décoder comment le passé du patient ou de la patiente va venir se rejouer au sein de la relation thérapeutique, au risque de « se perdre ».

1. HISTORIQUE DE L'ÉTHIQUE DANS LA RELATION DE SOINS

¹ DELBROUCK Michel, Gestalt-thérapeute, psychothérapeute analytique. www.ifts.be

² Patient : nous garderons le genre masculin pour des facilités de lecture.

1.1 *Serment d'Hippocrate*³

"Je jure par Apollon médecin, par Esculape, Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, et je les prends à témoin que, dans la mesure de mes forces et de mes connaissances, je respecterai le serment et l'engagement écrit suivant :

Mon Maître en médecine, je le mettrai au même rang que mes parents. Je partagerai mon avoir avec lui, et s'il le faut je pourvoirai à ses besoins. Je considérerai ses enfants comme mes frères et s'ils veulent étudier la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je transmettrai les préceptes, les explications et les autres parties de l'enseignement à mes enfants, à ceux de mon Maître, aux élèves inscrits et ayant prêté serment suivant la loi médicale, mais à nul autre.

Dans toute la mesure de mes forces et de mes connaissances, je conseillerai aux malades le régime de vie capable de les soulager et j'écarterai d'eux tout ce qui peut leur être contraire ou nuisible. Jamais je ne remettrai du poison, même si on me le demande, et je ne conseillerai pas d'y recourir. Je ne remettrai pas d'ovules abortifs aux femmes.

*Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans la pureté et le respect des lois. Je ne taillerai pas les calculeux, mais laisserai cette opération aux praticiens qui s'en occupent. **Dans toute maison où je serai appelé, je n'entrerai que pour le bien des malades. Je m'interdirai d'être volontairement une cause de tort ou de corruption, ainsi que tout entreprise voluptueuse à l'égard des femmes ou des hommes, libres ou esclaves.** Tout ce que je verrai ou entendrai autour de moi, dans l'exercice de mon art ou hors de mon ministère, et qui ne devra pas être divulgué, je le tairai et le considérerai comme un secret.*

Si je respecte mon serment sans jamais l'enfreindre, puissè-je jouir de la vie et de ma profession, et être honoré à jamais parmi les hommes. Mais si je viole et deviens parjure, qu'un sort contraire m'arrive! "

1.2 *La Prière Médicale de Maïmonide*

La paternité de cette superbe prière, qui orne le cabinet de bien des médecins Juifs est attribuée au rabbin Moshe ben Maimon (רמב"ם, souvent abrégé en Rambam), dit Moïse Maïmonide ou Mussa bin Maimun ibn Abdallah al-Kurtubi al-Israïli, né le 30 mars 1135 à Cordoue et mort le 13 décembre 1204 à Fostat. Il était un philosophe, commentateur de la Mishna, légaliste, codificateur et Naggid (chef de la communauté) des juifs d'Égypte. Refusant de tirer profit de son érudition, il pourvut à sa subsistance comme médecin à la cour de Saladin. Il fut l'une des plus grandes figures de l'histoire du peuple juif et du judaïsme.

Mon Dieu, remplis mon âme d'amour pour l'Art et pour toutes les créatures. N'admets pas que la soif du gain et la recherche de la gloire m'influencent dans l'exercice de mon Art, car les ennemis de la vérité et de l'amour des hommes pourraient facilement m'abuser et m'éloigner du noble devoir de faire du bien à tes enfants. Soutiens la force de mon cœur pour qu'il soit toujours prêt à servir le pauvre et le riche, l'ami et l'ennemi, le bon et le mauvais.

³ Traduction de Littré (Source imprimée HIPPOCRATE, Oeuvres complètes, trad. Émile Littré, Paris, Baillière, 1819-1861, v. 4)

Fais que je ne voie que l'homme dans celui qui souffre. Fais que mon esprit reste clair auprès du lit du malade et qu'il ne soit distrait par aucune chose étrangère afin qu'il ait présent tout ce que l'expérience et la science lui ont enseigné, car grandes et sublimes sont les recherches scientifiques qui ont pour but de conserver la santé et la vie de toutes les créatures.

Fais que mes malades aient confiance en moi et mon Art pour qu'ils suivent mes conseils et mes prescriptions. Éloigne de leur lit les charlatans, l'armée des parents aux mille conseils, et les gardes qui savent toujours tout: car c'est une engeance dangereuse qui, par vanité, fait échouer les meilleures intentions de l'Art et conduit souvent les créatures à la mort. Si les ignorants me blâment et me raillent, fais que l'amour de mon Art, comme une cuirasse, me rende invulnérable, pour que je puisse persévérer dans le vrai, sans égard au prestige, au renom et à l'âge de mes ennemis. Prête-moi, mon Dieu, l'indulgence et la patience auprès des malades entêtés et grossiers.

Fais que je sois modéré en tout, mais insatiable dans mon amour de la science. Éloigne de moi l'idée que je peux tout. Donne-moi la force, la volonté et l'occasion d'élargir de plus en plus mes connaissances. Je peux aujourd'hui découvrir dans mon savoir des choses que je ne soupçonnais pas hier, car l'Art est grand mais l'esprit de l'homme pénètre toujours plus avant."

1.3 Le code d'Hammouabi⁴ (extraits)

154. Si un homme se rend coupable d'inceste avec sa fille, il sera exilé.

155. Si un homme promet une fille en mariage à son fils, et que son fils consomme l'union avec elle, puis que le père couche ensuite avec la fille et est découvert, il sera lié et jeté à l'eau.

156. Si un homme promet une fille en mariage à son fils, mais que son fils ne consomme pas, si ensuite il couche avec elle, il lui paiera une demi livre d'or, lui donnera compensation de ce qu'elle a apporté de la maison paternelle. Elle sera libre d'épouser l'homme de son coeur.

157. Si quiconque, fils de son père, se rend coupable d'inceste avec sa mère, les deux seront brûlés vifs

158. Si quiconque, fils de son père, est surpris avec sa première épouse, qui a porté des enfants, il sera chassé de la maison paternelle.

218. Si une intervention chirurgicale avec un instrument de bronze provoque la mort d'un citoyen (libre), la punition est de couper la main du médecin responsable.

1.4 Civilisation arabo-musulmane

L'éthique du médecin d'Al-Rrazi (Rhazès) (an 865 PC)

⁴ Le Code d'Hammourabi est l'une des plus anciennes lois écrites trouvées. Il fut réalisé sur l'initiative du roi de Babylone, Hammourabi, vers 1730 avant Jésus Christ. Il se présente comme une grande stèle de 2,25 mètres de haut et de 1,9 mètre de diamètre, en basalte, surmontée par une sculpture représentant Hammourabi, debout devant le dieu du Soleil de Mésopotamie, Shamash. En-dessous est inscrit, en caractères cunéiformes akkadiens, un long texte comprenant un ensemble de décisions de justice compilées.

Extraits : Le médecin doit être l'ami des gens, gardien de leurs secrets... Si le médecin se retrouve à soigner des femmes, des filles ou des garçons, il doit préserver son regard et le limiter à la localisation de la pathologie.

Salahouddin Ibn Youssef Alkahhal Alhamwi

Ophthalmologue, il recommande à ses élèves de médecine : « Tu devras alors te vêtir de la robe de la pureté, de la pitié, et du sentiment de la présence de Dieu, en particulier lorsque tu soigneras les femmes, dissimulant leurs secrets... aimant le bien et la religion, laissant les plaisirs corporels, assidu avec les malades, désireux de leur guérison, engagé dans leur santé ...

2. PRINCIPES ÉTHIQUES DE BASE⁵ D'UNE RELATION DE SOINS

Avant d'explorer les aspects éthiques de la relation de soins sous l'angle spécifiquement masculin-féminin, il paraissait utile de les replacer parmi une série de principes éthiques de base plus généraux.

1. Droit à la dignité et au respect

Quelle que soit sa demande ou son état psychique, le patient a droit au respect, à la dignité et à l'intégrité de sa personne physique et mentale, sans discrimination d'aucune sorte.

2. Droit au libre choix

Le patient a le droit de choisir librement sa méthode de traitement, son médecin, son psychothérapeute et de modifier ce choix, si il l'estime nécessaire.

3. Droit à l'information

Le patient a le droit de connaître le type de traitement médical ou la (ou les) méthode (s) employée(s) par le psychothérapeute, ainsi que sa qualification, sa formation et son affiliation professionnelle.

4. Cadre et conditions de travail

Les conditions du traitement médical ou de la prise en charge médicale ou thérapeutique doivent être précisées avant tout engagement (cf. infra cadre thérapeutique, paragraphe 7.3.3, 2).

En médecine, le montant des honoraires, les examens médicaux complémentaires demandés, les médications proposées (posologie exacte, effets secondaires et interactions médicamenteuses, coût). En psychothérapie, les modalités (verbale, émotionnelle, corporelle...), la durée et la fréquence des séances, la durée présumée du traitement et ses conditions de prolongation ou d'arrêt, le coût financier (honoraires, prise en charge éventuelle, conditions d'assurance, règlement des séances manquées), secret médical, possibilité de recours en cas de litige.

5. Droit à la confidentialité

⁵ Texte modifié et inspiré de la Charte Mondiale de la personne en psychothérapie, élaborée par la Fédération Française de Psychothérapie et de Psychanalyse (FF2P) à l'occasion des ses États généraux, en mai 2001 et a été votée par le WCP, sur proposition de la France, le 14 juillet 2002 (avec de légères modifications), lors de l'Assemblée générale de ses membres, réunie pendant le 3^e Congrès mondial de Psychothérapie, à Vienne (Autriche) – congrès qui a réuni 4000 psychothérapeutes de 80 pays de tous les continents.

Le médecin ou le psychothérapeute doit s'engager, auprès du patient, au secret professionnel absolu, concernant tout ce qui lui est confié au cours de l'entretien. Cette confidentialité est une condition indispensable à la relation thérapeutique. Elle est limitée par les dispositions légales en vigueur.

6. Engagement déontologique

Le praticien médecin ou psychothérapeute est tenu de respecter le code de déontologie de son organisme professionnel de référence. Ce code est communiqué sur simple demande. Il est dans l'obligation d'assumer ses responsabilités : s'engager à ne pas utiliser la confiance établie à des fins de manipulation politique, sectaire ou personnelle (dépendance émotionnelle, intérêts économiques, relations sexuelles...) et suivre une supervision.

7. Procédure de doléance

En cas de plainte ou de réclamation, la personne en psychothérapie ou en traitement médical peut s'adresser à des organismes professionnels de recours ou à la Justice. (Ordre des Médecins, Comité d'éthique des sociétés de psychothérapie)

3. EROTISATION ET RELATION DE SOIN

3.1 L'érotisation subjective

L'érotisation subjective désigne ce qui attire les autres en chaque individu. Utile dans les rapports humains, elle permet de favoriser les liens érotiques et les rapports entre les deux sexes. Son rôle est de **permettre la sélection sexuelle et l'attachement au partenaire**. Processus complexe, l'érotisation donne une signification érotique en stimulant le désir sans violer les tabous de la société ou de l'environnement culturel. Stimulation du désir sexuel à travers les fantasmes et les rêves à caractères sexuels, elle peut revêtir des aspects corporels et psychologiques.

a. Erotisation corporelle

L'érotisation subjective attire le partenaire vers l'autre. N'importe quelle partie du corps féminin ou masculin peut en être l'objet : les mains, les seins, la forme du visage, la chevelure, la forme d'un pied, un parfum, une odeur, un type d'habillement, un style, une courbe, des épaules ...

b. Erotisation psychologique

Elle revêt également des aspects psychologiques. Certains sont attirés par des sujets enjoués, d'autres par des partenaires sérieux. L'attirance peut se cristalliser sur des valeurs philosophiques, religieuses ou politiques.

Beaucoup de patients n'ont pu avoir accès à cette érotisation dans leur histoire personnelle ou bien d'autres ont été stimulés sexuellement de manière tellement précoce que leur mode d'entrée dans l'érotisation est perverse. Au soignant de le comprendre, de l'appréhender, de le subodorer, de l'accueillir et surtout de ne pas y succomber au risque du double meurtre psychique de son patient, le « crime » du soignant venant réveiller et cristalliser celui du parent.

3.2 L'érotisation dans et de la relation de soins

Le médecin comme le thérapeute peut être confronté à des situations très délicates au niveau de sa relation à son (sa) patient(e). Cette relation, même si elle se présente comme un modèle

de type économique consommateur-fournisseur, embrasse des niveaux complexes et profonds qui dépassent largement les services et les prestations demandées et fournies par les prestataires de soins. Le patient engage dans sa relation au soignant de réelles parts régressives de sa personnalité et de sa vie psychique consciente et inconsciente. Il se livre corps et âme à son soignant. C'est donc **en raison de la nature régressive de la relation et l'asymétrie évidente qui place le patient dans un important état de dépendance nécessaire et indispensable du moins dans les premiers temps du processus psychothérapeutique que cette relation avec le soignant doit être garante de fiabilité et d'immense respect.** Chaque fois qu'il y a ascendance morale, position d'autorité morale ou autre, **la personne qui porte la responsabilité est seule responsable et garante de l'intégrité de la relation.** Ce qui est le cas des enseignants, formateurs, prêtres, éducateurs, juristes, etc. Ceci est vrai même si l'initiative vient de la part du client(e) et même si les deux protagonistes mettent fin à la relation pour s'engager dans une relation privée, les risques encourus pour la santé psychique du patient sont importants. La dépendance affective, unilatérale basée et fondée sur des manques et des lacunes au niveau psychogénétique ne pourra pas être comblée par l'apparent accord de surface que représentent les sentiments amoureux si partagés soient-ils. Il y a eu **imposture** et profond abus de confiance de la part du soignant chez qui le patient avait placé toute sa confiance dès lors bafouée. Le soignant enferme son patient dans un étau, au risque d'une mort psychique.

La notion d'abus

Il y a abus dans une relation de soin, à partir du moment où le soignant manque à son devoir et à sa responsabilité envers son patient pour satisfaire son intérêt personnel (par exemple, sur le plan sexuel, émotionnel, social ou économique). Toute forme d'abus représente une infraction aux directives déontologiques spécifiques concernant la profession de soignant et l'entière responsabilité des abus lui incombe. Tout agissement irresponsable dans le cadre de la relation de confiance et de dépendance créée par la relation de soins constitue une grave faute professionnelle. Ces principes déontologiques s'appliquent également, par analogie, aux rapports entre formateurs et élèves.

La richesse de l'érotisation de la relation

A contrario, l'émergence de sentiments affectueux, voire amoureux au sein de la relation médicale ou thérapeutique représente un phénomène relativement courant et qui peut être très porteur dans le développement de la personnalité du patient pour autant qu'il soit suffisamment bien analysé, canalisé et sublimé comme il devrait l'être dans la relation parent-enfant. Nous verrons plus loin dans l'article qu'avec certaines personnalités, des situations de surinvestissements perceptifs peuvent rendre les choses plus complexes et ardues à gérer. Ces sentiments amoureux évoqués par le patient représentent la plus belle part de leur personnalité. Il s'agit de leur capacité d'aimer et d'être aimé que, dans leur authenticité et leur candide vérité, ils offrent à leur médecin ou à leur thérapeute. Le soignant se doit d'être conscient du **possible isomorphisme**⁶ entre ce qui est présent au sein de la relation médicale ou thérapeutique et dans une toute autre relation plus archaïque, transférentielle ou de couple qui serait transposée consciemment ou inconsciemment. L'acceptation de cette érotisation dans la relation soignante va permettre au patient d'évoquer, d'analyser et de donner du sens à ces affects en sortant de la régression afin de pouvoir la gérer plus adéquatement aujourd'hui, avec l'aide du soignant, que par le passé.

⁶ Isomorphisme : similitude possible entre la situation vécue dans le passé et le présent et dans le cas présenté en supervision et ce qui se reproduit éventuellement dans le groupe de supervision.

*Dans le cas d'une relation de soin érotisée,
le soignant va se faire violence,
c'est la seule condition éthique du soin.*

3.3 Outils de gestion de l'érotisation à la disposition du soignant

Une fois les principes éthiques acquis, le soignant possède des « outils » spécifiques à la gestion de l'érotisation de la relation thérapeutique.

1. L'alliance thérapeutique

Elle sera basée sur plusieurs éléments⁷ essentiels au bon déroulement de la prise en charge :

- a. climat de confiance mutuelle
- b. intérêt du soignant pour son patient, son désir de comprendre, de savoir
- c. plaisir à fonctionner comme soignant

2. Le cadre thérapeutique

Posé dès le départ de la relation thérapeutique médicale ou psychothérapeutique, exprimé d'emblée ou non, mais conscientisé dans le chef du soignant, le cadre thérapeutique, outil essentiel, aura comme fonction de rassurer les deux protagonistes, de contenir et de permettre l'éclosion des affects particuliers, refoulés, délicats parce que circonscrits dans le cadre de temps, d'espace, de lieu et de lien particulier et spécifique.

Ce cadre concerne les conditions de travail (cf. supra paragraphe 7.2, 4. des principes éthiques de base).

3. L'analyse de son contre-transfert

L'analyse de son contre-transfert, de ses propres réactions affectives et émotionnelles au même titre que la gestion de son agressivité ou de sa tristesse s'avère indispensable pour les sentiments amoureux, l'attirance affective, sexuelle ou génitale. Lors de difficultés avec passage à l'acte sexuel du soignant, les études mettent en évidence que souvent les soignants concernés doivent faire face à leur propre histoire d'abus. **Par leur attitude dissociée⁸, ils clivent leurs comportements et entrent en collusion mortifère avec les tendances également dissociatives de leurs patients.** La structure de personnalité du soignant reste un facteur de risque important. Beaucoup de soignants, comme un certain nombre de pères, vont nier l'intérêt, l'attirance ou le désir qu'ils pourraient éprouver face à leurs patients. Cet excès de prudence sinon de peur ou cette absence de conscience pourrait masquer un trop grand intérêt refoulé pour le domaine sexuel, une peur panique par rapport à ses propres pulsions incestueuses ou ses mouvements pervers. Une supervision et un coaching rapprochés du soignant demeurent indispensables.

⁷ D'après WATILLON A., *L'importance du fond narcissique de base dans le développement de la personnalité*, Bruxelles, Travail présenté pour l'obtention du titre de membre titulaire de la société belge de psychanalyse, 1973.

⁸ Dissociation psychique : mécanisme de défense de type schizophrénique, qui tente à séparer, pour mieux gérer. Cf. DELBROUCK M., *Psychopathologie, manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute*, p.634 et DECLEIRE L. & GOLD S., *La dissociation comme dimension essentielle du développement humain*, in *Les blessures de l'âme*, Revue Balint n°100, juin 2006.

4. L'empathie et la compassion

Cette faculté de se mettre à la place de l'autre et de souffrir avec lui reste un atout majeur dans la réussite de la prise en charge des patients. Une immaturité du soignant ou une mauvaise préparation pédagogique des étudiants soignants mènent à des dérapages. Balint évoquait la *fonction apostolique*⁹ du soignant qui se doit d'être juste et ne devrait pas déborder le soignant. Sinon cela signifierait qu'il s'en sert subtilement pour se « re-narcissiser » inconsciemment. Le psychothérapeute comme le médecin se doit de prendre une place modeste¹⁰, de patience, de présence solidaire et non de prise de pouvoir.

5. La capacité d'aimer

L'ouvrage de Scott Peck¹¹, *Le chemin le moins fréquenté : apprendre à vivre avec la vie*, est consacré à l'amour. L'amour représente un des principaux composants nécessaires à la réussite de la relation thérapeutique et notamment psychothérapeutique. L'engagement humain et la lutte, c'est **la volonté qu'a le thérapeute de se dépasser dans le but d'alimenter l'évolution spirituelle de son patient**. La qualité des thérapeutes qui réussissent est la chaleur humaine et leur capacité à communiquer. Si un médecin ou un psychothérapeute ne peuvent pas aimer en vérité leur patient, la guérison profonde n'aura pas lieu. L'auteur précise que « *c'est par amour pour leur patient que les thérapeutes ne s'autorisent pas à tomber amoureux d'eux.* »

3.4 Outils de gestion de l'érotisation à la disposition du patient

La relation thérapeutique a plus de chances d'aboutir, si de son côté, le patient s'engage lui aussi à suivre certains pistes ou conseils.

1. Le respect du soignant

2. L'engagement de tout dire à son médecin et son thérapeute

Cet engagement de la part du patient est contrebalancé par l'engagement du soignant à rester neutre, bienveillant et à ne porter aucun jugement de quelque nature que ce soit.

3. L'alliance avec son soignant

L'alliance de travail avec le soignant ne sera réellement possible que dans la mesure où le patient aura la capacité :

- à établir "*une relation relativement rationnelle, déssexualisée et non agressive*" (Greenson)
- à être disposé à régresser jusqu'à des réactions de transfert plus primitives et irrationnelles
- à supporter plaisir et douleur¹², présence et absence comme premiers jalons du lien à l'autre

⁹ « *Tout se passe comme si chaque médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer ; de ce qu'ils doivent supporter et, en outre comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et les incroyants parmi ses patients . C'est ce qui nous a suggéré le nom de fonction apostolique* ». in Balint M., *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris PUF, 1960, pp219-234.

¹⁰KRAMERMANN R., *Pourquoi l'analyste n'a ni relations amicales, ni amoureuses avec ses patients ?*, Bruxelles, 2006, <http://squiiggle.be>.

¹¹ PECK S., *Le chemin le moins fréquenté : apprendre à vivre avec la vie*, Paris, Ed. J'ai lu, 1990.

¹² RAVIT M., *La cruauté du lien : de l'objet d'addiction au lien d'addiction*, Cahiers de psychologie clinique, n° 22, 2004/1, 236 pages, pp 55-69.

- à reconnaître à l'autre et à soi-même sa puissance sans s'y soumettre et sans l'y soumettre
- à accepter que la puissance du désir n'est ni égoïste, ni dominatrice

Bien entendu, une fois cette alliance établie, des variations et des fluctuations vont apparaître et disparaître au gré des résistances, des régressions et d'une éventuelle érotisation du transfert.

4. Le désir et la non réciprocité

Ne voir le désir de l'autre que comme un obstacle condamne à ne le voir que sous l'angle négatif de l'échec. *Nul ne désire ne pas être désiré lorsqu'il aime ; le désir est désir du désir de l'autre. Le désir est donc fondamentalement relation positive au désir de l'autre.*

Le soignant doit comprendre ces notions **avant de condamner ou de succomber au transfert amoureux** ... *Le désir n'est donc réalisable que par son autorégulation dialogué avec l'expression du désir de l'autre. D'où la nécessité de se parler et de trouver un langage commun raisonnable sensible et conceptualisable lorsqu'il y a risque d'échec de la réciprocité.*

Ce risque de la non réciprocité est omniprésent même dans une relation soignant-soigné érotisée. Et c'est là que réside l'enjeu éthique où la relation érotisée peut devenir porteuse de sens lorsqu'elle advient au sein de la relation soignante.

La puissance du désir implique plus un pouvoir d'autorégulation sur l'expression de son propre désir qu'un pouvoir de domination sur l'autre. Le désir exige la compréhension de l'autre et non la dépossession de soi, son intériorisation en soi, en assumant le risque du manque d'amour, pour en faire le partenaire du dialogue de soi avec soi afin de mieux « ajuster » son désir fantasmatique à la réalité (autonome) du désir de l'autre. Le désir réussi impose à l'amour de se présenter comme don apparent de soi.

5. Le transfert

Pour résoudre ses conflits intrapsychiques, le patient va parfois tenter de les résoudre en projetant chez son soignant toutes une série d'affects, de sentiments, d'intentions, de qualités ou de défauts. L'analyse consciente de ce processus va permettre au patient de décoder avec son thérapeute le sens de ces processus transférentiels en relation avec sa propre histoire de vie. Certains patients peuvent se protéger de l'incompétence de leur soignant quand se présente une dérive. D'autres malheureusement en deviennent la proie et « reproduisent¹³ en acte les ratés imaginaires de leurs dépendances infantiles. Ils rejouent littéralement, sans élaboration, avec leur psy des pans de leur histoire.... Il le payent « chair » : accidents, sérieuses maladies, régressions, suicides ... Ou, alors inconsciemment corrompus, ils glissent dans l'identification à celui qui était sensé être porteur de la loi. Ils le paient de leur incapacité à se situer, et à accéder à une véritable liberté de conscience et de pensée ».

Devant les difficultés, certains patients éprouvent des difficultés à élaborer une qualité psychique suffisamment présente et active. Dans ce cas, deux solutions s'offrent à ces patients.

Certains **évitent le contact** avec l'objet du conflit et également avec leur propre psychisme. Mais comme disait W.R. Bion, « une privation de vérité entraîne une détérioration de la personnalité ».

¹³KRAMERMANN R., *Pourquoi l'analyste n'a ni relations amicales, ni amoureuses avec ses patients ?*, Bruxelles, 2006, <http://squiggle.be>.

D'autres présentent un *surinvestissement perceptif*¹⁴ majoré. « Ceux-ci vivent des pulsions destructrices d'emprise et de maîtrise de l'objet avec des agir transférentiels, parfois amoureux, qui visent à l'extraction de réponses qui ne peuvent rien apporter à cause de leur intentionnalité quasi vampirique ». Ces patients présenteraient un surinvestissement de leur sensibilité intéroceptive et proprioceptive rendant leurs affects¹⁵, notamment amoureux, très prégnants et excessifs. Cf. infra érotomanie et délires passionnels.

4 LE PASSAGE À L'ACTE

La thérapie au sens large du terme est un lieu d'élaboration par la parole. Le passage à l'acte¹⁶ est la transition imprévue et brutale de la représentation psychique à l'acte. Cet acte peut être posé par le patient ou par le soignant. Il aura un signifiant différent quand il est agi par l'un ou par l'autre.

4.1 Passage à l'acte du client

Balint et Lacan nous encouragent à considérer ces *acting-out*¹⁷ et *acting-in* comme une tentative désespérée de communication de la part du patient.

Passer à l'acte pour le patient, c'est remplacer l'élaboration par un acte : par exemple abandonner la thérapie sans fournir d'explication, arriver constamment en retard, oublier de payer ses séances, manquer ses rendez-vous, quitter la séance avant la fin, casser des objets, attenter à sa vie, etc. De tels actes montrent qu'une résistance empêche d'avancer et de trouver sens à ce qui se déroule. Une réflexion et une application claire d'un cadre thérapeutique bien construit et bien élaboré rendent les choses plus limpides et permettront patiemment d'en découvrir le sens.

*Faire une thérapie,
c'est accepter de sentir les sentiments sans les mettre en acte.*

En dehors de ces attitudes licites, dans nos pratiques, nous pouvons être confrontés à des **modes relationnels particulièrement difficiles à gérer**. On rencontre en effet des « attitudes d'inhibition ou de gêne chez les patients anxieux, une attitude de séduction avec érotisation de la relation chez les personnalités hystériques, des demandes excessives et irréalistes conférant une toute puissance soignante chez le patient borderline, une attitude parfaitement maîtrisée sans spontanéité chez le sujet obsessionnel, ou encore des mensonges et des dénis voire des refus chez le patient toxicomane. Les psychotiques offrent eux aussi une myriade de présentations et donc de relations. Du mutisme autistique au symptôme délirant en passant par la réticence ou le ludisme, ces patients sont chaque fois différents ». Cette diversité clinique transnosographique donne à notre pratique une richesse toujours renouvelée. La rencontre

¹⁴DENIS A., *Géométrie de l'antipsychique*, Société Psychanalytique de Paris.

(<http://www.spp.asso.fr/Main/PropositionsTheoriques/Items/Antipsychique/index.htm>)

¹⁵ Le 7 juin 1909, Freud écrit à Jung aux prises avec le transfert amoureux d'une patiente (S. Spielrein) que ce dernier pense à ce moment être devenu revendication : « De telles expériences, si elles sont douloureuses, sont aussi nécessaires et difficiles à épargner ». Il s'estime en avoir été épargné lui-même par son âge et les nécessités farouches de la vie quant à son travail... et continue ainsi : « Mais cela ne nuit en rien. Il nous pousse ainsi la peau dure qu'il nous faut, on devient maître du contre-transfert, dans lequel on est tout de même chaque fois placé et on apprend à déplacer ses propres affects et à les placer correctement. »

¹⁶ Cf. DELBROUCK M., *Psychopathologie, manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute*, Bruxelles, De Boeck, 2007, p 642.

¹⁷ Cf. ibidem, opus cité, pp 58, 78, 92, 994.

avec le patient, voire la personne au delà du symptôme, donne naissance à une ouverture, un espace de liberté et de créativité. ***Pour ces patients « difficiles », une supervision demeure indispensable***, notamment lorsque la gestion de la relation avec le soignant de l'autre sexe reste problématique comme dans les cas suivants comme l'érotomanie¹⁸, le délire passionnel, les personnalités histrioniques, dépendantes ou borderline, les patients abusés et incestés, les personnalités perverses narcissiques (manipulatrices).

4.2 Passage à l'acte du thérapeute ou la violence du soin

Posés par le soignant en dehors de tout contexte éthique, les passages à l'acte ne permettent pas la résolution des conflits, qu'ils soient internes ou externes. Ils restent une inadéquation dans la relation de soins. Ils freinent ou bloquent le processus thérapeutique, produisent de la confusion chez le patient et détruisent la confiance dans le corps soignant. Ils sont variables en intensité et résultent la plupart du temps d'une insuffisance affective ou psychologique chez le soignant.

Les passages à l'acte sexuel restent éminemment condamnables. Mais il en existe d'autres ! Le soignant peut *subtilement érotiser la relation*, c'est-à-dire se mettre en condition de se faire plaisir, en adoptant une position où :

- il dénonce l'imposture incestueuse pour se signifier lui-même comme parent responsable
- il jouit de pointer la faute chez autrui
- il se satisfait des détails du récit où s'efface la victime pour s'affirmer, lui, comme agent vertueux ou redresseur de tort
- il dénonce les agresseurs pour, dans une comparaison favorable, tenter de se substituer à eux comme seul interlocuteur de la victime
- il ne tient aucun compte de la place que ces "mauvais" occupent dans l'histoire et le cœur de l'abusé, enfant ou adulte
- il participe à la douleur de la victime par laquelle il s'identifie ou il accentue les éléments de l'histoire du patient abusé qui font écho avec les siens jusqu'à les confondre.

4.3 Conséquences à court et à long terme du passage à l'acte du soignant

Les conséquences d'un passage à l'acte sexuel d'un soignant vis à vis d'un patient ou d'une ***personne ayant une ascendance morale vis à vis d'une autre*** qui est son subordonné ou son élève sont identiques à celles qui sont décrites pour l'inceste. Quand il ne s'agit pas de gestes, d'attouchements ou de rapports sexuels, mais de climat de séduction, d'atmosphère érotisée, de sous entendus, de grivoiseries, on parlera de **climat incestuel**¹⁹, substrat déguisé d'un acte de nature incestueuse, dira Paul Racamier²⁰, ou d'équivalents d'inceste. Les risques sont importants si l'histoire clinique du patient comporte un passé incestueux ou incestuel, ce qui n'est pas aisé à découvrir ni à percevoir pour le soignant notamment de sexe masculin. Pour les soignants de sexe féminin, les risques sont moins de nature directement génitales mais visent aux excès de confidences, de partages inadéquats, d'enchevêtrement et de rupture de limites claires (aller manger au restaurant ou à domicile avec le patient, faire ses courses ensemble, accepter des invitations entre la famille du soignant et du soigné, etc.).

¹⁸ Illusion délirante d'être aimé par un être le plus souvent inaccessible.

¹⁹ DELBROUCK M., *Psychopathologie*, ibidem, p.485.

²⁰ RACAMIER P., *L'inceste et l'incestuel*, Paris, Ed. du Collège, 1995.

Des attitudes de séduction ainsi que d'autres indices repris dans le paragraphe suivant peuvent y faire songer :

Indices faisant suspecter un passé incestueux chez le patient

Développement anormal de la sexualité (pédophilie active ou latente, absence de sexualité ou hypersexualité, prostitution, etc.)

Evitement compulsif à l'égard de l'intimité et de l'affectif ou a contrario surinvestissement affectif²¹

Dégoût pour les caresses

Tendances sadomasochistes, peur excessive des figures d'autorité

Blocage du développement émotionnel à l'âge du premier abus

Alcoolisme, drogues, automutilation, prostitution, débauche, dysfonctionnements sexuels divers

Troubles du sommeil, céphalées, manifestations psychosomatiques

Troubles digestifs (sphinctériens), alimentaires (anorexie-boulimie, obésité, etc.)

Troubles sexuels (anorgasmie, donjuanisme, etc.)

Méfiance, perfectionnisme, phobies, comportements agressifs ou exagérés par rapport au sexe.

Conséquences directes du passage à l'acte sexuel de la part du soignant

- Répétition des actes permis, autorisés et encouragés par le thérapeute comme étant « normaux », avec une reproduction sur les générations suivantes de ces comportements délictueux, avec paradoxalement une amélioration clinique et euphorique au début de la relation.

- Accentuation de l'état dépressif et suicidaire

- Décalage ou dissociation par rapport au monde extérieur, confusion entre sexe, affection et amour, désensibilisation extrême aux affects et sensations perceptuelles de tout type.

- Endossement de la responsabilité de l'abus par le patient et défense de l'abuseur en minimisant sa responsabilité.

- Perte d'estime de soi, honte et renforcement d'une culpabilité « lancinante » et des doutes sur la propre innocence du patient.(perte de confiance dans l'autre sexe et dans sa propre sexualité)

- Confusion extrême du patient entre une reconnaissance pour les « bienfaits » réels souvent prodigués et l'exploitation subtile de l'ascendance du soignant.

- Peur des figures d'autorités, cristallisation d'une méfiance malade

- Développement de conduites de type pervers ou manipulatoires

- Rejet violent de la part du patient avec perte totale de confiance dans la profession des soignants

Cette réflexion mérite d'être nuancée, perlaborée entre soignants, thérapeutes et superviseur, client et soignant. Seul un climat de sincérité, d'authenticité, de rigueur et d'amour au sens large du terme peut aider les protagonistes à sortir de ces relations « confuses », ambivalentes où se rejouent les drames de toutes les consciences et de tous les rapports humains.

²¹ Cf. infra ou supra.

Bibliographie

- BALINT M., *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot, 1968.
- BALINT M., BALINT E., *Techniques psycho-thérapeutiques en médecine*, Paris, Payot, 1976.
- BAUR S., *Relations intimes*, Paris, Payot, 2006.
- DENIS A., *Géométrie de l'antipsychique*, Société Psychanalytique de Paris. (<http://www.spp.asso.fr/Main/PropositionsTheoriques/Items/Antipsychique/index.htm>)
- DELBROUCK M., *Psychopathologie, manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute*, Bruxelles, De Boeck, 2007.
- JUNG K.G., *Psychologie du transfert*, Paris, Albin Michel, 1980.
- KRAMERMANN R., *Pourquoi l'analyste n'a ni relations amicales, ni amoureuses avec ses patients ?*, Bruxelles, 2006, <http://squiggle.be>.
- PECK S., *Le chemin le moins fréquenté : apprendre à vivre avec la vie*, Paris, Ed. J'ai lu, 1990.
- RACAMIER P., *L'inceste et l'incestuel*, Paris, Ed. du Collège, 1995.
- RAVIT M., *La cruauté du lien : de l'objet d'addiction au lien d'addiction*, Cahiers de psychologie clinique, n° 22, 2004/1, 236 pages, pp 55-69.
- RUEDIN P., ZINDEL P., *Rapports sexuels entre médecin et patient*, Ph. Zindel, Président de la Société Médicale Suisse d'Hypnose.
- SCHWARTZ R., *L'éthique médicale et les relations amoureuses entre un psychiatre et sa cliente*, in Revue de droit sanitaire et social, N° 1, Janvier-mars 2001.
- SIROIS F., *La perversion, de part et d'autre du sexe*, Revue canadienne de psychanalyse.
- WATILLON A., *L'importance du fond narcissique de base dans le développement de la personnalité*, Bruxelles, Travail présenté pour l'obtention du titre de membre titulaire de la société belge de psychanalyse, 1973.
- YALOM I., *Mensonges sur le divan*, Paris, Galaade Ed., (*Lying on the Couch*), 2006.

Internet

- European Association for Psychotherapy (EAP) : <http://www.europsyche.org>
- Fédération Française de Psychothérapie et Psychanalyse (FF2P) : <http://www.ff2p.fr>
- <http://www.psychos-ressources.com>