

---

UNIVERSITE DE LAUSANNE - FACULTE DE BIOLOGIE ET DE MEDECINE

Département de Psychiatrie  
Service de Psychiatrie de liaison

---

**LA PSYCHOTHÉRAPIE ESTUDIANTINE**  
***NOUVELLE PERSPECTIVE D'ENSEIGNEMENT ?***

THÈSE

préparée sous la direction du Professeur Patrice Guex

et présentée à la Faculté de biologie et de médecine de  
l'Université de Lausanne pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Nicolas GRASSET

Médecin diplômé de la Confédération Suisse  
Originaire de l'Abergement (Vaud)

Lausanne

2011

Bibliothèque Universitaire  
de Médecine / BiUM  
CHUV-BH08 - Bugnon 46  
CH-1011 Lausanne

R007070898

VMM  
420  
GRA

BME 3647

# Imprimatur

*Vu le rapport présenté par le jury d'examen, composé de*

*Directeur de thèse Monsieur le Professeur Patrice Guex  
Co-Directeur de thèse  
Expert Monsieur le Professeur Lazare Benaroyo  
Directrice de l'Ecole doctorale Madame le Professeur Stephanie Clarke*

*la Commission MD de l'Ecole doctorale autorise l'impression de la thèse de*

**Monsieur Nicolas Grasset**

*intitulée*

***La psychothérapie estudiantine, nouvelle perspective  
d'enseignement?***

*Lausanne, le 17 avril 2012*

*pour Le Doyen  
de la Faculté de Biologie et de Médecine*



*Madame le Professeur Stephanie Clarke  
Directrice de l'Ecole doctorale*

## TABLE DES MATIÈRES

<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>11</b>
<b>RÉSUMÉ</b>	<b>12</b>
<b>CHAPITRE I</b>	
<b>I. CHOIX DU MODÈLE ET CONCEPTUALISATION DE L'EXPÉRIENCE FONDÉS SUR UNE RÉVISION DE LA LITTÉRATURE</b>	<b>13</b>
<b>I.1. INTRODUCTION</b>	<b>14</b>
<b>I.2. ÉTAT DE LA QUESTION</b>	<b>18</b>
I.2.1. Importance de la relation médecin-malade et de l'art de communiquer	20
I.2.2. Approche psychothérapeutique du malade dans le domaine de la psychologie médicale	22
I.2.3. Expériences de psychothérapies effectuées par des étudiants en médecine	25
<b>I.3. MODÈLE EXPÉRIMENTAL</b>	<b>30</b>
I.3.1. Concept de l'expérience	30
I.3.2. Choix du modèle théorique de la psychothérapie	33
I.3.3. Thérapie ou psychothérapie de soutien	36
I.3.3.1. La thérapie de soutien banale	37
I.3.3.2. La psychothérapie de soutien psychodynamique	38
I.3.3.2.a. Similitudes entre la relation psychothérapeutique et les relations intersubjectives ordinaires	38
I.3.3.2.b. Différences entre la relation psychothérapeutique et les relations intersubjectives ordinaires	39
I.3.3.2.c. Au cœur de l'expérience pilote lausannoise : l'apprentissage de la relation psychothérapeutique	39

I.3.4. La psychothérapie de soutien psychodynamique estudiantine dans le cadre de l'expérience pilote lausannoise	40
I.3.4.1. Rapport de l'apprentissage estudiantin avec la méthode et la théorie psychanalytique	40
I.3.4.2. Prolégomènes pour l'instauration de la psychothérapie estudiantine de soutien psychodynamique	41
I.3.4.2.a. Notions de référence au sujet de la psychothérapie estudiantine de soutien psychodynamique	41
I.3.4.2.b. Nature du procédé psychothérapique : interventions recouvrantes versus découvrrantes	43
I.3.4.2.c. Prise en considération du transfert	44
I.3.4.2.d. Prise en considération des conflits intrapsychiques	46
I.3.4.2.e. Prise en considération des mécanismes de défense et modalités d'intervention	47

## CHAPITRE II

### II. RÉALISATION, ORGANISATION, UTILISATION DU DISPOSITIF EXPÉRIMENTAL 49

#### II.1. DESCRIPTION DE LA MÉTHODE 50

II.1.1. Conditions requises par l'orientation psychodynamique de la psychothérapie estudiantine	50
II.1.1.1. Importance du cadre	50
II.1.1.2. Importance de l'alliance thérapeutique	51
II.1.2. Description du dispositif expérimental	53
II.1.2.1. Cadre : fréquence, durée, lieu des séances et contrat thérapeutique	53
II.1.2.2. Choix des patients	53
II.1.2.3. Indication à la psychothérapie estudiantine	54
II.1.2.4. Consentement éclairé des patients intégrés dans l'expérience	54
II.1.2.5. Procédé d'anonymisation	55
II.1.2.6. Supervision	55
II.1.2.7. Préparation du début de l'expérience	56
II.1.2.8. Organigramme fonctionnel du dispositif expérimental	56
II.1.3. Problème éthique posé par le dispositif expérimental utilisé	56

#### II.2. DESCRIPTION DE L'EXPÉRIENCE 57

II.2.1. Mise en œuvre du dispositif expérimental	57
--	----

II.2.1.1. Sélection des cas	57
II.2.1.2. Séances du groupe d'indication	57
II.2.1.3. Préparation du début des traitements	57
II.2.1.4. Modélisation de la mise en œuvre et du fonctionnement du dispositif expérimental	59
II.2.2. Réalisation de l'expérience	59
II.2.2.1. Déroulement des psychothérapies estudiantines	59
II.2.2.2. Déroulement de la supervision	60
II.2.2.3. Recueil des informations cliniques au sujet des traitements	60

## CHAPITRE III

### III. RÉSULTAT DE L'EXPÉRIENCE : ACTIVITÉ CLINIQUE DES PSYCHOTHÉRAPEUTES ÉTUDIANTINS 63

#### III.1. UTILISATION DES DONNÉES À DISPOSITION 64

#### III.2. DESCRIPTION RETROSPECTIVE DE L'ACTIVITÉ CLINIQUE DES PSYCHOTHÉRAPEUTES ESTUDIANTINS 65

III.2.1. Traitement de Monsieur H.	65
III.2.1.1. Présentation du patient	65
III.2.1.2. Appréciation du cas et hypothèses de travail	67
III.2.1.3. Résumé de la psychothérapie	69
III.2.2. Traitement de Madame I.	74
III.2.2.1. Présentation de la patiente	74
III.2.2.2. Appréciation du cas et hypothèses de travail	76
III.2.2.3. Résumé de la psychothérapie	79
III.2.3. Traitement de Madame J.	86
III.2.3.1. Présentation de la patiente	86
III.2.3.2. Appréciation du cas et hypothèses de travail	90
III.2.3.3. Résumé de la psychothérapie	92
III.2.4. Traitement de Monsieur K.	94
III.2.4.1. Présentation du patient	94
III.2.4.2. Appréciation du cas et hypothèses de travail	97
III.2.4.3. Résumé de la psychothérapie	100

# CHAPITRE IV

## IV. ÉTUDE QUALITATIVE DE LA RÉALISATION DES PSYCHOTHÉRAPIES ESTUDIANTINES 105

### IV.1. CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES 106

### IV.2. ÉVOCATION DU POINT DE VUE PERSONNEL DES PSYCHOTHÉRAPEUTES ESTUDIANTINS AU SUJET DE LEUR ACTIVITÉ CLINIQUE 107

#### IV.2.1. Psychothérapie de Monsieur H. 107

IV.2.1.1. En ce qui concerne la capacité de laisser le patient parler librement et d'écouter attentivement ses associations d'idées en conservant une sensibilité aux modulations affectives correspondantes 107

*IV.2.1.1.a. Particularités du discours et des réactions émotionnelles du patient 107*

*IV.2.1.1.b. Particularités des interventions de la psychothérapeute estudiantine 108*

IV.2.1.2. En ce qui concerne les possibilités de dépasser une relation médecin-malade banale pour remplir les conditions d'une relation psychothérapique 108

*IV.2.1.2.a. Nécessité d'établir un contrat thérapeutique 108*

*IV.2.1.2.b. Capacité de définir et de respecter le cadre thérapeutique 109*

*IV.2.1.2.c. Aptitude du patient à participer activement au travail psychologique 109*

*IV.2.1.2.d. Spécificité des interventions de la psychothérapeute estudiantine 109*

IV.2.1.3. En ce qui concerne la possibilité de prendre en considération l'inconscient et d'acquérir une sensibilité aux phénomènes de transfert et de contre-transfert 110

*IV.2.1.3.a. Référence aux particularités de l'attitude et des manifestations affectives du patient 110*

*IV.2.1.3.b. Référence aux particularités des perceptions et des réactions affectives de la psychothérapeute estudiantine 111*

#### IV.2.2. Psychothérapie de Madame I. 111

IV.2.2.1. En ce qui concerne la capacité de laisser la patiente parler librement et d'écouter attentivement ses associations d'idées en conservant une sensibilité aux modulations affectives correspondantes 111

*IV.2.2.1.a. Particularités du discours et des réactions émotionnelles de la patiente 111*

*IV.2.2.1.b. Particularités des interventions de la psychothérapeute estudiantine 112*

IV.2.2.2. En ce qui concerne la possibilité de dépasser une relation médecin-malade banale pour remplir les conditions d'une relation psychothérapique 112

*IV.2.2.2.a. Nécessité d'établir un contrat thérapeutique 112*

*IV.2.2.2.b. Capacité de définir et de respecter le cadre thérapeutique 113*

*IV.2.2.2.c. Aptitude de la patiente à participer activement au travail psychologique 113*

*IV.2.2.2.d. Spécificité des interventions de la psychothérapeute estudiantine 114*

IV.2.2.3. En ce qui concerne la possibilité de prendre en considération l'inconscient et d'acquérir une sensibilité aux phénomènes de transfert et de contre-transfert 115

*IV.2.2.3.a. Référence aux particularités de l'attitude et des manifestations affectives de la patiente 115*

*IV.2.2.3.b. Référence aux particularités des perceptions et des réactions affectives de la psychothérapeute estudiantine 115*

#### IV.2.3. Psychothérapie de Madame J. 116

IV.2.3.1. En ce qui concerne la capacité de laisser la patiente parler librement et d'écouter attentivement ses associations d'idées en conservant une sensibilité aux modulations affectives correspondantes 116

*IV.2.3.1.a. Particularités du discours et des réactions émotionnelles de la patiente 116*

*IV.2.3.1.b. Particularités des interventions du psychothérapeute estudiantin 117*

IV.2.3.2. En ce qui concerne la possibilité de dépasser une relation médecin-malade banale pour remplir les conditions d'une relation psychothérapique 117

*IV.2.3.2.a. Nécessité d'établir un contrat thérapeutique 117*

*IV.2.3.2.b. Capacité de définir et de respecter le cadre thérapeutique 118*

*IV.2.3.2.c. Aptitude de la patiente à participer activement au travail psychologique 118*

*IV.2.3.2.d. Spécificité des interventions du psychothérapeute estudiantin 118*

IV.2.3.3. En ce qui concerne la possibilité de prendre en considération l'inconscient et d'acquérir une sensibilité aux phénomènes de transfert et de contre-transfert 118

*IV.2.3.3.a. Référence aux particularités de l'attitude et des manifestations affectives de la patiente 119*

*IV.2.3.3.b. Référence aux particularités des perceptions et des réactions affectives du psychothérapeute estudiantin 119*

#### IV.2.4. Psychothérapie de monsieur K. 119

IV.2.4.1. En ce qui concerne la capacité de laisser le patient parler librement et d'écouter attentive des associations d'idées en conservant une sensibilité aux modulations affectives correspondantes 119

*IV.2.4.1.a. Particularités du discours et des réactions émotionnelles du patient 120*

*IV.2.4.1.b. Particularités des interventions du psychothérapeute estudiantin 120*

IV.2.4.2. En ce qui concerne la possibilité de dépasser une relation médecin-malade banale pour remplir les conditions d'une relation psychothérapique 120

*IV.2.4.2.a. Nécessité d'établir un contrat thérapeutique 121*

*IV.2.4.2.b. Capacité de définir et de respecter le cadre thérapeutique 121*

*IV.2.4.2.c. Aptitude du patient à participer activement au travail psychologique 122*

*IV.2.4.2.d. Spécificité des interventions du psychothérapeute estudiantin 123*

IV.2.4.3. En ce qui concerne la possibilité de prendre en considération l'inconscient et d'acquérir une sensibilité aux phénomènes de transfert et de contre-transfert 124

*IV.2.4.3.a. Référence aux particularités de l'attitude et des manifestations affectives du patient 124*

*IV.2.4.3.b. Référence aux particularités des perceptions et des réactions affectives du psychothérapeute estudiantin 125*

# CHAPITRE V

## V. ÉVALUATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS DE L'EXPÉRIENCE PILOTE DE PSYCHOTHÉRAPIE ESTUDIANTINE 129

### V.1. GÉNÉRALITÉS 130

### V.2. APPRÉCIATION GÉNÉRALE DU RÉSULTAT DE L'EXPÉRIENCE 131

V.2.1. Résumé des données objectives 131

V.2.2. Estimation globale du résultat 132

V.2.3. Appréciation des résultats en fonction des objectifs généraux de l'expérience pilote 133

V.2.3.1. Expérimenter le modèle londonien en l'adaptant au contexte lausannois 133

V.2.3.2. Trouver les moyens institutionnels de réaliser des psychothérapies estudiantines dans le cadre du Service de psychiatrie de liaison du CHUV 134

V.2.3.3. Montrer comment l'expérience de la psychothérapie estudiantine permet d'apprendre en quoi consiste la fonction thérapeutique de la relation médecin-malade 135

V.2.3.4. Apprécier la finalité et la faisabilité de la psychothérapie estudiantine dans le cadre du cursus universitaire prégradué de la Faculté de Biologie et de Médecine de Lausanne 136

V.2.3.5. Résumé de l'appréciation des résultats en fonction des objectifs généraux de l'expérience pilote 139

V.2.4. Appréciation des résultats en fonction des buts particuliers du concept expérimental 140

V.2.4.1. Apprendre à être attentif à ce que le patient exprime en parlant librement, que ce soit par association d'idées ou par les modulations affectives correspondantes 140

V.2.4.2. Réussir à dépasser les conditions d'une relation médecin-malade banale pour remplir celles d'une relation psychothérapique 141

V.2.4.3. Parvenir à tenir compte de l'inconscient en se sensibilisant aux phénomènes de transfert et de contre-transfert 142

V.2.4.4. Résumé de l'appréciation des résultats en fonction des buts particuliers de l'expérience pilote 144

V.2.5. Appréciation de l'alliance thérapeutique dans le cadre des psychothérapies estudiantines 144

V.2.5.1. L'alliance thérapeutique dans le cadre de la psychothérapie estudiantine en général 144

V.2.5.2. Impact des niveaux de fonctionnement psychique sur l'alliance thérapeutique dans le contexte de la psychothérapie estudiantine d'orientation psychodynamique 146

V.2.5.3. Appréciation de l'alliance thérapeutique dans le contexte de l'activité clinique des psychothérapeutes estudiantins. 147

V.2.5.3.a. Alliance orientée vers le travail psychologique 148

V.2.5.3.b. Alliance orientée vers le processus thérapeutique intersubjectif 149

V.2.5.3.c. Engagement affectif et compréhensif du psychothérapeute 150

V.2.5.3.d. Instauration et maintien d'un consensus au sujet du procédé thérapeutique et des objectifs du traitement 152

V.2.5.4. Résumé de l'appréciation de l'alliance thérapeutique 155

### V.3. COMMENTAIRE DE LA RÉALISATION DES PSYCHOTHÉRAPIES ESTUDIANTINES 156

V.3.1. A propos de l'importance des troubles et du mode de sélection des patients 157

V.3.2. A propos du cas de rupture précoce de la psychothérapie 159

V.3.3. A propos de la préparation et de l'encadrement des étudiants 160

V.3.3.1. Préparation et formation des étudiants au rôle de psychothérapeute 161

V.3.3.1.a. Maîtriser les craintes vis-à-vis du rôle de psychothérapeute 162

V.3.3.1.b. Apprendre les concepts théoriques ou vivre l'expérience 163

V.3.3.2. Encadrement des étudiants 165

V.3.3.2.a. Nécessité d'une supervision régulière et relativement intensive 165

V.3.3.2.b. Supervision en groupe ou individuelle 168

V.3.4. A propos des difficultés rencontrées par les psychothérapeutes estudiantins 169

# CHAPITRE VI

## VI. CONCLUSION ET PERSPECTIVES 175

### VI.1. BILAN DE L'EXPÉRIENCE PILOTE 176

VI.1.1. Arguments en faveur de la réussite de l'expérience 176

VI.1.2. Leçons à tirer des difficultés rencontrées par les psychothérapeutes estudiantins 178

VI.1.2.1. Prolégomènes à la sélection des patients 179

VI.1.2.2. Prolégomènes à l'investigation des patients 180

VI.1.2.3. Prolégomènes à la préparation des étudiants candidats à l'exercice de la psychothérapie estudiantine 182

<b>VI.2. QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE AU SUJET DE L'EXPÉRIENCE</b>	<b>183</b>
<b>PILOTE ÉTUDIÉE</b>	
VI.2.1. Considérations générales au sujet de la nature de la recherche en question	184
VI.2.2. Considérations particulières au sujet des aspects éthiques de l'expérience pilote	187
VI.2.2.1. En ce qui concerne le choix des patients et l'indication à la psychothérapie estudiantine	189
VI.2.2.2. En ce qui concerne le consentement éclairé des patients intégrés dans l'expérience	193
VI.2.2.3. En ce qui concerne le choix de la forme verbale du consentement éclairé	200
VI.2.2.4. En ce qui concerne d'éventuels facteurs de dépendance ou de contrainte lors de l'obtention du consentement éclairé	202
VI.2.2.5. En ce qui concerne le financement des psychothérapies estudiantines et d'éventuels conflits d'intérêt à ce sujet	203
VI.2.2.6. En ce qui concerne le procédé d'anonymisation utilisé pour protéger l'identité des patients dans le cadre de l'étude rétrospective de l'expérience pilote	205
VI.2.2.7. En ce qui concerne le déroulement des psychothérapies estudiantines	206
VI.2.2.8. En ce qui concerne l'adéquation du choix des patients par rapport au degré de formation des psychothérapeutes	207
VI.2.2.9. En ce qui concerne la supervision de l'activité clinique des psychothérapeutes estudiantins	210
VI.2.2.10. En ce qui concerne les dispositions relatives à la fin du traitement	213
<b>VI.3. PERSPECTIVES D'AVENIR</b>	<b>215</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>219</b>

## REMERCIEMENTS

A mon Directeur de thèse, Monsieur le Professeur P. Guex, initiateur et organisateur de l'expérience lausannoise de psychothérapie estudiantine. Après avoir éveillé mon intérêt pour la psychologie médicale dans ses cours de médecine psychosociale puis lors de mon stage dans le Service de psychiatrie de liaison qu'il dirigeait à l'époque, le Professeur Guex m'a donné l'occasion de participer à cette expérience ; il a approuvé mon projet de thèse à ce sujet alors que j'étais encore étudiant et il a accepté d'en diriger la réalisation par la suite, malgré l'orientation de ma formation post-grade dans le domaine de la chirurgie puis dans celui de la recherche en biologie cellulaire. Il a manifesté beaucoup de compréhension pour les difficultés qu'il m'a fallu surmonter, étape par étape, en persévérant pendant de nombreuses années dans la réalisation progressive de l'étude qui fonde ce travail de thèse. Sans sa longue patience, sans son soutien, ses conseils et ses encouragements réitérés au fil des ans, je ne serais pas parvenu à terminer ce travail. Je lui en suis très reconnaissant.

Aux superviseurs des psychothérapies estudiantines réalisées dans le cadre de l'expérience étudiée, Messieurs les Docteurs Viret et Lambert, qui ont accepté de superviser le déroulement de ces psychothérapies. Ils ont su nous accompagner progressivement dans l'apprentissage de la gestion d'une relation intersubjective médecin-malade en nous montrant les tenants et aboutissants des principes psychodynamiques en lien avec les problématiques conflictuelles intrapsychiques de nos patients. Je leur en suis reconnaissant.

A mes deux consœurs, Christine Caloz-Rossier et Fabienne Grange-Vaudan, qui ont fait partie de ce groupe pilote avec moi et qui ont mis à disposition l'ensemble de leurs dossiers cliniques dans le but d'effectuer ce travail de recherche. Je leur en suis redevable.

Aux membres de ma famille qui m'ont soutenu et encouragé durant toutes ces années. Je remercie tout particulièrement mon père, François Grasset, lui même psychiatre et psychothérapeute expérimenté, qui m'a permis, par de longues discussions passionnantes, d'appréhender en tant que non-spécialiste les distinctions subtiles entre les différents modèles théoriques et les différents types de psychothérapies. Merci à ma mère, Geneviève Grasset, pour sa relecture attentive de ce manuscrit.

Enfin un immense merci à Sylvie Kairis Grasset, ma femme, pour son indéfectible soutien tout au long de ses années.

## **RÉSUMÉ**

Pour faire preuve de professionnalisme avec humanité, un médecin doit impérativement développer son *savoir-être* en plus du *savoir-faire* qui résulte de ses connaissances et de ses compétences techniques. La gestion de la relation médecin-malade est au cœur de ce savoir. Dans le contexte intersubjectif de ce type de relation interpersonnelle surviennent inmanquablement des facteurs psychodynamiques<sup>1-3</sup>. Il est très important d'apprendre aux futurs praticiens à déchiffrer ces phénomènes interrelationnels afin de favoriser la compréhension et la gestion de la relation médecin-malade, notamment en développant leur capacité à élaborer avec les patients la compréhension psychologique de leurs troubles<sup>4-9</sup>. A cette fin, comme de nombreuses autres écoles de médecine, la Faculté de Biologie et de Médecine de l'Université de Lausanne a développé depuis longtemps un enseignement de psychologie médicale intégrant, entres autres, des cours de médecine psychosociale et de médecine communautaire. Cette formation spécifique est complétée par divers apports théoriques ou pratiques exposés lors des cours de psychiatrie.

Balint a proposé très tôt que ce genre d'apprentissage soit lié à celui de la psychothérapie<sup>4</sup>. Plusieurs centres de formation médicale lui ont emboîté le pas en développant un dispositif permettant à des étudiants avancés de suivre un patient en psychothérapie sous supervision<sup>10-13</sup>. Très intéressé par le succès toujours actuel de ce type d'enseignement<sup>14-16</sup>, en tant que responsable de l'enseignement de la médecine psychosociale et de la psychiatrie à la FBM, le Professeur Guex a organisé dans le cadre du CHUV une expérience pilote de psychothérapie estudiantine. Au-delà des appréciations directes effectuées, à l'époque, lors de la réalisation de cette expérience qui fut menée à bien durant dix mois, une appréciation plus approfondie était souhaitable, dans le but de tester plus précisément la pertinence éventuelle d'un tel système pédagogique dans le cadre de l'enseignement de la psychologie médicale à Lausanne.

Dans le but d'évaluer l'organisation, la mise en œuvre et le fonctionnement du dispositif expérimental, l'appréciation qualitative de cette expérience de psychothérapie estudiantine a fait l'objet de ce travail de thèse, sous la direction de l'initiateur de l'expérience. L'analyse rétrospective méthodique des documents à disposition a montré dans quelle mesure les objectifs généraux de cette expérience pilote ont été atteints. Cette démonstration permet de déterminer de manière approximative quelles seraient les possibilités et les limites du développement d'un tel dispositif. Destinée à de futurs médecins généralistes, cette méthode a, sans nul doute, sa place dans le cursus des études de médecine à Lausanne.

# **CHAPITRE I**

## **I. CHOIX DU MODÈLE ET CONCEPTUALISATION DE L'EXPÉRIENCE FONDÉS SUR UNE RÉVISION DE LA LITTÉRATURE**

### **Thèmes : introduction et état de la question**

- Importance de la relation médecin-malade et de l'art de communiquer
- Approche psychothérapeutique du malade dans le domaine de la psychologie médicale
- Expériences de psychothérapies effectuées par l'étudiant en médecine
- Modèle expérimental
- Choix du modèle théorique de la psychothérapie

## I.1. INTRODUCTION

Dès les années 1930, sous l'influence de l'œuvre de Michael Balint<sup>1, 4-6, 17-19</sup>, de nombreux praticiens ont compris que la relation médecin-malade constitue l'une des pierres angulaires du traitement d'un processus morbide et ils ont souligné l'importance de l'enseignement concernant la gestion de cette relation. Ultérieurement, au cours des années 1980, les médecins ont réalisé à quel point il est important de prendre en considération le patient dans son ensemble, en articulant les problèmes somatiques qu'il présente avec sa vie émotionnelle et relationnelle. Défini à une époque où la science médicale se focalisait essentiellement sur les facteurs biologiques, le modèle bio-psycho-social proposé par Engel<sup>20</sup> a considérablement modifié l'approche médicale des maladies, à tel point qu'il est devenu une référence communément admise. En postulant que les facteurs biologiques constituent une cause nécessaire mais insuffisante et qu'il faut tenir compte des facteurs psychologiques et sociaux pour expliquer l'émergence, la forme et l'évolution des troubles, ce modèle acquiert une fonction intégrative qui favorise une approche holistique de la personne malade. Il en résulte une prise en charge globale, à la fois scientifique et humaniste de l'être humain souffrant.

Par conséquent, le futur médecin doit apprendre à répondre au mieux à l'ensemble des besoins humains que provoque la souffrance, laquelle, même si elle est principalement somatique, est toujours accompagnée de répercussions sur l'état psychique du patient<sup>1</sup> et sur ses relations avec son entourage. Dès le début des études de médecine, l'enseignement de la psychologie médicale ouvre l'esprit de l'étudiant à la dimension psychologique du fonctionnement de la personnalité humaine. Très rapidement, l'étudiant découvre à quel point le contexte psychosocial dans lequel ce fonctionnement se manifeste est important et il apprend à privilégier une approche holistique de la personne malade, cela bien avant le début de l'enseignement de la psychiatrie.

Dès lors, parallèlement à l'approche biomédicale classique, l'étudiant en médecine doit apprendre à investiguer les différents aspects psychosociaux de la personne soignée et aussi à en tenir compte dans le cadre de la relation médecin-malade où se situe son activité thérapeutique. Lors de cet apprentissage, l'étudiant doit acquérir des notions de psychologie médicale concernant le développement de la personnalité humaine ou les étapes-clés du cycle existentiel normal d'un individu (naissance, mariage, décès des proches, approche de la mort, vécu de la souffrance et de la maladie). Il doit aussi aborder des notions telles que

l'empathie, la régression, le déni, ou des phénomènes tels que les bénéfices secondaires liés à la maladie, ou encore les divers stades du processus de deuil.

Progressivement, l'étudiant prend conscience du fait que la nature de l'affection en cause, le comportement du malade et le contexte psycho-social des troubles maladifs conditionnent la relation médecin-malade et influencent l'attitude du praticien en fonction des divers sentiments qu'il ressent lui-même (compassion, inquiétude, découragement, énervement, etc.). Il doit aussi être sensibilisé au fait que les émotions et les mécanismes de défense du patient peuvent se manifester de façon directe ou indirecte. Il apprend aussi qu'il est important de décoder l'origine des sentiments d'angoisse, d'agressivité ou de méfiance qui peuvent se manifester en perturbant la relation établie.

L'enseignement de la psychiatrie aborde les diverses formes de troubles psychiques couramment rencontrés en pratique générale et procure des connaissances nosologiques de base au sujet des principales catégories de troubles psychopathologiques. De façon beaucoup plus évidente que les maladies somatiques, les maladies psychiques ont des répercussions sur la vie socioprofessionnelle des patients. Par conséquent les cours de psychiatrie complètent certaines perspectives laissées ouvertes par les cours de psychologie médicale.

Durant les stages cliniques, les étudiants font graduellement l'apprentissage du *savoir-être*. Cependant, si les stages sont des moments privilégiés pour établir un contact avec le malade, il n'en reste pas moins que l'acquisition des connaissances de base et du *savoir-faire* prime généralement sur celle du *savoir-être*. L'étudiant ne se familiarise véritablement avec l'interview médicale d'orientation psychosociale et l'observation clinique du status psychique que lors des stages de psychiatrie. Mais seul un nombre limité des futurs médecins choisissent d'effectuer une partie de leurs stages dans un service de psychiatrie où l'encadrement à la formation de la relation médecin-malade est le plus structuré.

Par ailleurs, durant les autres stages cliniques, l'étudiant n'a que rarement, si ce n'est exceptionnellement, la possibilité d'être impliqué dans une relation suivie avec un même patient dont il aurait la responsabilité. Le programme d'étude offre donc très peu d'occasions où l'étudiant puisse réaliser une approche relationnelle de la personne souffrante, qui soit suffisamment investie et prolongée pour constituer une expérience effective de la relation médecin-malade. De plus, rares sont les occasions où le *savoir-être* est discuté avec des aînés expérimentés. Ainsi, confronté aux difficultés inhérentes à l'accompagnement psychologique de la personne humaine souffrante, l'étudiant développe ses capacités relationnelles par ses propres moyens dans la mesure où il se trouve laissé à lui-même pour acquérir une expérience de la gestion de la relation médecin-malade.

<sup>1</sup> Afin d'éviter les lourdeurs qu'entraînerait dans le document la formulation épiciène, seul le genre masculin a été retenu comme générique. Malgré cela, les désignations de personnes concernent bien évidemment les femmes et les hommes.

Dès lors, quelle alternative faudrait-il proposer aux futurs médecins pour qu'ils s'initient dans de bonnes conditions à la compréhension et à la résolution des problèmes relationnels que pose l'accompagnement thérapeutique des patients ?

Pour trouver des solutions dans cette perspective, on peut s'inspirer des pratiques effectuées à l'« University College Hospital » de Londres depuis 1958 et à la « Psychosomatik Klinik » de l'Université de Heidelberg dès 1977, qui donnent aux étudiants intéressés par le domaine relationnel la possibilité de suivre un patient en psychothérapie, tout en étant supervisé par des psychiatres et psychothérapeutes expérimentés. Dans leur ouvrage, intitulé « First Steps in Psychotherapy », Wolff et al. (1985)<sup>13</sup> ont mis en valeur ces expériences cliniques en montrant que l'exercice de la psychothérapie par des étudiants en médecine en fin de parcours universitaire paraît séduisant pour développer l'aptitude à gérer une relation médecin-malade. Les comptes-rendus de ces expériences soulignent tous que les étudiants acquièrent une grande expérience de la gestion de la relation médecin-malade et que le bénéfice qu'ils en retirent dans leur pratique quotidienne ultérieure semble important<sup>13, 21-24</sup>.

L'origine de ce genre d'expériences se trouve en Angleterre où le Professeur P. Shoenberg, psychothérapeute consultant à l'« University College Hospital » de Londres, dirige le dispositif qui, encore aujourd'hui, permet à certains étudiants en médecine avancés et motivés d'effectuer des psychothérapies supervisées<sup>14, 15</sup>.

En Suisse romande, en tant que responsable de l'enseignement de la médecine psychosociale et de la psychiatrie à la Faculté de Biologie et de Médecine de Lausanne, le Professeur Patrice Guex, Chef du Département de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) était très intéressé par l'expérience de son collègue anglais. En première intention, il a donc décidé de faire un essai à Lausanne en donnant, à trois étudiants en médecine avancés et motivés, l'occasion d'effectuer une psychothérapie supervisée dans le cadre du Service de psychiatrie de liaison qu'il dirigeait alors.

Ayant organisé un dispositif approprié pour cela et estimant que l'essai prévu pouvait constituer une expérience pilote susceptible de tester les possibilités d'une éventuelle introduction de ce genre d'initiation à la psychothérapie dans le cursus de psychiatrie des études de médecine à Lausanne, en seconde intention, le Professeur Guex a voulu évaluer ce mode d'enseignement particulier dans le cadre d'un travail de recherche rétrospectif ayant les objectifs suivants :

- Évaluer l'adaptation du modèle londonien au contexte lausannois dans le cadre de l'expérience pilote.

- Effectuer une appréciation des moyens institutionnels de réaliser des psychothérapies estudiantines dans le cadre du Service de psychiatrie de liaison du CHUV.
- Montrer comment l'expérience de la psychothérapie estudiantine permet d'apprendre en quoi consiste la fonction thérapeutique de la relation médecin-malade.
- Estimer la finalité et la faisabilité de la psychothérapie estudiantine dans le cadre du cursus universitaire prégradué de la Faculté de Biologie et de Médecine de Lausanne.

Par conséquent le Professeur Guex a proposé à l'un des étudiants qui avait participé à l'expérience pilote d'effectuer une thèse de doctorat en médecine sous la forme d'une étude rétrospective de cette expérience sous sa direction. C'est-à-dire d'évaluer, en fonction des objectifs susmentionnés, les tenants et aboutissants du dispositif institutionnel qu'il avait mis en œuvre pour permettre aux trois étudiants du groupe pilote d'effectuer des psychothérapies de soutien d'orientation psychodynamique supervisées de façon appropriée, au cours de leurs 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> années d'études, lors d'un équivalent *ad hoc* de stage de psychiatrie dans le cadre du Service de psychiatrie de liaison du Département de psychiatrie du CHUV.

Ce travail de thèse relate donc cette expérience pilote. Il consiste en une étude rétrospective de la conceptualisation, de l'organisation et de la mise en œuvre du dispositif expérimental. L'évaluation des résultats se fonde principalement sur un examen approfondi de l'activité clinique des psychothérapeutes estudiantins au cours des psychothérapies effectuées. Cette évaluation a pour but de tester dans quelle mesure les objectifs de l'expérience pilote ont pu être atteints.

Il faut toutefois relever que le projet de l'expérience pilote et de celui de l'étude rétrospective effectuée ultérieurement pour l'évaluer n'ont pas été soumis à la Commission d'éthique de la recherche. Sans prétendre la justifier pour autant, on peut néanmoins expliquer cette omission.

De prime abord, la démarche étudiée a été considérée comme une initiation à la psychothérapie, dans le cadre d'un équivalent *ad hoc* de stage de psychiatrie. Or, habituellement, étant donné qu'ils se déroulent sous la supervision des médecins cadres du service où ils ont lieu, dans des conditions déontologiques qui attirent l'attention des étudiants sur l'obligation de respecter les règles fondamentales de l'éthique médicale, les programmes de stages ne sont pas soumis en tant que tels à la Commission d'éthique de la recherche. A ce propos, il faut préciser qu'en l'occurrence, le Professeur Guex et les

superviseurs n'ont pas éludé les aspects éthiques de la psychothérapie estudiantine. Au contraire, ils les ont souvent évoqués, que ce soit lors de l'enseignement préparatoire ou lors de la supervision des psychothérapeutes estudiantins.

Par ailleurs, consistant en une démarche naturaliste et rétrospective, l'étude en question a été effectuée après coup, à une époque où l'expérience pilote était déjà terminée depuis longtemps, c'est-à-dire dans des conditions où il était impossible de refaire l'histoire pour modifier quoi que ce soit dans l'organisation et la réalisation de cette expérience.

Nonobstant son caractère naturaliste et rétrospectif, il n'en reste pas moins que l'étude en question porte sur une expérience effectuée lors du traitement de personnes vulnérabilisées par une atteinte durable de leur état de santé. Par conséquent il faut reconnaître qu'il eut été utile que le projet n'échappe pas à l'examen de la Commission d'éthique de la recherche.

Quoi qu'il en soit, l'évaluation de l'expérience pilote resterait incomplète si elle ne prenait pas en considération les questions d'éthique qui se posent dans le domaine de la psychothérapie estudiantine. Ces questions seront donc mentionnées à propos de la description du dispositif expérimental, avant d'être abordées de manière approfondie dans les conclusions.

## **1.2. ÉTAT DE LA QUESTION**

Au cours du siècle dernier, la pratique médicale a été profondément modifiée par l'acquisition exponentielle du savoir dans le domaine des sciences de base. Cette explosion des nouvelles connaissances et une technicisation de plus en plus complexe ont causé l'émergence d'une médecine de pointe avec le développement de spécialités puis de sous-spécialités dans tous les domaines. La maîtrise de ces connaissances oblige chaque spécialiste à restreindre son activité et son champ de compétences à son seul domaine d'expertise. Dans de telles circonstances, il devient très difficile, voire impossible, d'assurer une prise en charge globale d'un patient.

Tout en devenant une spécialité en soi, la médecine générale est sensée garantir une approche holistique des patients. Mais, de plus en plus, la pratique de la médecine générale est remise en question par la diversification et la complexité des connaissances, des méthodes d'investigation et des techniques thérapeutiques à maîtriser. Par ailleurs, en raison de l'évolution défavorable des coûts de la santé, ces praticiens sont soumis à de fortes pressions qui les obligent à rationaliser les soins. Dans ces conditions, rigueur, précision et rentabilité sont les qualités que l'on exige avant tout des médecins d'aujourd'hui. Ils doivent choisir comment traiter leurs patients en fonction du rapport coût/efficacité de leur pratique. Le développement de l'« *evidence-based medicine* » a eu un impact favorable

pour les soins quantifiables ou mesurables, mais qu'en est-il de ceux qui ne le sont pas ? De plus, les actes médicaux restant mieux rétribués que le temps d'écoute, de parole et de réflexion, le système de santé actuel favorise ainsi l'action et réduit au minimum indispensable les possibilités d'écoute et de dialogue en laissant peu de place pour la réflexion.

Ainsi tant le spécialiste que le généraliste ont peu d'intérêt à investir les aspects relationnels de leur travail au-delà d'une certaine limite. Les rapports des médecins avec leurs patients tendent à être altérés par les contraintes d'un système de santé qui induit, de part et d'autre, le sentiment frustrant d'être incompris et manipulé par les assurances.

Dans la mesure où le rapport traditionnel du médecin praticien avec ses patients dérive vers celui d'un technicien dispensateur de prestations avec des clients consommateurs de soins, il devient de plus en plus difficile de sauvegarder la relation de confiance indispensable à l'instauration d'une authentique alliance thérapeutique entre médecins et malades.

Ce phénomène a d'ailleurs eu pour corollaire l'important essor des médecines parallèles. Pourtant, quatre siècles avant J.-C., Hippocrate témoignait déjà de l'importance de la relation médecin-malade. Bien qu'il ne fasse aucun doute que la nature singulière de cette relation privilégiée va perdurer, on peut légitimement se demander dans quelle mesure sa qualité pourra résister aux facteurs de risque qui tendent à l'altérer.

Dans ce contexte, on observe depuis de nombreuses années un désintérêt croissant pour l'exercice de la médecine et bien plus encore pour celui de la médecine générale qui semble ne plus offrir au praticien que la possibilité d'orienter ses patients vers des confrères spécialisés. La promotion récente de la médecine de famille au rang de branche de formation universitaire souligne cependant la volonté de redorer le blason de cette discipline<sup>25</sup>.

Les étudiants d'aujourd'hui peuvent-ils encore être sensibilisés à la valeur humaine de cette partie de la profession médicale ?

A en juger par les résultats de l'enquête effectuée par Schwabe-Schott, Bonvin, Guex et al (2004)<sup>26</sup>, il semble que « la sélection intra-universitaire même sévère requise sur le plan des sciences fondamentales par la médecine moderne ne se fait pas aux dépens de qualités humaines que devrait posséder tout médecin »<sup>11</sup>.

Cette étude suggère que l'ensemble des étudiants sélectionnés présente un potentiel d'aptitudes pour la psychologie médicale, reste à savoir dans quelle mesure ils s'efforceront de le développer par la suite et quels moyens seront mis en œuvre pour les y aider.

<sup>11</sup> Op. cit., p. 653.

Quoi qu'il en soit, il semble primordial que la sensibilisation des étudiants aux divers aspects de la relation médecin-malade intervienne très tôt dans leur formation par des cours de médecine psycho-sociale et de psychologie médicale.

### **I.2.1. IMPORTANCE DE LA RELATION MÉDECIN-MALADE ET DE L'ART DE COMMUNIQUER**

De nombreux auteurs ont montré qu'à défaut de stratégies pour instaurer un apprentissage susceptible de les initier à l'art de la communication et de la gestion de la relation médecin-malade, les étudiants en médecine présentent des lacunes évidentes dans leurs compétences relationnelles à la fin de leur cursus prégradué, à moins qu'ils aient pris la peine de les développer eux-mêmes. En effet, dans le courant des années 1970, Maguire et Rutter (1976)<sup>27</sup> ont démontré qu'à l'époque, près d'un quart des étudiants ne réussissaient pas à clarifier les principaux problèmes de leurs patients et que leurs anamnèses ne récoltaient qu'un tiers des informations utiles. Quant à eux, Aboulker et al. (1972)<sup>28</sup> ont établi qu'à la même époque 30% des externes des services de chirurgie refusaient de reconnaître l'existence de facteurs affectifs dans la relation médicale et qu'ils étaient opposés au travail relationnel avec des patients hospitalisés. Seuls 15% de ces stagiaires montraient un intérêt pour le domaine de la psychologie médicale. Les auteurs étaient donc convaincus qu'il devenait impératif de sensibiliser les étudiants en médecine aux aspects affectifs et psychosociaux de la maladie afin de les amener à se doter de qualités humaines appropriées au métier de médecin.

Dix ans plus tard, Voineskos et al. (1981)<sup>29</sup> faisaient encore le même bilan. Ils constataient alors que les étudiants étaient submergés par l'acquisition des connaissances, à tel point qu'ils négligeaient l'appréciation globale des souffrances de la personne malade en focalisant leur attention sur les perturbations organiques. Par conséquent, ce n'est qu'après l'obtention de leur diplôme que les nouveaux médecins réalisaient que leurs études auraient pu leur donner l'occasion d'apprendre à gérer les problématiques psychologiques ou psychiatriques de leurs patients. Cette constatation suggère que les jeunes médecins en question avaient probablement de grandes difficultés à faire face aux réactions psychiques de leurs patients et qu'ils éprouvaient un malaise dans de nombreuses situations cliniques lorsqu'il s'agissait d'assumer les aléas de la relation médecin-malade.

Si le médecin praticien doit acquérir des compétences fondées sur les données scientifiques les plus récentes du domaine particulier dans lequel il s'est spécialisé, il doit aussi savoir gérer les interactions constituant la relation qu'il entretient avec ses patients. Pour cela, ce médecin doit pouvoir laisser les patients parler librement de ce qu'ils ressentent et des problèmes qui les inquiètent. Il doit également apprendre à reconnaître les émotions de ses

patients avec perspicacité et à y répondre. Ce faisant, il doit aussi prendre conscience de ses propres émotions et apprendre à les maîtriser de manière adéquate. De telles aptitudes ne se résument pas à savoir être empathique envers ses patients. En effet, comme le rappelle Evans (1993)<sup>30</sup> : « la recherche effectuée dans le domaine de la psychologie sociale et de la technique d'interview ont démontré que l'empathie est une condition nécessaire mais insuffisante pour que le médecin soit capable de développer une bonne alliance ainsi qu'une communication efficace avec son patient »<sup>III</sup>.

Dès lors, il est essentiel que les étudiants apprennent aussi à décoder les signes de la communication non verbale. Ils doivent en outre rechercher à mesurer quel impact leurs sentiments et leur subjectivité peuvent avoir sur leur interprétation des aléas de leur relation avec leurs patients. Ainsi les connaissances, le *savoir-être* et le *savoir-faire* s'associent pour permettre de communiquer de façon appropriée et pour conduire adéquatement la relation médecin-malade. De ce fait, les facteurs de cette association sont essentiels à une bonne pratique médicale et l'enseignement doit les intégrer de manière efficace.

#### **• Quand et comment intervenir auprès des étudiants ?**

Très tôt, divers types d'enseignement furent comparés pour tenter de déterminer quelle est la meilleure manière de sensibiliser l'étudiant en médecine aux principes bio-psycho-sociaux de l'approche holistique du malade. De plus, de nombreuses méthodes furent proposées pour améliorer l'apprentissage des techniques de communication et pour développer l'empathie des étudiants. La plupart des écoles médicales ont ainsi introduit des cours portant sur les différents aspects de la communication interpersonnelle<sup>31</sup>. Ainsi, différents moyens furent expérimentés pour enseigner l'art de la communication : principalement l'observation clinique directe supervisée, l'étude de documents vidéo et le jeu de rôle.

L'interrogatoire de véritables patients étant choisi de préférence pour améliorer l'obtention de l'anamnèse, ces cours sont généralement accompagnés de travaux pratiques, notamment des ateliers où les étudiants ont la possibilité d'interroger des patients puis de discuter de leurs performances avec leurs pairs et des superviseurs<sup>32-35</sup>. De façon générale, la plupart des étudiants préfèrent ce mode d'enseignement à celui de l'observation passive ou le jeu de rôle<sup>34</sup>.

Mais le développement de ces différents types d'enseignement a induit l'utilisation de méthodes et de moyens techniques complexes. Certains auteurs soulignent donc la nécessité de définir clairement les objectifs d'apprentissage<sup>36</sup> et de former les enseignants à ces méthodes et à l'usage de ces moyens techniques<sup>37</sup>.

<sup>III</sup> Traduction du texte anglais. Op. cit., p. 122.

Ainsi, parallèlement à l'acquisition des connaissances théoriques, il est généralement admis que le futur médecin doit apprendre les règles de la communication et se sensibiliser aux phénomènes interpersonnels qui influencent la relation médecin-malade, cela au cours d'exercices cliniques de la pratique médicale.

C'est dans cette perspective que la plupart des écoles de médecine intègrent dans leur programme des cours de psychologie médicale et des ateliers d'exercices pratiques. Le plus souvent, cet enseignement est dispensé par des psychiatres, étant donné que leur spécialisation et leur pratique clinique les a entraînés à l'utilisation de la relation médecin-malade comme outil thérapeutique.

## 1.2.2. APPROCHE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE DU MALADE DANS LE DOMAINE DE LA PSYCHOLOGIE MÉDICALE

Dès le début du siècle dernier, le développement de la psychanalyse a donné du sens aux symptômes de la maladie sur le plan psychique, tout en mettant l'accent sur l'importance des phénomènes psychologiques qui déterminent la relation médecin-malade. Comme le rappelle Dupont (2002)<sup>38</sup>, parmi les psychanalystes, Balint fut le premier à attirer l'attention sur l'importance de la dimension psychothérapeutique de l'activité médicale en général. En effet, selon Haynal (2000)<sup>39</sup>, « l'observation de Ferenczi que "la personnalité du médecin exerce souvent plus d'effet sur le malade que le médicament prescrit" a constitué le point de départ des idées de Balint sur la formation des médecins »<sup>IV</sup>. En 1926, s'inspirant de la pensée de Ferenczi à propos de la psychanalyse au service de l'omnipraticien, Balint avait déjà commencé à communiquer ses conceptions au sujet de l'apport du modèle psychanalytique dans le domaine de la médecine générale en publiant deux articles, l'un en allemand intitulé *Psychanalyse et médecine clinique*, l'autre en hongrois intitulé *A propos des psychothérapies pour le médecin praticien*<sup>17, 18</sup>.

Ultérieurement, Balint va élaborer et développer sa contribution à la psychologie médicale dont il fut un éminent pionnier. Gagnon (1980)<sup>40</sup> met cela en évidence en citant ce que Balint écrivait en 1955<sup>19</sup>, soit: « le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale était le médecin lui-même »<sup>V</sup>.

Balint a donc consacré une partie de son œuvre à un travail de formation et de recherche avec les omnipraticiens, en élargissant la méthode psychanalytique à la compréhension psychologique de la relation qui s'établit entre les médecins somaticiens et les malades traités dans le cadre de la médecine générale<sup>1</sup>. Le procédé qu'il a proposé consiste en une activité de séminaire réunissant régulièrement un groupe d'omnipraticiens animé par un

<sup>IV</sup> Op. cit., p. 62.

<sup>V</sup> Op. cit., p. 33.

psychanalyste ou un psychiatre formé à la psychanalyse. Initialement, les buts étaient « d'étudier les implications psychologiques dans la pratique médicale, de former les médecins en vue de cette étude et de découvrir une méthode de formation »<sup>VI</sup>. Dès lors, sous la direction de psychanalystes, la participation régulière à des groupes de discussion et de partage a permis aux médecins somaticiens de se sensibiliser aux phénomènes de transfert et de contre-transfert, en analysant les aspects intersubjectifs des interactions entre le médecin et le malade sur le plan métapsychologique, au-delà des aspects concrets de la pratique médicale<sup>41</sup>.

Telles qu'elles sont définies dans le cadre de la théorie psychanalytique, les notions de transfert et de contre-transfert ont pris une signification complexe, difficile à formuler en raison de la spécificité que leur confère la cure psychanalytique à proprement parler. En effet, comme le montrent Laplanche et Pontalis (1973)<sup>42</sup>: « s'il y a une difficulté particulière à proposer une définition du transfert, c'est parce que la notion a pris pour de nombreux auteurs une extension très large, allant jusqu'à désigner l'ensemble des phénomènes qui constituent la relation du patient au psychanalyste et que, dans cette mesure, elle véhicule, beaucoup plus que toute notion, l'ensemble des conceptions de chaque analyste sur la cure, son objet, sa dynamique, sa tactique, ses visées etc. »<sup>VII</sup>. Toutefois, ces auteurs admettent que la notion de transfert « n'appartient pas en propre au vocabulaire psychanalytique »<sup>VIII</sup> et qu'on la retrouve dans d'autres contextes. S'agissant généralement de la relation médecin-malade en psychiatrie, Hesnard (1969)<sup>43</sup> propose une conception plus simple du transfert, qu'il considère principalement comme un « report de sentiments que le patient éprouvait jadis à l'égard de ses parents »<sup>IX</sup>. Cela dit, comme le montre Tamet (1997)<sup>44</sup> le terme transfert décrit « un phénomène toujours actif dans les relations entre humains » qui induit dans une certaine mesure et jusqu'à un certain point le fait « d'être pris pour un autre » ce qui « signale d'emblée le déplacement de destinataire, le décalage temporel et les modifications subies lors d'un tel mouvement »<sup>X</sup>.

Par conséquent les notions de transfert et de contre-transfert restent pertinentes dans le cadre de la relation médecin-malade en général. En effet, quelle que soit sa spécialité, au-delà de son identité professionnelle, le praticien est investi par ses patients d'une représentation symbolique qui induit des sentiments, des désirs ou des craintes qui ne correspondent pas à la réalité concrète de son rôle dans le cadre de la consultation, mais qui viennent d'ailleurs, c'est-à-dire de l'inconscient de la personne en traitement. En

<sup>VI</sup> Op. cit., p. 11.

<sup>VII</sup> Op. cit., p. 492.

<sup>VIII</sup> Ibid., p. 492.

<sup>IX</sup> Op. cit., p. 600.

<sup>X</sup> Op. cit., p. 629.

l'occurrence, ces manifestations transférentielles vont provoquer une résonance contre-transférentielle dans l'inconscient du praticien. Bien que réductrice sur le plan métapsychologique, et à condition qu'on ne la comprenne pas de façon trop simpliste, cette conception simplifiée atténue l'aspect mystérieusement psychanalytique des notions de transfert et de contre-transfert en facilitant leur transposition dans le domaine de la psychologie médicale. Notamment s'il s'établit une relation investie sur le plan affectif entre un médecin généraliste et les patients qu'il suit de manière durable, toutes les formes de traitements peuvent donner lieu à des manifestations transférentielles et contre-transférentielles. Ces manifestations se produisent dans le contexte d'un accompagnement psychologique où les phénomènes intersubjectifs s'apparentent à ce qui se produit dans le cadre d'une psychothérapie.

Comme le relève Gagnon (1999)<sup>45</sup>, « le concept du transfert a été emprunté pour expliquer les phénomènes apparentés qui surviennent durant les psychothérapies. De façon analogue, dans la relation médecin-malade, le malade se retrouve en situation d'infériorité, plus ou moins infantilisé ; il revit en régressant les émotions originelles qui ont structuré sa personnalité. Les conflits infantiles sont alors déplacés sur la personne du médecin qui, indépendamment de ses qualités personnelles, joue un rôle parental dans l'économie psychique du patient ». De plus, l'auteur ajoute : « le contre-transfert est l'image en miroir du transfert ; il se définit comme la transposition, par le médecin, de ses propres besoins inconscients dans une relation de pouvoir et de séduction avec le malade. Le médecin est aux prises avec ses propres conflits, ses valeurs et ses émotions : désir, amour, indifférence, colère, etc. Il est important qu'il en prenne conscience et qu'il les replace dans une juste perspective. En acquérant une maturité psychique, il deviendra plus objectif et plus apte à affronter les dérèglements affectifs de ses malades »<sup>XI</sup>.

Dans la seconde moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, la méthode proposée par Balint a eu un retentissement considérable sur la médecine occidentale, en suscitant la création de nombreux *groupes Balint* qui ont largement développé ce mode de formation à la psychologie médicale, en contribuant ainsi à l'humanisation de la médecine<sup>38, 40, 46</sup>. En instaurant des liens entre la psychanalyse et la réalité clinique de la médecine générale, les expériences de groupe Balint et leur élaboration théorique ont contribué à réduire le clivage entre les aspects somatiques et psychiques de la maladie. Ces expériences ont ouvert la voie aux interventions à visée psychothérapeutique du médecin praticien, dans le cadre d'une approche psychosomatique au sens large du terme. C'est-à-dire une approche qui tient compte des différents facteurs psychologiques (prédisposants, déclanchants ou concomitants) susceptibles d'influencer l'apparition et l'évolution de la maladie, de même

<sup>XI</sup> Op. cit., p. 31.

que sa réponse au traitement. Ces interventions à visée psychothérapeutique intègrent non seulement la dimension intersubjective de la relation médecin-malade mais aussi la dimension psychodynamique inhérente aux caractéristiques psychologiques de la personnalité du malade et de son fonctionnement psychique<sup>47, 48</sup>.

Comme Stone (1979)<sup>49</sup> et Grunberg (1980)<sup>50</sup> le suggèrent, sous la forme qui vient d'être évoquée, l'approche psychosomatique a inauguré un *éclectisme pragmatique* qui incite le médecin à considérer le patient dans sa globalité en tenant compte de tous les aspects de sa personnalité et du contexte social dans lequel il vit.

Dès lors, de la fin du 20<sup>ème</sup> siècle jusqu'à l'époque actuelle, tout en conservant une orientation psychodynamique intégrant des concepts psychanalytiques, l'approche psychothérapeutique de l'omnipraticien a évolué en dépassant le paradigme psychosomatique au sens restreint, pour intégrer une compréhension holistique de la personne souffrante qui se réfère de façon élaborée au modèle bio-psycho-social proposé par Engel en 1977<sup>20, 51</sup>.

L'approche psychothérapeutique du malade considéré globalement dans tous les aspects de sa singularité personnelle a une importance fondamentale en médecine générale. Or, comme le constate Gamba (2006)<sup>52</sup> : « Même si la formation médicale prégraduée actuelle accorde un peu plus d'attention à la dimension psychosomatique qu'elle ne l'a fait autrefois, elle est encore très loin d'amener les jeunes nouveaux médecins à concevoir tous leurs actes médicaux dans l'espace psychosomatique intégré »<sup>XII</sup>. Il y a donc de bonnes raisons de développer la formation des étudiants en médecine dans cette perspective.

### **I.2.3. EXPÉRIENCES DE PSYCHOTHÉRAPIES EFFECTUÉES PAR DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE**

A de multiples reprises, en maints endroits, diverses institutions ont tenté des expériences permettant à des étudiants en médecine de suivre des patients en effectuant un accompagnement thérapeutique orienté d'une manière ou d'une autre vers un soutien psychologique correspondant plus ou moins, selon les cas, à une psychothérapie à proprement parler<sup>8, 10, 11, 13, 53, 54-58, 59, 60-67</sup>. Si tous les auteurs s'accordent à dire qu'il est indispensable d'inculquer aux étudiants des notions de médecine psychosociale, de médecine psychosomatique et de psychothérapie, on note une très grande diversité dans les méthodes proposées, car le but de ces expériences diffère dans de nombreux cas.

La plupart des études citées se déroulent dans des services de psychiatrie ambulatoire. Parmi toutes les expériences évoquées, les étudiants ne se sont occupés de patients

<sup>XII</sup> Op. cit., p. 1269.

hospitalisés en psychiatrie que dans deux cas seulement<sup>62, 63</sup>. Miles (1976)<sup>62</sup> a montré que les étudiants stagiaires parviennent à effectuer un soutien psychologique aussi bien que les internes (médecins assistants diplômés) ou les psychiatres formés travaillant dans les services où avaient lieu les stages. Oldham (1983)<sup>63</sup> nous apprend néanmoins que la responsabilité du soutien psychologique de patients hospitalisés souffrant de pathologies relativement graves semble avoir engendré une angoisse très importante chez les stagiaires. Cette dernière constatation relativise l'utilité de telles expériences dans le contexte des stages hospitaliers.

Dans la plupart des cas rapportés, les étudiants ont effectué ce genre d'expérience au cours d'un tournus de formation clinique dans des services psychiatriques. Dans ce contexte, la durée des stages a varié de trois à dix-huit semaines. Dans certains cas, lorsque le but était simplement d'initier l'étudiant aux techniques d'entretiens thérapeutiques et d'améliorer son aptitude à l'interview clinique, la durée des thérapies n'a duré que trois semaines<sup>54</sup>. Toutefois, dans d'autres cas, l'objectif était plus ambitieux puisqu'il s'agissait de donner aux étudiants l'occasion d'être confrontés aux subtilités d'une relation interpersonnelle médecin-patient et de prendre conscience des mouvements psychiques intersubjectifs de transfert et de contre-transfert. Dans ces conditions les étudiants ont rencontré leurs patients durant une dizaine de séances hebdomadaires d'une heure<sup>56, 61, 64, 66</sup>.

Parmi les auteurs de référence, Heine (1962)<sup>11</sup> mentionne qu'il a intégré la psychothérapie par l'étudiant dans une réforme de l'enseignement de la psychologie médicale et de la psychiatrie à la Faculté de médecine de l'Université de Chicago. Dans son ouvrage, il décrit un programme structuré en 4 étapes qui se déroulent sur plusieurs années successives et dont la dernière consiste en une psychothérapie d'orientation psychodynamique d'un patient ambulatoire que les étudiants effectuent en 12 à 16 séances au cours d'une période de 18 semaines<sup>11</sup>.

Dans la grande majorité des études, les étudiants sont obligés de participer à ce type d'enseignement puisqu'il fait partie intégrante des stages de psychiatrie<sup>11, 54-57, 60-67</sup>. Il est cependant intéressant de relever que, dans plusieurs cas, les étudiants choisissent d'effectuer une telle formation en plus du travail prévu par le cursus habituel du stage<sup>8, 10, 13, 58</sup>. Une telle détermination est d'autant plus remarquable que, dans ces cas, il s'agit d'effectuer des psychothérapies qui durent entre 3 et 12 mois, soit plus longtemps que les autres activités de stage.

Sur le plan doctrinal, les méthodes décrites s'inspirent de deux principaux courants théoriques. En se référant au courant cognitivo-comportementaliste, Stern (1975)<sup>64</sup> et Gagnier (1991)<sup>57</sup> ont montré que des étudiants en médecine peuvent se révéler de bon

thérapeutes « behavioristes ». Parmi les autres auteurs, beaucoup insistent plus particulièrement sur la sensibilisation aux aspects psychodynamiques de la relation médecin-malade, sur l'importance de la prise de conscience des mouvements transférentiels s'opérant dans le cadre de ce type de relation et sur la dimension psychosomatique des maladies<sup>8, 10, 11, 13, 56, 65, 67</sup>. En raison des durées de stage relativement courtes, la pratique à visée psychothérapeutique qui peut se réaliser dans ce contexte est forcément limitée. Hormis les pratiques de type cognitif et comportemental, les étudiants effectuaient donc des interventions de crises ou de brèves psychothérapies de soutien dont la supervision était orientée vers une élaboration psychodynamique d'inspiration psychanalytique.

Cependant, en la matière, la référence majeure est l'expérience anglaise qui a débuté en 1958 à l'« University College Hospital » (UCH) de Londres. Dans leurs ouvrages respectifs, Ball (1963)<sup>10</sup> et Wolff (1985)<sup>13</sup> décrivent la mise en œuvre du programme de psychothérapie supervisée dans le « Département de Médecine Psychologique [sic] »<sup>XIII</sup> à l'UCH. L'origine de cette expérience est la suivante : les étudiants en médecine formés à l'UCH avaient l'occasion d'investiguer les nouveaux cas de patients ambulatoires. Dans ces conditions, il arrivait que certains étudiants suivent le même patient durant plusieurs séances pour approfondir la compréhension de certains problèmes qui semblaient particulièrement inquiétants et douloureux pour le patient. Ensuite les étudiants se réunissaient sous la supervision d'un psychiatre expérimenté pour discuter en groupe des cas investigués, poser le diagnostic et déterminer ensemble l'indication du traitement.

Les étudiants relataient ces rencontres au superviseur en exposant ce qu'ils avaient observé et ressenti ; sur la base de leurs constatations, il s'avérait dans certains cas qu'un traitement psychothérapeutique était indiqué. Si le patient acceptait l'indication et se montrait motivé pour faire une psychothérapie, en principe l'étudiant transmettait le cas à un psychothérapeute formé. Toutefois, en raison d'un manque de psychothérapeute disponible, les patients étaient parfois obligés d'attendre plusieurs mois avant de pouvoir commencer leur psychothérapie. Certains étudiants enthousiastes ont donc demandé et obtenu la possibilité de continuer à suivre leur patient dans l'intervalle. En l'occurrence, ils étaient supervisés par un psychiatre après chaque séance. Les superviseurs ont remarqué avec étonnement que ces étudiants en médecine saisissaient très bien les aspects psychodynamiques de l'évolution des patients et qu'ils parvenaient même à utiliser les concepts de transfert et de contre-transfert pour comprendre ce qu'ils percevaient.

Pour un étudiant, ce genre d'expérience constituait l'unique opportunité d'établir une relation intersubjective prolongée avec un patient et de pouvoir observer des changements subtils

<sup>XIII</sup> Traduit ainsi de l'anglais "Department of Psychological Medicine" par Shoenberg (1998)<sup>15</sup> dans une communication personnelle.

qui n'apparaissent que progressivement en cours d'évolution. Étant donné que ces expériences étaient bénéfiques tant pour les patients que pour les étudiants, le Dr Roger Tredgold, chef du département du Département de Médecine Psychologique de l'UCH à l'époque, estima que cette expérience devait être poursuivie sous la forme d'un programme d'enseignement structuré.

Malgré le fait que le travail qu'impliquait la participation à ce programme était pris sur du temps libre, l'intérêt pour cette méthode prit beaucoup d'ampleur. Il devint alors nécessaire de recruter des patients et d'avoir une liste d'attente pour permettre à de nouveaux étudiants de commencer à conduire une psychothérapie. Dès lors, il ne fut plus possible de superviser individuellement chaque étudiant. Le psychiatre responsable du programme a donc rassemblé les étudiants dans une séance hebdomadaire de supervision en groupe.

Il s'avéra qu'un enseignement théorique préalable sur le processus psychothérapeutique et les concepts psychodynamiques d'orientation psychanalytique n'était pas nécessaire et ne rendait pas les étudiants plus à l'aise dans le travail avec leur patient. Par conséquent, l'initiation préalable se limita à la simple condition que les nouveaux étudiants intègrent le groupe de supervision et se préparent en assistant à son fonctionnement et en écoutant les discussions qu'il génère, cela durant plusieurs semaines avant de rencontrer leur patient pour la première fois. Dans ces conditions, les concepts théoriques prenaient sens par le fait qu'ils pouvaient être mis en relation avec le matériel clinique discuté lors des séances de supervision. Le groupe de supervision montra rapidement l'importance de son rôle, en offrant un soutien majeur au succès du programme. En présentant le contenu de leurs séances de psychothérapie individuelle, les étudiants faisaient rapidement des liens entre les différentes situations cliniques auxquelles les divers membres du groupe étaient confrontés. Au fil du temps les plus anciens étaient à même de contribuer à la supervision des plus jeunes.

Présenté en 1976, lors de la 11<sup>ème</sup> conférence européenne sur la recherche psychosomatique, un exposé relatant l'expérience anglaise de l'UCH a fortement intéressé les praticiens de la clinique psychosomatique de Heidelberg qui établirent des liens avec les initiateurs de l'UCH. Lorsque l'équipe d'Heidelberg décida de mettre sur pied un programme identique en 1977, cette décision donna aux anglais l'opportunité de prendre du recul en ré-élaborant l'évaluation de leur programme par comparaison bicentrique. A l'époque où les allemands ont commencé à réaliser leur programme, il y avait quatre groupes de quatre étudiants encadrés par quatre superviseurs à Heidelberg et six groupes supervisés de quatre à cinq étudiants à Londres.

Force est de constater que le succès du programme de psychothérapie par l'étudiant instauré à l'UCH de Londres est important puisque ce programme est toujours en vigueur

actuellement et qu'il a fait des émules en Allemagne. Les causes de ce succès résident probablement en grande partie dans le fait que ce programme présente de nombreux avantages qui le distinguent de tous les autres qui sont mentionnés dans la littérature. En effet, il engage des étudiants volontaires et suffisamment motivés pour octroyer beaucoup de leur temps libre à cette activité. Il offre un cadre très bien structuré permettant aux étudiants de développer leurs capacités de gérer une relation interpersonnelle avec leur patient de façon privilégiée sur une longue période.

Quinze ans plus tard, Shoenberg (1992)<sup>14</sup> a réaffirmé l'intérêt des étudiants en médecine pour ce type d'expérience. Dans leur étude rétrospective, Yakeley et al. (2004)<sup>16</sup> ont montré l'influence que ce programme a eue sur les étudiants qui y ont participé. En effet, entre 1982 et 1992, dans le collectif étudié, 15% des étudiants qui ont participé à ce programme sont finalement devenus psychiatres quand bien même ils ne songeaient pas du tout à acquérir cette spécialité au moment de leurs études. En revanche, dans le groupe contrôle constitué de médecins ayant fréquenté l'UCH sans participer au programme au cours de leurs études, il n'y a que 2% de l'effectif seulement qui a fait le même choix de spécialisation. Par ailleurs, devenus médecins généralistes, bon nombre des ex-participants au programme ont souligné à quel point cette participation a été utile pour s'initier à la compréhension des tenants et aboutissants de la relation médecin-malade et pour apprendre à gérer les problématiques psychologiques ou psychiatriques de leurs patients.

Néanmoins, dans l'ensemble des travaux sur le sujet, il y a peu de références aux impressions personnelles des étudiants. En effet, Garner, Clifford et Hoy sont les seuls à faire une description partielle de leur expérience personnelle<sup>21, 22, 24</sup>. Dans leurs articles respectifs, ils évoquent ce qu'ils ont acquis et ressenti, en insistant sur le fait qu'ils ont été sensibilisés à l'importance de l'inconscient et qu'ils ont appris à communiquer efficacement avec leur patient.

Maître d'enseignement honoraire au département de psychiatrie et des sciences comportementales au « University College » et psychiatre consultant en psychothérapie à l'« University College Hospital » de Londres, Peter Shoenberg est le responsable du programme anglais actuel de psychothérapie par l'étudiant. Entré en relation avec lui, le Professeur Patrice Guex, Chef du Département de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois a estimé utile de tenter une expérience du même genre, dans l'intention d'introduire éventuellement par la suite ce type d'enseignement dans le cursus de la Faculté de Biologie et de Médecine de Lausanne. C'est pour cette raison et dans cette perspective qu'a été réalisée l'expérience pilote précédemment évoquée au terme de l'introduction.

### I.3. MODÈLE EXPÉRIMENTAL

#### I.3.1. CONCEPT DE L'EXPÉRIENCE

Dans le cadre de la pratique de la médecine générale, les problèmes psychologiques inhérents à des maladies organiques ou les troubles psychopathologiques représentent une très large proportion (30%-50%) des troubles traités par le praticien<sup>68, 69</sup>. Malgré d'importantes variations, cette proportion reste importante au cours du temps<sup>9, 70</sup>. Pendant très longtemps, les médecins généralistes ou somaticiens spécialistes ne remettaient presque pas en question la qualité de leurs interventions psychologiques ; ils considéraient qu'ils n'avaient pas besoin de se former à une approche à visée psychothérapeutique. De leur côté, les psychanalystes ou les psychiatres et psychothérapeutes revendiquaient l'apanage du traitement des troubles psychiques ou psychosomatiques du fait qu'ils avaient appris des méthodes psychothérapeutiques durant leur longue formation spécialisée<sup>3</sup>.

Quoi qu'il en soit, selon Jeammet (1996)<sup>2</sup>, n'importe quelle relation médecin-patient se présente comme une situation concrète d'interrelation où peuvent intervenir des facteurs psychodynamiques dans un contexte intersubjectif. Mais, pour que cela devienne opérant, Balint (1957)<sup>1</sup> rappelait que « le médecin doit apprendre à écouter. Ecouter est une technique difficile et subtile qui ne peut se faire que lorsque le patient est à l'aise pour parler librement. La capacité d'écoute est une aptitude qui exige un changement dans la personnalité du médecin »<sup>XIV</sup>. Concurrément aux médicaments prescrits, le fonctionnement de la personnalité du médecin joue ainsi un rôle non négligeable dans le processus thérapeutique car, au-delà de la réponse aux demandes ouvertes, la relation établie avec le patient peut aussi répondre d'une manière ou d'une autre aux attentes inconscientes de ce dernier<sup>3, 19</sup>. Etant donné qu'elle articule le *savoir-être* et le *savoir-faire*, cette façon de pratiquer nécessite non seulement des connaissances théoriques mais également l'acquisition de compétences techniques par un apprentissage pratique<sup>5</sup>.

- ***L'expérience pilote lausannoise a donc pour premier but de situer l'étudiant en position de praticien pour lui apprendre à être attentif à ce que le patient exprime en parlant librement, que ce soit par associations d'idées ou par les modulations affectives correspondantes.***

En prenant soin d'examiner en détail ce qui distingue les différentes formes que peut prendre la relation médecin-malade, Schneider (1976)<sup>3</sup> constate que la « relation scientifique » dans laquelle le patient est considéré comme un « objet physique » d'étude se situe à l'une des extrémités d'un éventail de possibilités. A l'autre extrémité de cet éventail, se situe la

<sup>XIV</sup> Op. cit., p. 131.

« relation interpersonnelle subjective » qui englobe « la relation psychothérapeutique » et la relation psychanalytique » étant donné que cette forme de relation permet d'aborder la sphère affective et fantasmatique du patient, et cela en lien avec l'inconscient.

Sur le continuum qui relie les deux extrémités de l'éventail, à partir de la relation scientifique, l'auteur situe, dans l'ordre : « la relation du service de réparation, la relation du service d'entretien, la relation du consultant, la relation d'expert ». Jusqu'ici le patient reste l'objet relativement passif d'une investigation ou de l'application de techniques visant à restaurer son état de santé altéré par la maladie. Viennent ensuite : « la relation d'aide, la relation pédagogique, la relation suggestive et la relation de soutien » où le patient devient actif dans la mesure où il collabore à une démarche l'incitant respectivement à suivre ce qui lui est « enseigné ou suggéré ou encore à bénéficier du soutien pour progresser ». En fin de liste apparaissent les deux formes de la « relation interpersonnelle subjective » où le patient se situe en tant que sujet du vécu qu'il éprouve en s'exprimant dans le contexte intersubjectif de la rencontre avec le thérapeute<sup>XV</sup>.

La dimension psychologique de la relation médecin-malade subsiste dans n'importe quelle situation médicale mais, comme le suggère l'éventail des métaphores proposées par Schneider, ce qu'il en advient revêt différents aspects en fonction de la demande du patient, du but de l'intervention du praticien ou des circonstances. Dans son activité médicale, le praticien doit donc apprendre à s'adapter et à utiliser le type de relation qui soit la plus appropriée au plan de traitement qu'il a déterminé. Comme l'ont expliqué Balint (1961)<sup>5</sup> puis Schneider (1976)<sup>3</sup>, à partir des divers aspects qu'elle peut avoir dans le contexte banal de la consultation médicale, il existe une possibilité d'orientation de la relation médecin-malade habituelle vers un autre type de relation qu'il convient d'appeler la *relation psychothérapeutique*.

Or, la relation psychothérapeutique à proprement parler ne peut se développer que si le praticien remplit certaines conditions, notamment : la perception et le contrôle de ses propres émotions ; une écoute empathique, neutre et bienveillante des associations librement apparues dans le discours du patient ; la détermination d'un temps de consultation privilégié dévolu à ce genre d'écoute. Lorsque c'est le cas, le médecin généraliste ou spécialiste peut instaurer et maintenir un processus psychothérapeutique efficace dans le contexte intersubjectif de la relation qu'il a avec son patient, pour autant que celle-ci soit suffisamment régulière et investie.

<sup>XV</sup> Op. cit., p. 49.

- **L'expérience pilote lausannoise a donc pour deuxième but d'inciter l'étudiant à dépasser les conditions d'une relation médecin-malade banale pour remplir celles d'une relation psychothérapeutique.**

Laplanche et Pontalis (1973)<sup>42</sup> considèrent qu'au sens large du terme, la psychothérapie correspond à « toute méthode de traitement des désordres psychiques ou corporels utilisant des moyens psychologiques et, d'une manière plus précise, la relation du thérapeute et du malade : l'hypnose, la rééducation psychologique, la persuasion etc. » Par conséquent ces auteurs admettent qu'« en ce sens, la psychanalyse est une forme de psychothérapie ». A ce propos, ils précisent que : « sous le nom de "psychothérapie analytique" on entend une forme de psychothérapie qui s'appuie sur les principes théoriques et techniques de la psychanalyse, sans cependant réaliser les conditions d'une cure psychanalytique rigoureuse »<sup>xvi</sup>.

Lorsqu'ils définissent la psychothérapie de façon générale, Balint (1957)<sup>4</sup> et Schneider (1976, 1995)<sup>3, 70</sup> font principalement allusion à la psychothérapie d'orientation analytique et cela, à peu de chose près, de la même manière. En effet, l'un et l'autre estiment qu'il s'agit d'une méthode de traitement médical qui a pour but de comprendre les conflits intrapsychiques conscients ou inconscients du patient, afin de l'aider à résoudre ces conflits et, par la même occasion, à éliminer les tensions qu'ils génèrent, ou du moins à les réduire autant que possible.

Il va de soi que cet objectif ne peut être atteint qu'en faisant appel à la collaboration du patient dans le cadre d'une relation psychothérapeutique digne de ce nom. Ces auteurs estiment que cette méthode de traitement peut être apprise par n'importe quel médecin. Cependant ils précisent qu'une compétence psychothérapeutique ne peut être acquise que si la formation a lieu dans des conditions particulières. En effet, le praticien doit alors se former dans des conditions où il est directement exposé à une sensibilisation aux variations émotionnelles et aux intuitions inhérentes aux phénomènes transférentiels ou contre-transférentiels apparaissant dans la situation thérapeutique.

A partir de l'expérience effectuée à la « Tavistock clinic » de Londres entre 1950 et 1953, Balint a démontré comment l'exposition à cette sensibilisation peut avoir lieu. Dans le cadre de séances régulières, un groupe de praticiens examine les tenants et aboutissants de la relation médecin-malade, à travers la relation d'un cas problématique que l'un des participants rapporte le plus spontanément possible. Ensuite les autres participants aident le rapporteur à élucider ses difficultés en focalisant l'attention sur sa relation avec le patient en question. Ils le font par associations, questions et interprétations formulées sous les

<sup>xvi</sup> Op. cit., p. 359.

auspices d'un ou deux psychanalystes qui cherchent à montrer, dans l'après-coup de la consultation, ce qui signale les phénomènes de transfert et de contre-transfert<sup>41</sup>.

- **L'expérience pilote lausannoise a donc pour troisième but d'inciter l'étudiant à tenir compte de l'inconscient en le sensibilisant aux phénomènes de transfert et de contre-transfert.**

Si la psychothérapie est l'une des méthodes de traitement dont peut disposer tout médecin, quelle que soit sa spécialité, il semble tout à fait justifié qu'en fin de cursus prégradué, un étudiant en médecine puisse expérimenter ce qu'il advient de la relation médecin-malade lorsqu'il s'agit d'effectuer une psychothérapie à proprement parler.

### I.3.2. CHOIX DU MODÈLE THÉORIQUE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Il existe de très nombreux types de psychothérapies dont les théories et les méthodes furent mises au point au cours du siècle passé. Selon Duruz (1994)<sup>71</sup>, du point de vue méthodologique, quatre modèles principaux entrent en ligne de compte :

- 1) « Le modèle psychanalytique et ses variantes psychodynamiques [...qui] s'intéresse au monde interne des représentations et des affects de l'individu, à leur agencement et fonction dans sa dynamique psychique ».

Du point de vue psychanalytique, la définition de la santé psychique se fonde essentiellement sur « des critères d'évaluation de l'expérience subjective émotionnelle de l'homme. » Dans cette perspective, « Sera considéré comme psychiquement saine toute personne :

- faisant preuve de tolérance à la frustration, ce qui permet de ressentir une douleur psychique et de supporter des *conflits d'ambivalence* ;
- réussissant à intégrer les contraires de sa vie mentale dans des *compromis souples, créatifs*, et non répétitifs ;
- pouvant disposer d'une *vie imaginaire fantasmatique* qui la rend apte à élaborer mentalement ses émotions et à mieux comprendre en conséquence ce qui se passe au niveau de ses comportements ;
- capable de différencier son monde interne du monde externe, sans recourir à des projections abusives sur l'extérieur, ni éprouver des sentiments exagérés d'intrusion. »<sup>xvii</sup>

- 2) « Le modèle cognitivo-comportemental [...qui] opère essentiellement sur les facteurs qui produisent et maintiennent une série de comportements ».

<sup>xvii</sup> Op. cit., pp. 51-52.

Du point de vue cognitivo-comportemental, les critères de la santé psychique « vont davantage se centrer au niveau des comportements observables et des variables médiationnelles mentales, qui sont estimées contrôlables dans le processus d'inférence qui les dégage. » Dans cette perspective, « Sera considéré comme psychiquement saine toute personne :

- présentant des comportements *adaptés* à une demande sociale déterminée ;
- faisant preuve d'*autocontrôle*, c'est-à-dire capable de faire face à diverses situations sans être entièrement contrôlée par les événements extérieurs ;
- agissant avec un sentiment d'*autosatisfaction*, parce que ses comportements répondent à ce dont elle a besoin ».<sup>XVIII</sup>

3) « Le modèle humaniste, [...qui] centre l'attention du clinicien sur l'expérience émotionnelle et corporelle de l'individu, gage de la réalisation de soi. »

De ce point de vue humaniste, « Sera considéré comme psychiquement saine toute personne qui se montre :

- active, *spontanée*, *créatrice*, voire responsable dans l'expression de ses comportements ;
- capable d'*authenticité* ou de congruence, c'est-à-dire, intégrant dans une harmonie intérieure sans contradiction ses différents niveaux d'expérience (senti, pensée et expression) ;
- soutenant son expérience de soi et des autres d'un *vécu émotionnel et corporel* intense ;
- pouvant accéder librement à différents *niveaux de conscience* »<sup>XIX</sup>.

4) « le modèle communicationnel-systémique [...qui] s'intéresse particulièrement au fonctionnement des groupes constitués par la communication interhumaine et analysés selon les propriétés des systèmes. Mais l'individu peut être également conçu comme un système, et il n'est pas pour autant exclu de cette approche ».

Du point de vue communicationnel systémique, « sera considéré comme psychiquement sain tout individu ou groupe social :

- actualisant sa *capacité évolutive* en utilisant bénéfiquement ses crises pour construire de nouvelles normes adaptatives ;

<sup>XVIII</sup> Idid., p. 52.  
<sup>XIX</sup> Idid., pp 52-53.

- pouvant trouver des *alternatives*, par la communication négociée, dans un réseau de complexité qu'il ne réduit pas exagérément ;
- capable de vivre une *individuation intégrée*, c'est-à-dire d'être relié aux autres avec qui il fait système sur un mode ni fusionnel ni éclaté, parce qu'il est au clair sur les relations qu'il établit avec eux et sur celles des autres entre eux »<sup>XX</sup>.

En orientant la description des principaux modèles théoriques vers la définition des critères de santé psychique qui leur correspondent respectivement, Duruz montre ainsi que la psychothérapie a essentiellement pour objectif le rétablissement d'un état de santé, quel que soit son type et le modèle théorique correspondant.

Dans la littérature à disposition au sujet des expériences de psychothérapies effectuées par des étudiants en médecine, les auteurs se réfèrent principalement au modèle psychanalytique ou au modèle cognitivo-comportemental. On constate toutefois une très nette préférence pour le modèle psychanalytique, puisque leurs travaux mentionnent des psychothérapies de soutien plus ou moins brèves d'orientation psychodynamique dans bon nombre de cas<sup>8, 10, 11, 13, 56, 65, 67</sup>.

Dans le champ des diverses formes de psychothérapies pratiquées par des psychiatres et psychothérapeutes ou par des praticiens non-spécialisés, chacun des modèles apporte un bagage théorique de valeur, mais, sur le plan pragmatique, la nature de l'expérience est fort différente<sup>71-73</sup>.

Lorsqu'il aborde la question : « quelle psychothérapie *par* ou *pour* quel médecin ? », Schneider (1995)<sup>70</sup> considère que si le médecin praticien « pénètre sous la croûte des méthodes et des procédures », il « sera bien obligé de se mettre en question et de réfléchir sur lui-même ». L'auteur précise que si ce praticien « choisit une pratique où l'inconscient intervient » et s'il « recourt à l'aide de quelqu'un plus expert que lui, à un formateur », ce praticien s'apercevra que « cette formation est très proche d'une espèce de psychothérapie centrée sur la profession ». En effet l'auteur considère que cette formation « ne peut pas être entièrement dissociée de la globalité de son être » ; ce qui fait que « la personnalité entière du médecin sera influencée »<sup>XXI</sup>. Schneider estime donc qu'il y a des raisons d'espérer que cette influence sera favorable.

Dès lors, dans le but de sensibiliser le futur médecin aux subtilités psychoaffectives de la relation médecin-malade et de le préparer à la gestion des phénomènes intersubjectifs qu'elle produit, ce sont les variantes psychodynamiques du modèle psychanalytique qui s'avèrent les plus appropriées. En effet, en pratique supervisée, ces variantes permettent

<sup>XX</sup> Op. cit., pp. 53.  
<sup>XXI</sup> Op. cit., p. 279.

d'acquérir une connaissance empirique de ce qui correspond cliniquement aux concepts psychodynamiques, cela en observant la manifestation des mécanismes de défense dans l'attitude, le comportement et le discours du patient et en éprouvant ce qui résulte subjectivement des phénomènes de transfert ou de contre-transfert. Bien entendu, dans le cadre particulier de l'initiation des étudiants en médecine à une méthode psychothérapeutique, il serait illusoire d'envisager une formation approfondie à la psychothérapie d'inspiration analytique proprement dite. Dans un tel contexte, c'est la psychothérapie de soutien d'orientation psychodynamique qui paraît la forme la plus appropriée pour mettre l'accent sur les aspects intersubjectifs de la relation médecin-malade.

### I.3.3. THÉRAPIE OU PSYCHOTHÉRAPIE DE SOUTIEN

Plusieurs auteurs s'accordent à dire qu'il existe un continuum, dans le cadre de la relation médecin-patient, entre ce qui relève de la thérapie de soutien banale et ce qui relève de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique<sup>3, 70, 74</sup>. En substance, ils retracent trois stades qui se distinguent en fonction du parcours professionnel du thérapeute, de son expérience et de son degré de spécialisation.

- Au premier stade, celui de la thérapie de soutien banale telle qu'elle a été décrite plus haut, l'activité thérapeutique de soutien nécessite une bonne capacité de communiquer et d'entretenir une attitude empathique. Ce genre de soutien psychologique est relativement spontané et la capacité qu'il nécessite résulte le plus souvent d'une acquisition autodidacte.
- Au deuxième stade, celui de la psychothérapie de soutien psychodynamique, l'instauration d'une alliance thérapeutique particulière est indispensable. A la faveur de cette alliance, le psychothérapeute peut utiliser les principes de l'approche psychodynamique du fonctionnement psychique. En effet, cette approche lui permet de détecter les manifestations de mécanismes de défense et les indices de conflits intrapsychiques dans l'attitude, le discours ou le comportement du patient. Il en résulte une élucidation qui va aider le patient à réduire ses défenses et à résoudre ses difficultés psychologiques. A ce stade, il s'agit d'effectuer des interventions ciblées, appropriées à l'encouragement des fonctions psychiques opérantes dans le sens de cette résolution ; cela en tenant compte des phénomènes de transfert mais sans effectuer des interprétations au sens psychanalytique du terme. Une formation spécifique à ce type d'intervention est nécessaire et peut être acquise par la fréquentation d'un groupe Balint.
- Enfin, au troisième stade, celui de la psychothérapie d'inspiration analytique *stricto sensu*, il s'agit d'utiliser de manière rigoureuse un dérivé de la psychanalyse, ce qui nécessite

une formation de psychothérapeute spécialisée sur le plan clinique et approfondie sur le plan théorique.

Comme Haynal (2006)<sup>75</sup> le rappelle : « la psychothérapie de soutien est la forme la plus fréquente des soins donnés aux personnes souffrant de difficultés de vie, qu'elles soient majeures et pathologiques ou circonstancielles »<sup>XXII</sup>. A ce sujet, se référant à Schneider (1976)<sup>3</sup>, de Perrot (2006)<sup>76</sup> constate que « partant de la relation de soutien médecin-malade fréquente en médecine, [...la] psychothérapie de soutien [est] une forme de traitement intermédiaire entre cette thérapie de soutien et la psychothérapie analytique »<sup>XXIII</sup>.

C'est précisément cette position à l'interface entre la thérapie fondée sur la relation de soutien médecin-malade banale, d'une part, et la psychothérapie d'inspiration psychanalytique *stricto sensu*, d'autre part, qui a déterminé le choix de la psychothérapie de soutien d'orientation psychodynamique pour l'expérience pilote lausannoise de la psychothérapie par l'étudiant. Afin de mettre en évidence les tenants et aboutissants de ce choix, il convient donc de montrer ce qui différencie la thérapie de soutien banale de la psychothérapie de soutien proprement dite.

#### I.3.3.1. La thérapie de soutien banale

S'intégrant d'une manière ou d'une autre dans la pratique médicale en général, la thérapie de soutien banale permet d'étayer le fonctionnement personnel d'un patient. En effet, par des questions ou des suggestions, le praticien incite le patient à prendre du recul et à réfléchir sur ce qui lui arrive. C'est de cette manière qu'il l'aide à traverser une étape difficile, à maîtriser des facteurs de stress ou à surmonter une crise existentielle. Le patient peut alors bénéficier du soutien en reprenant à son compte les incitations du médecin ; ce dernier devient ainsi un modèle d'identification sur lequel le patient peut s'appuyer pour se rassurer et améliorer ses possibilités de surmonter ses difficultés.

Dans ces conditions, le praticien doit principalement se montrer capable d'une écoute empathique, neutre et bienveillante des propos du patient ; le but du traitement et la fréquence des consultations peuvent varier en s'adaptant aux besoins occasionnels du patient ; l'objectif se limite à offrir un support relationnel à un moment donné de l'évolution. Il s'agit d'offrir un appui médical rassurant destiné à restaurer l'autonomie du bénéficiaire. Cela correspond à supporter le patient au premier sens du terme, c'est-à-dire au sens de le prendre en charge, selon une expression qui apparaît couramment dans le langage médical lorsqu'on évoque un accompagnement thérapeutique de ce genre<sup>3</sup>.

<sup>XXII</sup> Op. cit., p. 7.

<sup>XXIII</sup> Op. cit., p. 23.

### **1.3.3.2. La psychothérapie de soutien psychodynamique**

L'instauration d'une psychothérapie digne de ce nom nécessite que le patient et le thérapeute s'entendent pour aller plus loin qu'un simple accompagnement thérapeutique fondé sur la relation de soutien médecin-malade banale, afin d'entrer dans le contexte psychologique d'une *relation interpersonnelle subjective* dont nous avons déjà mentionné l'importance précédemment, en évoquant les caractéristiques fondamentales de la relation psychothérapique.

#### **1.3.3.2.a. Similitudes entre la relation psychothérapique et les relations intersubjectives ordinaires**

Comme Schneider (1976)<sup>3</sup> l'a magistralement démontré dans sa « propédeutique d'une psychothérapie », cette forme de relation médecin-malade a des analogies avec les relations interpersonnelles bien investies affectivement que l'on peut établir « avec quelques proches, qu'ils appartiennent à la cellule familiale ou non ». Ces relations permettent « la communication de perceptions, de sensations, de sentiments, de pensées et d'idées à la fois réelles et phantasmiques, c'est-à-dire appartenant à la réalité psychique consciente ou inconsciente ». En effet, la caractéristique de ces relations privilégiées consiste en « la possibilité d'échanges concernant des faits, des impressions et des sentiments, échanges qui se font sans contrainte et qui permettent d'évoquer [...] des impressions et des événements vécus, passés ou actuels, qui sont aussi bien réels que phantasmiques, conscients qu'inconscients ». Ces échanges portent donc sur « des sujets trop personnels » pour être abordés dans les relations plus banales que l'on peut avoir en général avec autrui dans l'existence parce que ces sujets « se situent à proximité des zones conflictuelles que nous sentons exister en nous ». Quoi qu'il en soit de leur ressemblance avec une relation psychothérapique, les relations interpersonnelles privilégiées avec des proches « n'ont pas d'autres fonctions que de se compléter et de se satisfaire elles-mêmes. Elles exercent les fonctions d'amour, d'amitié, éventuellement de camaraderie, et également de collaboration ». Il s'agit de « relations interhumaines subjectives ordinaires » qui ont pour but de satisfaire des besoins ou des désirs naturels dans la vie, ce qui aboutit concrètement à des attitudes caractéristiques des « relations parents-enfants ou enfants-parents, relation de type conjugal, relation amoureuse, relation amicale etc. [...]. Ces fonctions que l'on peut appeler positives ou optimistes s'opposent à des fonctions destructrices ou pessimistes qui sont en rapport avec la haine et le rejet. La relation humaine est formée d'un amalgame de ces différentes fonctions plus ou moins antagonistes »<sup>xxiv</sup>.

<sup>xxiv</sup> Op. cit., pp. 34-39.

#### **1.3.3.2.b. Différences entre la relation psychothérapique et les relations intersubjectives ordinaires**

Le même auteur continue en affirmant que « si l'on peut établir une analogie entre la relation intersubjective de l'existence ordinaire et la relation psychothérapique, on doit aussi reconnaître que ces deux relations ne peuvent pas être identiques ». En effet, analogie ne veut pas dire homologie, il y a une différence « quant au but et à la fonction [...]. Il en résulte que l'un des acteurs sera toujours un psychothérapeute et l'autre un patient ». Ainsi, après avoir montré leur parenté, Schneider distingue ces deux formes de relation interhumaine en précisant les deux aspects qui les différencient fondamentalement.

Premièrement, il constate que « la relation psychothérapique a pour but le traitement des troubles de la santé par l'abord et le maniement des conflits intrapsychiques d'habitude inconscients. Sa fonction est donc thérapeutique, et le but n'est pas d'établir une relation interhumaine durable dans sa réalité vécue et agie ».

Deuxièmement, il observe que « les relations intersubjectives ordinaires sont [...] homogènes par le fait que les deux personnes qui communiquent de cette façon très intime se tiennent au même niveau, jouent le même rôle et acceptent la transmission réciproque du matériel psychologique conscient et inconscient, réel et phantasmique, matériel qui alimente justement leur relation ». Cette observation l'amène à relever qu'à la différence des autres relations humaines intersubjectives de l'existence, « la relation psychothérapique est hétérogène ». Cela dans la mesure où « il existe une hétérogénéité des situations, des rôles et des fonctions. Si le patient a tout intérêt à communiquer [...] des sentiments et des phantasmes, le thérapeute n'intervient avec sa subjectivité que lorsque cela est nécessaire et dans un cadre bien délimité ». La particularité de la relation psychothérapique est que « les règles auxquelles obéit le psychothérapeute déterminent son action et en sont le moteur. En particulier, le psychothérapeute doit contrôler, si possible sans effort, les interactions mutuelles. Cette tâche essentielle oblige le psychothérapeute à un apprentissage de la relation psychothérapique »<sup>xxv</sup>.

#### **1.3.3.2.c. Au cœur de l'expérience pilote lausannoise : l'apprentissage de la relation psychothérapique**

En effet, conformément au concept expérimental précédemment énoncé, les objectifs essentiels de cette expérience se situent dans deux perspectives complémentaires illustrées par ce que Schneider a si bien mis en évidence.

<sup>xxv</sup> Ibid., pp. 34-39.

Il s'agit, d'une part, de donner à un étudiant en médecine en fin d'études l'occasion de se familiariser avec les phénomènes de transfert et de contre-transfert, cela en fonction des similitudes et des différences qu'il y a entre une relation humaine intersubjective naturelle dans l'existence et une relation psychothérapique dans la situation artificielle de la consultation médicale.

Il s'agit, d'autre part, de lui permettre de percevoir et d'appréhender les conflits intrapsychiques conscients ou inconscients. En effet une conflictualité peut résulter de la propension humaine à satisfaire ses besoins ou à réaliser ses désirs dans ce que Schneider appelle « l'amalgame de différentes fonctions mentales antagonistes »<sup>xxvi</sup> où s'opposent des tendances constructives et créatives du registre affectueux et des tendances destructrices et rejetantes du registre haineux.

Ce qui précède a montré que le choix de la psychothérapie de soutien psychodynamique supervisée selon la méthode proposée par Balint paraît judicieux pour atteindre les objectifs énoncés dans le concept expérimental. En effet, au-delà du stade de la simple thérapie de soutien, dont il s'agit de dépasser la banalité, et en-deçà du stade de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique, qui s'avère trop exigeante sur les plans clinique et théorique, le stade de la psychothérapie de soutien psychodynamique est accessible pour un étudiant en médecine avancé et suffisamment motivé. A plus forte raison que ce stade est compatible avec l'installation face à face qui est celle de la relation médecin- malade habituelle.

### **I.3.4. LA PSYCHOTHÉRAPIE DE SOUTIEN PSYCHODYNAMIQUE ESTUDIANTINE DANS LE CADRE DE L'EXPÉRIENCE PILOTE LAUSANNOISE**

#### **I.3.4.1. Rapport de l'apprentissage étudiantin avec la méthode et la théorie psychanalytique**

Laplanche et Pontalis (1973)<sup>42</sup> définissent la psychanalyse comme « une discipline fondée par Freud et dans laquelle, avec lui, on peut distinguer 3 niveaux ». Le premier niveau est celui d'« une méthode d'investigation consistant essentiellement dans la mise en évidence de la signification inconsciente des paroles, des actions, des productions imaginaires (rêves, fantasmes, délires) d'un sujet. Cette méthode se fonde principalement sur les libres associations du sujet qui sont le garant de la validité de l'interprétation ». Le deuxième niveau est celui d'« une méthode psychothérapique fondée sur cette investigation et spécifiée par l'interprétation contrôlée de la résistance, du transfert, et du désir ». Le troisième niveau est celui d'« un ensemble de théories psychologiques et

<sup>xxvi</sup> Ibid., p. 36.

psychopathologiques où sont systématisées les données apportées par la méthode psychanalytique d'investigation et de traitement »<sup>xxvii</sup>.

Autrement dit, sur le plan méthodologique, la psychanalyse est un ensemble cohérent et structuré où la théorie se nourrit de la pratique clinique acquise dans le cadre de la cure-type. C'est-à-dire que cette pratique dépend d'une mise en condition (einstellung / setting) très spécifique dans une installation particulière (divan pour l'analysant / fauteuil situé hors du champ visuel de l'analysant pour le psychanalyste)<sup>42</sup>. La formation psychanalytique est longue et très exigeante tant sur le plan théorique (connaissance de l'œuvre de Freud et de ses épigones) que sur les plans clinique (pratique de la cure-type) et personnel (analyse didactique et supervision par des psychanalystes didacticiens). Il est donc évident que l'exercice de la méthode psychanalytique est hors de portée d'un étudiant en médecine, si intéressé soit-il. Dès lors, tout en conservant l'intention de s'en inspirer, l'expérience pilote lausannoise de psychothérapie étudiantine s'en éloigne considérablement par la force des choses.

#### **I.3.4.2. Prolégomènes pour l'instauration de la psychothérapie étudiantine de soutien psychodynamique**

Il s'agit de trouver une solution qui soit à la portée des étudiants en médecine. Etant donné que l'objectif de l'expérience consiste à initier des néophytes à une pratique d'inspiration psychodynamique aussi authentique que possible, il faut se référer à des notions théoriques qui leur donnent suffisamment de points de repères pour atteindre ce but.

En d'autres termes il faut énoncer des critères qui balisent un champ d'expérience intermédiaire, entre celui de la simple thérapie de soutien où il faut éviter de s'embourber et celui de la psychothérapie d'inspiration analytique proprement dite où il faut éviter de s'aventurer de manière sauvage.

##### ***I.3.4.2.a. Notions de référence au sujet de la psychothérapie étudiantine de soutien psychodynamique***

En se situant au-delà de la simple thérapie de soutien (*où le but et le rythme du traitement varient en fonction des besoins occasionnels du patient, alors que les propositions du thérapeute incitent le patient à suivre des conseils formulés sous forme de suggestions*), une psychothérapie de soutien psychodynamique se doit de remplir un certain nombre de conditions.

Pour favoriser des entretiens destinés à élaborer une compréhension de type psychologique de ce qui advient dans le cadre de la relation médecin-malade, il faut que le processus

<sup>xxvii</sup> Op. cit., pp. 350-351.

psychothérapique reste rigoureusement centré sur des échanges intersubjectifs. Il est alors important de déterminer le dispositif où va se dérouler le traitement en tenant compte de ces conditions, car ce sont ces dernières qui permettent d'orienter le patient vers l'exploration introspective, la compréhension et la remise en question de son fonctionnement psychique.

Ce dispositif fonctionne selon les règles d'un contrat qui détermine la régularité du traitement en fixant un cadre (*l'agenda, le rythme, la localisation, la durée et les buts du traitement*), ainsi que les modalités relationnelles qui assurent l'alliance thérapeutique nécessaire à l'efficacité du traitement.

Dans un travail portant sur le traitement des patients borderline, Rockland (1992)<sup>77</sup> a formulé les principes de cette forme particulière de psychothérapie. En effet, selon de Perrot (2006)<sup>76</sup>, Rockland « la décrit comme procédant d'une compréhension psychodynamique opérant en face à face, une à deux fois par semaine, visant à renforcer les fonctions du moi<sup>xxviii</sup> ». Sur le plan technique, « il recommande d'évaluer les résistances<sup>xxix</sup> et les défenses<sup>xxx</sup> en terme d'adaptation et de les traiter en conséquence, c'est-à-dire de les encourager ou de les décourager », en fonction respectivement de leur utilité ou de leur nocivité dans le contexte du fonctionnement psychique du patient. De plus il se prononce sur la gestion de la relation thérapeute-patient, notamment en préconisant de « désamorcer rapidement les mouvements de transfert négatifs »<sup>xxxi</sup>.

Weyeneth (2004)<sup>81</sup> a également contribué à l'élaboration conceptuelle de la psychothérapie de soutien, particulièrement en ce qui concerne sa forme psychodynamique. Il attire l'attention sur « le risque de l'éclectisme sauvage ou du syncrétisme » qui la réduirait à « une psychothérapie à large spectre mais limitée dans ses buts, centrée sur l'adaptation à la

<sup>xxviii</sup> Selon Porot et Pascalis (1969)<sup>78</sup> : Les fonctions du moi consistent à "reconnaître les événements psychiques comme personnels" (*autrement dit comme des phénomènes intimes, intériorisés*), à induire une "prise de conscience du monde extérieur" en percevant une "délimitation de la personne et de ce monde extérieur" par "une adaptation du dynamisme vital à la réalité" (*ce qui revient à dire discriminer l'intra- et l'extrapsychique en assurant le contrôle de l'assouvissement des besoins ou désirs pulsionnels par des aménagements en fonction des possibilités que la réalité du monde extérieur peut offrir pour les satisfaire*). Op. cit., p. 388.

<sup>xxix</sup> Selon Pollak Cornillot (2002)<sup>79</sup> : Le concept de résistance « désigne dans l'approche psychodynamique freudienne la force psychique que le patient oppose à l'accès à la conscience de certaines représentations déplaisantes pendant la cure : c'est la force psychique développée pour maintenir le refoulement [...]. Freud [...] a toujours considéré que le travail du patient sur ses propres résistances était essentiel pour le succès de la cure ». Op. cit., p. 64-65.

<sup>xxx</sup> Selon Schmid-Kitsikis (2002)<sup>80</sup> : « Les mécanismes de défense sont des processus psychiques que l'on prête généralement au Moi organisé. Ils ont pour fonction l'organisation et le maintien des conditions psychiques optimales, pouvant aider le Moi du sujet à affronter et à éviter l'angoisse et le malaise psychique [...]. Pour Freud, la notion de défense désigne les tentatives de transformation psychique que développe le moi, lorsque celui-ci affronte des représentations et des affects pénibles, insupportables ou inacceptables [...]; d'une façon générale, les mécanismes de défense névrotiques sont l'exagération ou la déformation des mécanismes de régulation et d'adaptation. ». Op. cit., p. 404-405.

<sup>xxxi</sup> Rockland (1992)<sup>77</sup> in Perrot (2006)<sup>76</sup>. Op. cit., p. 17.

réalité, mêlant un échange verbal conversationnel et une empathie sympathique à des moyens de suggestion, voire de persuasion »<sup>xxxii</sup> ce qui, à l'excès, correspondrait à une dérive pédagogique et directive.

Pour autant que ce risque soit maîtrisé, Weyeneth considère qu'en fonction de sa nature, la pratique de la psychothérapie de soutien est caractérisée par une forme d'éclectisme de bon aloi, dans la mesure où elle diversifie les types d'intervention dans un éventail technique plus large que le registre du modèle psychodynamique d'origine. Selon cet auteur, cette diversification procède d'un pragmatisme intégratif visant à « adapter le traitement au patient, en tenant compte de la complexité de sa problématique »<sup>xxxiii</sup>, mais sans renier pour autant la référence de base à la théorie psychodynamique.

Dans cette perspective, à propos des attitudes et techniques de soutien, Weyeneth (2004)<sup>81</sup> adopte la classification de Gabbard (2000)<sup>82</sup> qui mentionne qu'il y a « dans le cadre psychodynamique, sept interventions différentes qui se trouvent sur un continuum qui va de l'expression (interprétation, confrontation, clarification) au soutien (encouragement à l'élaboration, validation empathique, conseil et éloge, affirmation) »<sup>xxxiv</sup>.

De plus, Weyeneth relève que « les techniques de soutien spécifiques sont en principe celles destinées à des effets de soutien directs ou indirects, visant donc à soutenir, restaurer ou renforcer un des aspects du fonctionnement psychique du patient »<sup>xxxv</sup>. Cela dit, il reste entendu que la qualification des interventions dépend du contexte dans lequel elles interviennent, notamment celles qui nécessitent de s'écarter de la neutralité comme le "conseil et l'éloge" ; c'est-à-dire, selon Gabbard, celles qui « amènent le thérapeute à prendre position, à porter en quelque sorte un jugement, et à adopter une attitude plus ou moins nettement suggestive »<sup>xxxvi</sup>.

#### **1.3.4.2.b. Nature du procédé psychothérapique : interventions recouvrantes versus découvrentes**

En énonçant sa « propédeutique d'une psychothérapie », Schneider (1976)<sup>3</sup> évoque ces deux types d'interventions psychothérapiques de la manière suivante : « P. Sifneos distingue les psychothérapies qui provoquent l'angoisse, et range sous cette rubrique toutes les formes de psychothérapie dynamique, et les psychothérapies qui suppriment l'angoisse, à savoir les psychothérapies de soutien (en anglais "supportative"[sic]). Sous une autre forme plus dynamique et en rapport avec un symptôme difficilement supportable, on retrouve la

<sup>xxxii</sup> Op. cit., p. 74.

<sup>xxxiii</sup> Ibid. p. 74.

<sup>xxxiv</sup> Gabbard (2000)<sup>82, 83</sup> in Weyeneth (2004)<sup>81</sup>. Op. cit., p. 79.

<sup>xxxv</sup> Op. cit., p. 79.

<sup>xxxvi</sup> Gabbard (2000)<sup>82</sup> in Weyeneth (2004)<sup>81</sup>. Op. cit., p. 79.

distinction entre les psychothérapies "recouvrantes" (de soutien) et les psychothérapies "découvrantes" (psychodynamiques) »<sup>xxxvii</sup>.

Ensuite, cet auteur formule à ce sujet un principe qui sera retenu par l'école lausannoise de psychothérapie dont il est l'un des principaux fondateurs : « la psychothérapie de soutien comme nous la concevons ne tend pas à diminuer à tout prix et dans tous les cas l'angoisse, comme elle ne recouvre pas toujours les conflits, surtout les conflits inconscients et intrapsychiques. Il en résulte que nous n'admettons pas que l'on définisse une psychothérapie de soutien comme étant une méthode qui tend régulièrement à supprimer l'angoisse et à recouvrir les conflits. Bien au contraire, certains traitements se font d'une manière beaucoup plus souple en passant par des phases où il est nécessaire de supprimer l'angoisse, même avec l'aide de médicaments anxiolytiques, et [par] d'autres périodes où le thérapeute ne doit pas craindre des mouvements psychodynamiques anxiogènes qui permettent la solution de certains conflits »<sup>xxxviii</sup>.

En citant les travaux d'Alexander et French (1946)<sup>84</sup>, de Perrot (2006)<sup>76</sup> mentionne que ces auteurs fondent toute forme de psychothérapie sur une saine connaissance des principes psychodynamiques et qu'ils différencient, d'une part, « la *psychothérapie supportive*, principalement utilisée dans le but de donner au moi<sup>xxxix</sup> du malade un soutien, sans aucune tentative d'effectuer en ce dernier des modifications permanentes » et, d'autre part « la *psychothérapie de prise de conscience* ou de "mise à découvert", appliquée en premier lieu avec le propos de réaliser une modification permanente du moi, en développant la capacité du malade de prendre conscience de ses difficultés et en accroissant, à travers les expériences émotionnelles de la situation de transfert, l'aptitude de son moi à les maîtriser »<sup>xl</sup>. A ce propos, de Perrot relève qu'Alexander et French « estiment cependant que cette distinction n'a rien d'absolu, ces deux types d'approche se retrouvant dans presque tous les traitements »<sup>xli</sup> ; ce qui va dans le sens du principe précédemment évoqué.

#### 1.3.4.2.c. Prise en considération du transfert

A propos des phénomènes transférentiels et contre-transférentiels, se posant la question de savoir ce qui se passe entre le malade et le médecin, Schneider (1976)<sup>3</sup> y répond en ces

<sup>xxxvii</sup> Op. cit., p. 159.

<sup>xxxviii</sup> Ibid., pp. 159-160.

<sup>xxxix</sup> Selon Daubech (1997)<sup>85</sup> : La notion de moi « désigne aussi bien la personne propre et ses caractéristiques qu'une instance psychique et Freud passe constamment d'un registre à l'autre sans chercher nécessairement à les délimiter ». Op. cit., p. 355.

Roudinesco et Plon, (1997)<sup>46</sup> précisent que pour Freud le moi est d'abord « le siège de la conscience » avant d'être considéré comme une instance psychique en partie inconsciente où se situent les mécanismes de défense et d'adaptation à la réalité. Op. cit., p. 679.

<sup>xl</sup> Alexander et French (1946)<sup>84</sup> in de Perrot (2006)<sup>76</sup>. Op. cit., pp. 15-16.

<sup>xli</sup> Ibid. pp. 15-16.

termes : « Les sentiments existent, puisqu'il s'agit d'une relation psychothérapique au cours de laquelle des affects mutuels sont vécus aussi bien par le malade que par le médecin. Ces sentiments sont aussi bien positifs, d'estime et d'amour, que négatifs, teintés de dérision et même de haine. [...Le patient] adoptera des attitudes qui montreront les modulations affectives et le médecin des contre-attitudes qui permettront aux transactions affectives de se dérouler »<sup>xlii</sup>. Signalant que ces sentiments sont un élément important de la relation psychothérapique, mais considérant que le transfert ne doit pas être interprété en tant que tel au cours d'une psychothérapie de soutien psychodynamique, Schneider a préconisé que le psychothérapeute n'y fasse aucune allusion. Ultérieurement, sans changer fondamentalement pour autant, les conceptions ont tout de même évolué à ce sujet.

En se référant à Rockland (1989)<sup>86</sup> et à Kernberg (1984, 1999)<sup>87, 88</sup> pour élaborer la conceptualisation de l'aspect spécifiquement psychodynamique de la psychothérapie de soutien, Weyeneth (2004)<sup>81</sup> note que « le psychothérapeute de soutien utilise des techniques empruntées à la psychanalyse comme la clarification et la confrontation, mais pas l'interprétation à proprement parler (interprétation des conflits inconscients en particulier tels qu'ils sont exprimés dans le transfert) »<sup>xliii</sup>. Néanmoins, il remarque que « d'autres formes d'interprétation<sup>xliv</sup> sont cependant envisagées, en particulier des interprétations qui renforcent certaines défenses »<sup>xlv</sup>. Il relève également que « l'absence d'interprétation du transfert ne signifie pas que le thérapeute ignore le transfert, ses effets sur la relation et ses développements »<sup>xlvi</sup>.

Ainsi, Weyeneth (2004)<sup>81</sup> en arrive à constater qu'en effectuant une psychothérapie de soutien psychodynamique « le thérapeute utilise le transfert sans l'interpréter », notamment

<sup>xlii</sup> Op. cit., p. 158.

<sup>xliii</sup> Rockland (1989)<sup>86</sup> et Kernberg (1984 et 1999)<sup>87, 88</sup> in Weyeneth (2004)<sup>81</sup>. Op. cit., p. 75.

<sup>xliv</sup> A propos de la notion d'interprétation, Schneider (1976)<sup>3</sup> déclare : « Dans l'élaboration de notre théorie, nous avons cependant abandonné tous les aspects doctrinaires de la psychanalyse, aussi chatoyants et attractifs fussent-elles, dès que nous nous apercevions qu'elles n'appartenaient en fait qu'à la psychanalyse et qu'elles ne pouvaient pas être adoptées par d'autres techniques et étendus à d'autres méthodes. Elles se situaient à ce moment en dehors du champ général de la psychothérapie. C'est ainsi que nous n'avons pas établi de thèse sur l'interprétation qui est au centre même de la psychanalyse freudienne, mais qui ne caractérise que cette doctrine ». Op. cit., p. 44.

En revanche, ici, au stade actuel de l'élaboration conceptuelle de la psychothérapie de soutien psychodynamique, c'est dans au sens large d'une intervention susceptible d'explicitier le contenu préconscient qui apparaît implicitement dans l'écoute attentive du discours associatif du patient, cela par une verbalisation explicative appropriée. Que ce contenu ait un rapport direct ou indirect avec un phénomène transférentiel ou qu'elle n'en ait pas importe peu en l'occurrence. Quoi qu'elle en soit, hors du champ de la psychanalyse *stricto sensu*, ce n'est pas le transfert en tant que tel qui est mis en évidence par une intervention interprétative. Dans le cadre d'une psychothérapie de soutien psychodynamique, l'objectif de l'interprétation est essentiellement de favoriser une prise de conscience susceptible d'aider le patient à progresser dans la compréhension des tenants et aboutissants de sa problématique intrapsychique.

<sup>xlv</sup> Ibid., p. 75.

<sup>xlvi</sup> Ibid., p. 75.

lorsqu'il « ne relève pas les manifestations modérées de transfert positif, mais, par contre désamorçe rapidement les mouvements de transfert négatif » ; lequel « peut être mis en lumière, réduit grâce à l'examen constant de la réalité de la situation thérapeutique, et utilisé pour clarifier les problèmes interpersonnels ». Par conséquent, « il va de soi que l'attention contre-transférentielle est un aspect très important de l'approche lors de la psychothérapie de soutien psychodynamique »<sup>XLVII</sup>.

Toutefois, dans ces conditions, la prise de conscience du contre-transfert n'est plus uniquement destinée à permettre au psychothérapeute de s'abstenir de l'exprimer et de maîtriser ses émotions pour éviter de réagir en faisant allusion au mouvement transférentiel correspondant, comme Schneider le suggérait à l'époque. En effet, il est actuellement admis que, le cas échéant, cette prise de conscience du contre-transfert puisse aussi aider le psychothérapeute à effectuer à bon escient une intervention qui associe la confrontation et la clarification, notamment pour expliciter les manifestations d'un transfert négatif en évitant qu'elles n'occulent la problématique conflictuelle qu'il s'agit de comprendre et de résoudre.

#### **1.3.4.2.d. Prise en considération des conflits intrapsychiques**

De manière générale, considérant qu'en raison des vicissitudes relationnelles qui ont conditionné son développement, « la situation de conflictualité intrapsychique est une donnée anthropologique universelle de l'homme », Schneider (1976)<sup>3</sup> affirme que les malaises psychiques ressentis par les patients « entretiennent des corrélations étroites avec le *conflit intériorisé*, c'est-à-dire qui se déroule à l'intérieur même du psychisme du sujet malade. Pour de multiples raisons, le sujet ne trouve pas de solution à ces conflits qui sont donc *non résolus*. La tâche du médecin consiste à déceler ces conflits intrapersonnels et il ne saurait y avoir de psychothérapie s'ils ne sont pas devenus suffisamment apparents pour le psychothérapeute »<sup>XLVIII</sup>.

De ce point de vue, les relations humaines interpersonnelles intimes sont naturellement de type conflictuel, leur réalisation s'effectue par l'approche, l'élaboration et, dans toute la mesure du possible, la résolution des conflits qui surviennent fréquemment pour une raison ou pour une autre. En sa qualité de relation intersubjective particulière, et en fonction du cadre et des règles qu'elle instaure, la relation psychothérapique donne lieu à une expression artificielle de la conflictualité humaine.

Dès lors, le processus thérapeutique passe par « la solution de ce conflit entre le thérapeute et le malade, qui est le déplacement du conflit intrapsychique qui est ainsi dramatisé et

XLVII Ibid., p. 75.  
XLVIII Op. cit., p. 31.

revéçu, permet en grande partie l'effet thérapeutique »<sup>XLIX</sup>. Ainsi, dans le cadre de la psychothérapie de soutien psychodynamique une grande part de l'activité thérapeutique est consacrée à la détection et à l'élaboration d'un conflit à élucider. Il est donc important « de le déceler, et de le localiser soit dans une situation interpersonnelle, soit à l'intérieur du sujet. Le travail d'approche qui se fait dès l'investigation et qui se poursuit au cours de la psychothérapie délimite des zones conflictuelles »<sup>L</sup>.

A partir de là, il faut choisir la manière la plus appropriée d'aborder la conflictualité en question. Il s'agit soit « de découvrir le conflit à certains moments par des interventions explicatives ou interprétatives », soit « de le recouvrir à d'autres moments selon la stratégie que l'on a adoptée pour renforcer ou assouplir les défenses et pour augmenter la force du Moi »<sup>LI</sup>.

A ce propos, Schneider affirme que « les champs psychothérapiques forment une unité, un continuum où il existe un pôle recouvrant et un pôle découvrant et entre les deux une infinité de formes intermédiaires. L'expérience montre que la psychothérapie de soutien est plus proche du pôle recouvrant, mais sa situation varie selon le cours du traitement et elle se rapproche parfois de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique qui est proche du pôle découvrant »<sup>LII</sup>.

#### **1.3.4.2.e. Prise en considération des mécanismes de défense et modalités d'intervention**

L'approche psychodynamique des phénomènes psychiques fait évidemment appel à la capacité d'introspection (*insight*) qui existe dans une certaine mesure chez chaque individu. Selon Schneider (1976)<sup>3</sup>, l'*insight* ne correspond pas à « une qualité spécifique du psychisme » mais découle des « défenses qui existent pour empêcher l'irruption du matériel inconscient dans le conscient » et dérive des « résistances qui façonnent très différemment chaque être humain et qui lui confèrent en fin de compte son originalité ». Ainsi « ce qui différencie chaque sujet, c'est la mosaïque des mécanismes de défense qu'il établit sans s'en rendre compte pour protéger son estime de soi-même, son narcissisme, pour établir les frontières de sa personnalité (son identité) et pour lui permettre d'entrer en relation avec les autres, sans craindre constamment de les détruire (l'agressivité) ou de les envahir par son amour (le risque de la relation fusionnelle) »<sup>LIII</sup>.

XLIX Ibid., p. 38.  
L Ibid., p. 38.  
LI Ibid., p. 178.  
LII Ibid., p. 178.  
LIII Op. cit., p. 174.

Comme cela vient d'être mentionné dans ce qui précède, la stratégie de la psychothérapie de soutien psychodynamique vise soit le renforcement soit l'assouplissement des défenses, respectivement lorsque l'évolution du traitement demande que l'on se rapproche du pôle recouvrant ou, au contraire, du pôle découvrant du processus psychothérapeutique. Il va de soi que ce genre d'oscillation ne peut pas s'effectuer de manière abrupte et qu'elle doit procéder par une succession de stades intermédiaires, sous l'effet d'interventions appropriées à l'objectif qui reste de restaurer ou de renforcer le fonctionnement psychique du patient.

En élaborant une description des pratiques psychothérapeutiques, Cassanas (2000)<sup>89</sup> évoque l'art de « poser une série de questions aptes à amener le patient à modifier ses opinions ou à percevoir d'autres alternatives ». Ce procédé qui découle de la méthode socratique, a pour but de « faciliter l'élaboration d'une description précise de ce qui a été vécu ; aider le patient à identifier ses pensées (ou celle des autres) en faisant appel aux affects ("qu'est-ce que vous avez ressenti à ce moment ? ") ou aux pensées ("qu'est-ce que vous vous êtes dit ? ") ; d'une façon plus générale, aider le patient à imaginer (ou à jouer dans un jeu de rôle) une situation ou un souvenir, etc. »<sup>LIV</sup>.

Par ailleurs, comme le rappelle Cassanas (2000)<sup>89</sup>, Laplanche et Pontalis (1973)<sup>42</sup> précisent que le sens général du terme *interprétation* concerne « le dégagement [...] du sens latent dans le dire et les conduites d'un sujet ». Cassanas note que « la voie royale par laquelle ce travail se fait est principalement l'association libre. Interpréter, c'est faire des liens. Il s'agit de mettre en relation des éléments d'un récit avec d'autres éléments à la manière de l'historien qui compare et recoupe divers textes pour en dégager de nouvelles significations. Apparaît alors un sens nouveau que le sujet n'avait jamais envisagé et qui lui permet d'avoir une perception différente de situations vécues par le passé, qu'il est en train de vivre ou qu'il imagine qu'il pourrait vivre »<sup>LV</sup>. Cela dit, dans le contexte conceptuel de la psychothérapie de soutien psychodynamique, il est plus judicieux de parler d'*intervention interprétative* afin d'éviter la confusion avec l'interprétation à proprement dite au sens psychanalytique du terme.

---

<sup>LIV</sup> Op. cit., pp. 174-175.  
<sup>LV</sup> Ibid., pp. 174-175.

## CHAPITRE II

### II. RÉALISATION, ORGANISATION, UTILISATION DU DISPOSITIF EXPÉRIMENTAL

#### Thème : procédé méthodologique et réalisation de l'expérience

- Description de la méthode
- Description de la réalisation de l'expérience

## **II.1. DESCRIPTION DE LA MÉTHODE**

En commençant à pratiquer la psychothérapie, l'étudiant en médecine va passer par une première étape durant laquelle il va acquérir une expérience pratique des subtilités de l'écoute empathique ouverte à l'expression des associations libres de son patient.

Parallèlement, il va approfondir ses connaissances et développer progressivement des compétences psychothérapeutiques plus avancées pour détecter, comprendre et expliciter les conflits intrapsychiques qui affectent le fonctionnement personnel de son patient afin de parvenir dans toute la mesure du possible, à l'aider à en prendre conscience et à les résoudre d'une manière ou d'une autre.

Comme la conceptualisation de la psychothérapie de soutien psychodynamique l'a montré, le procédé thérapeutique va osciller entre les interventions de soutien et les interventions interprétatives. Les interventions de soutien visent à favoriser l'introspection du patient en sauvegardant la cohésion de son fonctionnement psychique. Les interventions interprétatives visent à élucider, expliciter et, si possible, résoudre la conflictualité intrapsychique qui apparaît d'une façon ou d'une autre en cours de route. Cela se fera en passant par des épisodes où les interventions s'inspirent du questionnement de type socratique pour favoriser pas à pas la progression du processus psychothérapeutique.

### **II.1.1. CONDITIONS REQUISES PAR L'ORIENTATION PSYCHODYNAMIQUE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE ESTUDIANTINE**

Comme nous l'avons montré précédemment, le concept expérimental a pour but de situer l'étudiant en position de praticien pour lui apprendre à acquérir une attitude d'écoute attentive à ce que le patient exprime en parlant librement. De cette manière, l'apprenti psychothérapeute va être incité à dépasser les conditions d'une relation médecin-malade banale pour remplir celles d'une relation psychothérapeutique. Il y parviendra notamment en apprenant à tenir compte de l'inconscient tout en se sensibilisant aux phénomènes de transfert et de contre-transfert.

Dans cette perspective, un cadre approprié au déroulement du processus psychothérapeutique doit être fixé dès le départ, de manière à ce que l'étudiant psychothérapeute puisse chercher à obtenir une alliance thérapeutique propice à la réalisation opérante de ses interventions.

#### **II.1.1.1. Importance du cadre**

Il est primordial qu'en s'initiant à l'approche psychodynamique du psychisme humain, l'étudiant en médecine se rende compte que la définition et le respect du cadre a une importance primordiale pour l'instauration d'une psychothérapie *stricto sensu*.

A ce sujet, confirmant les propos de Schneider (1976)<sup>3</sup> sur la différence qui existe entre les relations intersubjectives ordinaires de l'existence humaine et la relation psychothérapeutique, de Perrot (2006)<sup>76</sup> explique que le cadre constitue « le dispositif formel et contractuel nécessaire à l'instauration de la relation psychothérapeutique » dont il assure le fonctionnement en déterminant « le statut respectif du psychothérapeute et du patient, ainsi que le mode de relation qui s'établit entre eux »<sup>LVI</sup>

Par conséquent, il est nécessaire qu'en assumant le statut du psychothérapeute, l'étudiant en médecine apprenne qu'un tel traitement ne peut pas commencer dans de bonnes conditions si l'objectif, la durée, la fréquence et le lieu des séances ne sont pas particulièrement bien définis au préalable dans la négociation du contrat thérapeutique. En effet, ce genre de contrat est indispensable à l'ingrédient essentiel de la psychothérapie, c'est-à-dire à la mise en œuvre d'une alliance thérapeutique, tant il est important que le patient ait confiance en son thérapeute et qu'il souhaite effectuer un travail sur lui-même dans le but de modifier certains aspects de sa personnalité ou de son comportement.

#### **II.1.1.2. Importance de l'alliance thérapeutique**

En se fondant sur les résultats de diverses études, Despland (2000)<sup>90</sup> a montré que l'alliance thérapeutique a beaucoup d'importance, non seulement en tant que facteur du fonctionnement de la relation psychothérapeutique, mais aussi comme indice de son efficacité. En effet, les résultats des recherches à ce sujet démontrent que l'évaluation de l'alliance thérapeutique s'avère prédictive du résultat de différentes formes de psychothérapie et même des traitements médicamenteux. A ce propos, observant que les prémices du concept d'alliance thérapeutique se trouvent déjà dans l'évolution théorique de la psychanalyse en Amérique du nord au cours des années 1930, l'auteur signale que cette notion a pris de plus en plus d'importance dans la littérature psychiatrique au cours de ces dernières années.

Selon Boutin (2005)<sup>91</sup>, au-delà des racines qu'on en trouve auparavant dans l'œuvre de Freud et de ses épigones, c'est à la fin des années 1950 que le concept d'*alliance thérapeutique* apparaît en tant que tel dans la littérature psychanalytique ou psychiatrique, avant qu'un autre concept soit formulé au milieu des années 1960 : celui d'*alliance de travail*. Ces deux notions sont apparentées, mais elles se distinguent dans la mesure où l'alliance thérapeutique se fonde principalement sur l'investissement affectif de la relation thérapeute-patient, alors que l'alliance de travail concerne davantage la motivation du patient pour contribuer au traitement et l'aptitude du thérapeute à l'y aider de façon appropriée.

<sup>LVI</sup> Op. cit., pp. 211-212.

En constatant que les idées de collaboration, de mutualité et de négociation se retrouvent dans les diverses conceptions de l'alliance successivement énoncées dans la littérature, Despland (2000)<sup>90</sup> retient l'approche multidimensionnelle proposée par Gaston (1994)<sup>92</sup> en montrant qu'elle introduit quatre facteurs. Mis en rapport avec la conceptualisation de la psychothérapie de soutien psychodynamique, ces facteurs peuvent être mentionnés en les formulant de la manière suivante:

- 1) l'alliance orientée vers le travail psychologique (*en rapport avec l'aptitude du patient à contribuer activement à l'élaboration compréhensive des phénomènes psychiques*) ;
- 2) l'alliance orientée vers le processus thérapeutique intersubjectif (*découlant de l'investissement affectif du patient dans sa relation avec le psychothérapeute*) ;
- 3) l'engagement affectif et compréhensif du psychothérapeute (*inhérent à la capacité intuitive de ressentir et de détecter les éléments implicites ou latents de la narration associative du patient pour déceler leurs aspects symboliques*) ;
- 4) l'instauration et le maintien d'un consensus au sujet du procédé thérapeutique et des objectifs du traitement (*soit l'établissement et l'entretien d'une entente entre le psychothérapeute et le patient au sujet de leurs rôles respectifs et des tâches particulières qui en découlent, pour assurer l'évolution du processus thérapeutique en direction des buts convenus*).

La référence à ces quatre facteurs donne des points de repère utiles pour l'apprentissage de la gestion de la relation psychothérapeutique. En effet cette référence est susceptible d'attirer l'attention des étudiants psychothérapeutes sur le fait qu'il ne suffit pas d'avoir l'intention d'effectuer une psychothérapie et d'en définir le cadre pour que le traitement se réalise dans de bonnes conditions. Comme le montre de Roten (2000)<sup>93</sup>, la nécessaire alliance thérapeutique ne peut advenir que sous l'effet d'une co-construction de tous ses éléments. Cet auteur relève à bon escient que les ingrédients essentiels de ce processus de co-construction sont la « négociation » et la « mutualité »<sup>LVII</sup>.

La négociation permet aux deux protagonistes de s'accorder pour déterminer le sens de leur collaboration thérapeutique, afin de parvenir à partager leurs points de vue respectifs et à établir des liens constructifs entre les représentations, les opinions ou les sentiments qui en découlent, dans la perspective de bâtir ensemble la signification de ce que leurs investigations conjointes les amènent à découvrir.

La mutualité permet à ces acteurs du scénario intersubjectif de s'ajuster l'un à l'autre afin de coordonner leurs contributions respectives au travail psychologique en cours, en agissant de

<sup>LVII</sup> Op. cit., p.244.

concert dans le contexte d'une co-évolution orientée vers la progression du processus psychothérapeutique.

## II.1.2. DESCRIPTION DU DISPOSITIF EXPÉRIMENTAL

Après avoir réuni un groupe de trois étudiants en médecine motivés pour expérimenter la pratique psychothérapeutique, les organisateurs ont adapté la structure du programme de l'« University College Hospital » (UCH) au projet de l'expérience pilote lausannoise, en collaboration avec le Prof. Shoenberg de l'UCH de Londres.

Comme à Londres, le choix de la forme de traitement s'est porté sur la psychothérapie psychodynamique de soutien. Conformément aux impératifs de ce choix, le cadre a été précisément défini quant au lieu, à la durée et à la fréquence des séances. De plus, la supervision a été organisée de manière à ce qu'elle assure la validité de l'activité psychothérapeutique estudiantine.

### II.1.2.1. Cadre : fréquence, durée, lieu des séances et contrat thérapeutique

Selon le procédé décrit dans les ouvrages de référence<sup>10, 94, 95</sup>, il a été déterminé que la fréquence des séances serait hebdomadaire, que leur durée serait de quarante-cinq minutes et que la rencontre avec les patients aurait lieu dans les locaux et sous la responsabilité du service organisateur, soit le Service de psychiatrie de liaison du CHUV.

Hormis la définition du cadre, le contrat thérapeutique stipulait que le traitement allait consister en une psychothérapie destinée à favoriser un travail d'introspection et de compréhension de la problématique psychique des patients.

### II.1.2.2. Choix des patients

En Angleterre, les patients susceptibles d'être intégrés dans le programme de référence sont adressés au département de psychothérapie ambulatoire par d'autres services de soins psychiatriques ou somatiques de l'UCH ou par des généralistes.

A Lausanne, ce sont les médecins généralistes ou internistes de la Policlinique Médicale Universitaire (PMU) qui ont adressé au dispositif expérimental certains de leurs patients qu'ils estimaient susceptibles de bénéficier d'une psychothérapie de soutien psychodynamique pour traiter la problématique psychique inhérente à l'évolution de leurs troubles somatiques.

### II.1.2.3. Indication à la psychothérapie estudiantine

Pour délimiter le champ de l'expérience, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis de la manière suivante : pour être intégrés, les patients devaient donner leur consentement éclairé à la psychothérapie effectuée par des étudiants non encore diplômés, disposer d'une

capacité d'introspection suffisante pour reconnaître la dimension psychique de leurs troubles et accepter d'effectuer un travail psychologique pour chercher comment les apaiser. En revanche, ils ne devaient pas présenter les symptômes d'une dépression avec risque suicidaire, ni ceux d'une psychose ou d'un trouble majeur de la personnalité. De plus, il a été convenu que la durée maximum du traitement expérimental ne dépasserait pas un an.

La compatibilité aux possibilités et limites de la psychothérapie estudiantine des cas adressés au dispositif expérimental a été vérifiée dans le cadre d'un groupe d'indication, en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que de la délimitation du champ expérimental.

#### **II.1.2.4. Consentement éclairé des patients intégrés dans l'expérience**

L'information destinée à l'obtention du consentement éclairé des patients expliquait clairement qu'ils seraient traités dans le cadre du Service de psychiatrie de liaison du CHUV, par des étudiants en médecine avancés pratiquant dans les mêmes conditions qu'un jeune médecin-assistant récemment diplômé et engagé dans les institutions de la psychiatrie publique ambulatoire. C'est-à-dire que l'activité thérapeutique de ces étudiants serait régulièrement supervisée par des psychiatres psychothérapeutes qualifiés et expérimentés pour garantir la qualité du traitement. Dans ces conditions, les séances de psychothérapies ainsi validées seraient facturées à l'assurance maladie, conformément aux modalités asséculo-logiques en vigueur.

Tous les patients qui ont librement accepté d'être traités par des étudiants en médecine ont aussi été informés que la psychothérapie qu'ils allaient suivre se déroulerait dans le contexte d'une expérience pilote qui ne dépasserait pas un an et qu'à son terme, s'ils en ressentaient le besoin, ils auraient la possibilité de poursuivre leur psychothérapie avec un autre psychothérapeute formé dans le même service. D'autre part, ils ont aussi été informés que leur droit de renoncer au traitement en cours de route serait respecté s'ils formulaient le désir irrévocable de ne pas continuer la psychothérapie dans les conditions offertes par le dispositif expérimental.

Il a également été précisé que le résultat de cette expérience pilote ferait l'objet d'un travail de thèse de doctorat en médecine. Les patients qui ont pris part à cette expérience en étaient conscients et ils ont accepté que les données les concernant soient utilisées sous une forme anonymisée.

#### **II.1.2.5. Procédé d'anonymisation**

Tout en évitant des modifications susceptibles de dénaturer la problématique psychologique en cause, l'anonymisation a été réalisée de la manière suivante :

Tout d'abord, les noms et prénoms des patients ont été réduits à des initiales fictives. Les âges, sexes, professions et situations sociales ou familiales ont été suffisamment modifiés pour éviter que l'identité des patients puissent être reconnus.

De plus, tout en restant suffisamment ajustées au fonctionnement psychique en question, les données anamnestiques, de même que les vignettes cliniques, ont été formulées avec des aménagements susceptibles d'en estomper les particularités originales ; cela autant que la nécessité de sauvegarder l'authenticité du processus thérapeutique décrit le permettait.

Par ailleurs, étant donné qu'ils ont mentionné beaucoup d'eux-mêmes dans les notes personnelles qu'ils ont laissées à disposition dans les dossiers cliniques qui documentent cette étude, la description des psychothérapies anonymisera également les psychothérapeutes estudiantins.

#### **II.1.2.6. Supervision**

Comme il est d'usage pour la formation des psychothérapeutes dans le cadre du CHUV, une supervision régulière des séances de psychothérapie a été instaurée. Cette supervision a été réalisée de façon approfondie par deux psychiatres et psychothérapeutes diplômés, expérimentés et reconnus comme tels, tant par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie que la Fédération des Médecins Helvétiques.

En tenant compte des modèles décrits par Heine (1962)<sup>11</sup>, Becker (1985)<sup>94</sup>, Sturgeon (1985)<sup>95</sup> et Schoenberg (1992)<sup>14</sup>, il a été déterminé que les étudiants psychothérapeutes rencontrent leurs superviseurs en groupe, une fois par semaine. Ainsi organisée, la supervision donnait à chaque étudiant la possibilité de rapporter à tour de rôle le contenu de ses séances de psychothérapie et d'en discuter, notamment en ce qui concerne l'évolution de la relation thérapeutique instaurée avec son patient.

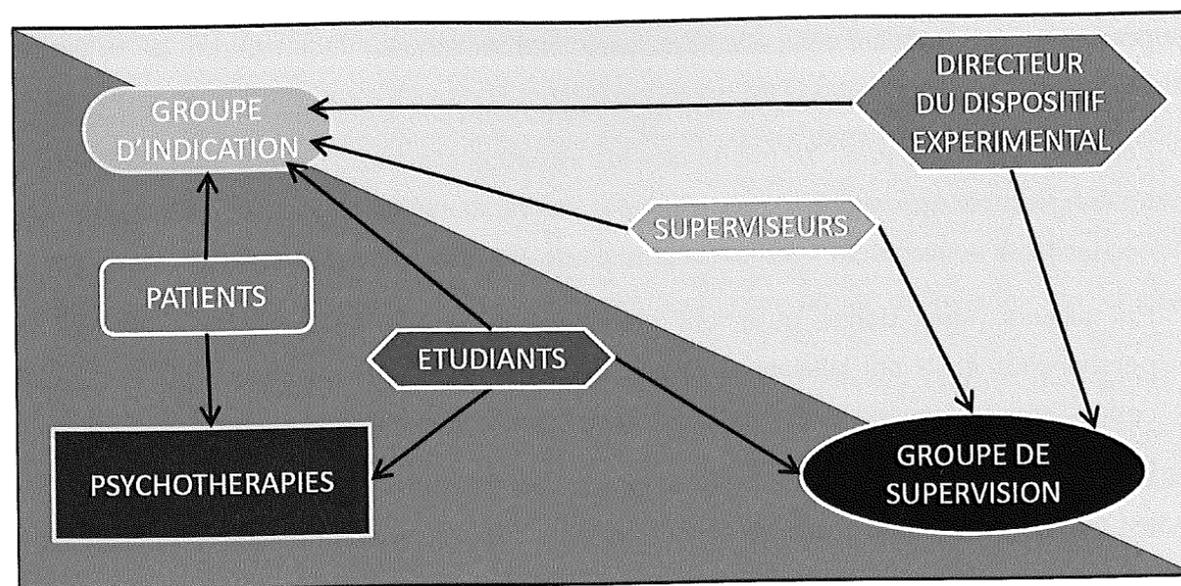
Selon le modèle balintien, en interaction avec le rapporteur, les autres étudiants avaient l'occasion de commenter le travail psychologique relaté. Quant à eux, les superviseurs portaient un regard d'orientation analytique sur l'activité thérapeutique des étudiants et, le cas échéant, trouvaient ainsi la possibilité d'aborder des notions théoriques dans l'éclairage d'un exemple pratique.

#### **II.1.2.7. Préparation du début de l'expérience**

Lorsque la structure du dispositif expérimental a été définitivement établie, le déroulement de l'expérience s'est effectué en trois étapes : la sélection des patients, la confirmation de l'indication au traitement et enfin l'accomplissement des psychothérapies.

L'activité du groupe de supervision a été inaugurée par quelques séances destinées à préparer les étudiants à leur rôle de thérapeute.

### II.1.2.8. Organigramme fonctionnel du dispositif expérimental



### II.1.3. PROBLÈME ÉTHIQUE POSÉ PAR LE DISPOSITIF EXPÉRIMENTAL UTILISÉ

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, au-delà des considérations théoriques ou méthodologiques et de l'examen qualitatif des données sur lesquelles elle se base, notre étude doit aussi prendre en considération les aspects éthiques de la psychothérapie estudiantine.

Cette prise en considération introduit les questions inhérentes au cadre éthique de la recherche, notamment celles qui se posent à propos de la sélection des patients et de l'information qu'ils ont reçue en vue d'obtenir leur consentement éclairé, ainsi que celles qui concernent la couverture assécurologique, le déroulement et la fin du traitement.

Les explications que l'on peut donner à ces sujets sont en relation avec le fait que la recherche en question se situait dans le registre de la recherche-action plutôt que dans celui de la recherche expérimentale.

Nous en tiendrons compte en formulant des considérations sur ce genre de recherche, lorsque nous aborderons toutes les questions susmentionnées sur le plan de l'éthique médicale en général et de l'éthique de la recherche en particulier, plus loin, dans le chapitre des conclusions et perspectives<sup>LVIII</sup>.

<sup>LVIII</sup> Cf. infra ch. VI.2. Questionnement éthique au sujet de l'expérience pilote étudiée.

## II.2. DESCRIPTION DE L'EXPÉRIENCE

### II.2.1. MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF EXPÉRIMENTAL

Quatre patients ont été adressés au groupe d'étudiants psychothérapeutes. Comme prévu, il a fallu contrôler qu'une prise en charge par un étudiant durant une période limitée à un an s'avérait appropriée à leur problématique particulière<sup>10, 14, 15</sup>.

#### II.2.1.1. Sélection des cas

A l'intention des trois étudiants engagés dans l'expérience, les médecins somaticiens de la PMU ont tout d'abord sélectionné trois patients parmi ceux qui les avaient consultés pour des troubles somatiques en montrant qu'une problématique psychique avait une influence relativement importante sur leur symptomatologie. Par la suite, ils ont encore sélectionné un quatrième patient du même genre, à l'intention de l'un des étudiants qui se trouvait dépourvu en raison de l'interruption précoce de la psychothérapie qu'il venait de commencer. Dans tous les cas, les médecins somaticiens sont venus présenter au groupe d'indication les patients qu'ils avaient décidé d'adresser au dispositif expérimental.

#### II.2.1.2. Séances du groupe d'indication

Composé des superviseurs et des psychothérapeutes estudiantins, le groupe d'indication était présidé par le responsable de l'organisation et du fonctionnement du dispositif expérimental, soit le Professeur Guex qui était à l'époque le chef du Service de psychiatrie de liaison du CHUV.

Lors des séances d'indication, l'examen clinique des patients sélectionnés a d'abord permis de contrôler qu'ils ne présentaient pas une pathologie psychiatrique correspondant aux critères d'exclusion. Ensuite, il est apparu dans tous les cas que ces patients avaient un syndrome somatique qui persistait malgré la médication en cours ; cela dans un contexte de malaise existentiel mentalement douloureux. Enfin le résultat d'une brève investigation psychologique a permis d'estimer que leurs ressources et leur capacité d'introspection étaient suffisantes. Le groupe d'indication a donc estimé qu'ils pourraient bénéficier durant une dizaine de mois d'une psychothérapie de soutien psychodynamique effectuée par un étudiant.

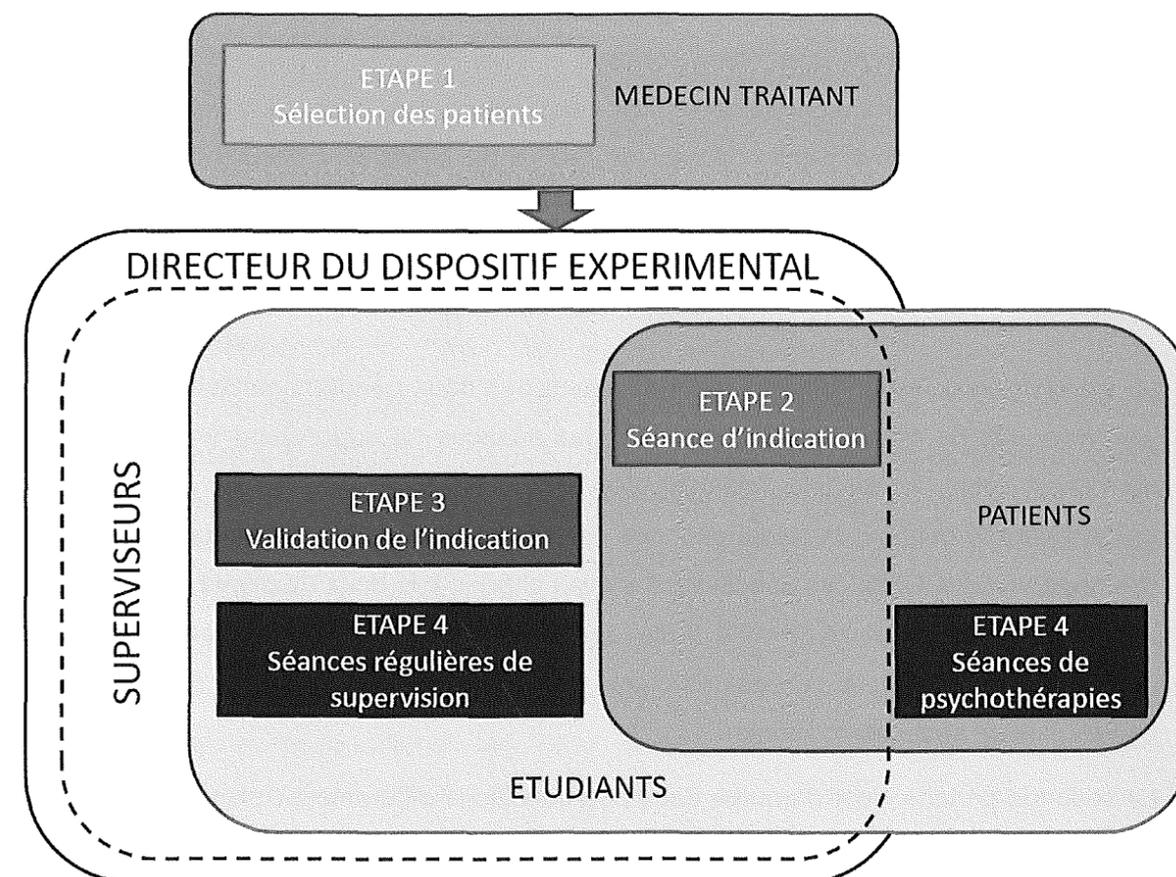
#### II.2.1.3. Préparation du début des traitements

Au terme des séances d'indication qui ont eu lieu en mars 1997, les patients ont été attribués par les superviseurs à l'un ou l'autre des étudiants.

Avant le commencement des psychothérapies qui ont débuté au mois d'avril 1997, les superviseurs ont préparé les étudiants au rôle qu'ils allaient bientôt endosser de la manière suivante :

- Ils leur ont rappelé qu'il fallait conduire les entretiens thérapeutiques sans être trop directif, de façon à obtenir des informations concernant la vie actuelle et passée du patient, à la faveur d'une écoute attentive lui permettant d'associer ses évocations aussi librement que possible. Ils ont précisé que ce genre d'écoute implique une attitude intéressée, où la curiosité évite de brusquer le patient de manière intrusive.
- Par ailleurs, en déterminant que les séances devaient impérativement avoir lieu une fois par semaine à la même heure et au même endroit, ils ont insisté sur la nécessité de veiller au respect du cadre qu'il fallait clairement définir dans l'énoncé du contrat thérapeutique. A ce propos, ils ont prévenu les étudiants qu'au début du traitement, avant que la confiance se soit développée dans la relation thérapeutique, les patients allaient probablement les mettre à l'épreuve, que ce soit en tentant de désorganiser le cadre ou en se montrant provoquant, dénigrant ou rejetant à leur égard.
- Enfin ils ont fermement suggéré aux apprentis psychothérapeutes de ne pas brûler les étapes. Pour cela ils leur ont conseillé de commencer le traitement en se contentant d'écouter le discours narratif du patient, pour parvenir à détecter les éléments de sa problématique et comprendre leur enchaînement en évitant de les analyser de façon intempestive. Dans cette perspective, ont-ils dit, il sera judicieux de se limiter à des interventions de soutien empathique, par un questionnement de type socratique, pour aider le patient à faire face à ses angoisses en l'encourageant à explorer ses difficultés et définir ses problèmes, avant de chercher à les élucider par des interventions explicatives ou interprétatives qu'il vaut mieux réserver pour des étapes ultérieures, lorsque la progression du processus thérapeutique en offrira l'opportunité.

#### II.2.1.4. Modélisation de la mise en œuvre et du fonctionnement du dispositif expérimental



#### II.2.2. RÉALISATION DE L'EXPÉRIENCE

##### II.2.2.1. Déroulement des psychothérapies estudiantines

Deux des trois étudiants ont eu la possibilité de rencontrer régulièrement leur patient lors des séances hebdomadaires qui se sont succédées jusqu'au mois de décembre 1997, date à laquelle il avait été convenu que l'expérience de psychothérapie estudiantine arriverait à son terme.

Le troisième étudiant a été confronté à des difficultés particulières. En effet, sa première patiente a brusquement interrompu la psychothérapie après deux séances. Sans donner d'explication, elle ne s'est pas présentée au rendez-vous suivant. Afin de prendre congé d'elle en lui donnant l'occasion d'exposer les raisons qui l'incitaient à renoncer au traitement prévu, une lettre lui a été envoyée pour lui proposer une nouvelle rencontre. Ce message est resté sans réponse. Par ailleurs, un entretien téléphonique avec le médecin somaticien qui l'avait adressée n'a pas permis non plus d'obtenir des informations au sujet des motifs de rupture.

Suite à cette rupture thérapeutique, un nouveau patient a été sélectionné pour que le troisième étudiant puisse reprendre une participation active à l'expérience pilote. En décembre 1997, le cas de ce patient a été évalué lors d'une ultime séance d'indication. La psychothérapie a débuté la semaine suivante et s'est déroulée régulièrement dans le cadre et selon le contrat thérapeutique défini pour l'expérience, cela jusqu'au milieu du mois de mai 1998. Date à laquelle il a fallu décider de mettre un terme au traitement en raison d'une exacerbation des problèmes de santé physique qui nécessitaient le recours au milieu hospitalier.

### II.2.2.2. Déroulement de la supervision

La supervision a évolué différemment au cours des deux périodes consécutives. Durant la première, soit de mars à décembre 1997, les séances de supervision en groupe se sont déroulées selon le modèle balintien prévu. En effet, chaque semaine, les étudiants présentaient le contenu de leurs séances de psychothérapie et en discutaient sous l'égide des superviseurs. Dans ces conditions il y avait chaque fois deux étudiants qui discutaient la présentation du troisième. Par la force des choses, après la rupture prématurée de sa première psychothérapie, l'un des étudiants a dû se contenter du rôle du discutant puisqu'il n'avait plus de séances à raconter.

La seconde période s'est déroulée dans des conditions différentes. Après la terminaison de leur psychothérapie, deux des trois étudiants ont quitté le dispositif expérimental. Par conséquent, en décembre 1997, le troisième étudiant s'est retrouvé seul au moment de commencer la psychothérapie du patient qu'on lui avait adressé pour remplacer celle qui s'était désistée. Dès lors la supervision est devenue individuelle, en conservant la même fréquence hebdomadaire. Les séances de psychothérapie se sont régulièrement succédées jusqu'au terme du traitement qui coïncida, comme prévu, avec celui du dispositif expérimental, en mai 1998.

### II.2.2.3. Recueil des informations cliniques au sujet des traitements

Les étudiants psychothérapeutes ont constitué des dossiers cliniques contenant :

- les données initiales récoltées lors de la présentation et de la discussion des cas durant les séances d'indication ainsi que les informations au sujet de l'histoire et de la situation socio-familiale et professionnelle des patients ;
- les notes relatant le déroulement et le contenu des séances de psychothérapies successives, c'est-à-dire décrivant l'attitude et les comportements des patients, mentionnant leurs évocations narratives et associatives et signalant les manifestations émotionnelles correspondantes ;

- le relevé de leurs impressions, de leurs réactions et de leurs réflexions en position de psychothérapeute ;
- un compte-rendu de ce qui a été discuté durant les séances de supervision, notamment les hypothèses au sujet de la problématique en voie de compréhension et d'élucidation et les commentaires au sujet de l'évolution de la relation thérapeutique en termes de vécu émotionnel, de sentiments réciproques, d'attitude ou de contre-attitude, et d'indices de phénomènes transférentiels ou contre-transférentiels ;
- un rapport final résumant le déroulement des psychothérapies et l'évolution des patients dans ce contexte.

Après avoir été anonymisé selon le procédé précédemment mentionné<sup>LIX</sup>, le contenu de ces dossiers cliniques a constitué la principale base de données du travail de thèse de doctorat en médecine dont le résultat de cette expérience pilote a fait l'objet.

---

<sup>LIX</sup> Cf. supra : II.1.2.5. Procédé d'anonymisation.

## **CHAPITRE III**

### **III. RÉSULTAT DE L'EXPÉRIENCE : ACTIVITÉ CLINIQUE DES PSYCHOTHÉRAPEUTES ÉTUDIANTINS**

**Thème : Présentation de la réalisation des psychothérapies**

- Procédé de l'examen des données à disposition
- Description rétrospective des psychothérapies effectuées par les étudiants

### III.1. UTILISATION DES DONNÉES À DISPOSITION

La description de l'activité clinique des psychothérapeutes étudiantins se fonde sur les observations cliniques et les considérations subjectives effectuées par les étudiants :

- au cours des séances d'indication (*constatations lors de la présentation et de la discussion des cas*),
- au cours des séances de psychothérapie (*notes concernant l'attitude, les comportements, les déclarations et les manifestations émotionnelles des patients, ainsi que les interventions et le vécu affectif des psychothérapeutes étudiantins*),
- au cours des séances de supervisions (*relevé des impressions, des émotions, des réactions ou des réflexions des étudiants, que ce soit en position de rapporteur ou de discutant, et compte-rendu des commentaires, remarques ou suggestions des superviseurs*).

L'ensemble de ces informations a été tiré des dossiers cliniques manuscrits établis par les psychothérapeutes étudiantins au cours de l'expérience pilote<sup>LX</sup>. Etant donné qu'une telle procédure n'entrait pas dans les objectifs de cette expérience, les documents à disposition n'ont pas été rédigés sous une forme compatible avec l'application d'une méthode d'analyse de contenu qui aurait associé au volet qualitatif, un volet quantitatif ; c'est-à-dire un procédé susceptible de permettre une vérification statistique des déductions, par un calcul de la cooccurrence des items à l'aide d'un logiciel spécifique. Par conséquent, le contenu de ces dossiers a été investigué par une méthode d'examen qualitatif simple.

Les informations brutes ont été informatisées par dactylographie sur un logiciel de traitement de texte. Les énoncés ont été reproduits, en substance, par une reformulation condensée et sélective de rudiments d'information. La discrimination de ces rudiments a été déterminée par une focalisation sur la particularité sémantique de leur contenu élémentaire.

La catégorisation thématique a été effectuée en fonction des principales étapes du processus clinique (*présentation du patient → appréciation du cas → indication du traitement → hypothèses de travail → déroulement de la psychothérapie sous supervision appropriée*).

La démarche catégorielle a donc permis de regrouper les éléments correspondant aux diverses étapes de la démarche clinique étudiée, pour rédiger une présentation des quatre psychothérapies étudiantines, cela sous une forme anonymisée comme il se doit<sup>LXI</sup>.

<sup>LX</sup> Cf. supra : II.2.2.3. Recueil des informations cliniques au sujet des traitements.

<sup>LXI</sup> Cf. supra : II.1.2.5. Procédé d'anonymisation.

### III.2. DESCRIPTION RETROSPECTIVE DE L'ACTIVITÉ CLINIQUE DES PSYCHOTHÉRAPEUTES ESTUDIANTINS

La description des quatre psychothérapies effectuées par les trois étudiants qui ont participé à l'expérience sera prolongée, plus loin, dans le cadre de l'évaluation et de la discussion des résultats, par l'étude du point de vue subjectif des psychothérapeutes étudiantins, tel qu'il ressort du contenu de leur notes<sup>LXII</sup>.

#### **III.2.1. TRAITEMENT DE MONSIEUR H.**

Motif : Anxiété généralisée et syndrome d'épuisement réactionnels à des difficultés professionnelles chez une personnalité névrotique à traits obsessionnels et adandonniques

##### **III.2.1.1. Présentation du patient**

Originaire du canton d'Uri, informaticien de profession, marié et père de famille, Monsieur H. était un homme de 55 ans, qui était traité à la PMU depuis quelques années pour une hypertension artérielle sévère. Cette maladie avait été découverte lors d'un bilan préopératoire pour une cholécystectomie. Lorsqu'il a été adressé à notre dispositif expérimental de psychothérapie étudiantine, il éprouvait de grandes difficultés professionnelles. L'entreprise où il travaillait était alors en voie de restructuration, ce qui menaçait une partie des emplois. Etant donné qu'il avait dépassé la cinquantaine, il craignait d'être licencié. Dans cette pénible situation, il se trouvait sous l'effet d'une très forte pression pour rester performant et montrer à ses supérieurs qu'il était toujours capable de faire ce que l'on attendait de lui. En raison de cette incertitude quant à son avenir professionnel il éprouvait constamment un très grand stress sur son lieu de travail.

Un traitement hypotenseur combinant les effets de plusieurs médicaments n'avait pas permis de juguler l'hypertension artérielle. Par contre le patient subissait les effets secondaires de cette médication qui se manifestaient principalement par une faiblesse généralisée et une impuissance sexuelle. Ces manifestations se sont donc surajoutées à la fatigue professionnelle du patient.

Incompris par ses collègues de travail qui estimaient que son hypertension ne le rendait pas vraiment malade, Monsieur H. ne trouvait pas plus de soutien dans le cadre familial. En effet, craignant de perdre l'estime de son épouse s'il ne parvenait plus à assumer ses

<sup>LXII</sup> Cf. supra : IV.2. Evocation du point de vue personnel des psychothérapeutes étudiantins au sujet de leur activité clinique.

responsabilités de chef de famille et son rôle d'homme dans le couple, il ne parvenait pas à évoquer ses problèmes avec sa femme.

Finalement, le patient était épuisé à tel point qu'il a dû interrompre son activité professionnelle pour des raisons médicales. Par la suite, Il n'a pu reprendre le travail qu'à mi-temps. A cette époque, il consultait fréquemment son médecin traitant en exprimant les angoisses provoquées par les difficultés existentielles auxquelles il était confronté.

Au cours de ses discussions avec Monsieur H., le médecin somaticien constatait que des symptômes dépressifs s'associaient aux signes d'épuisement. Il percevait que le patient désirait pouvoir prendre du recul par rapport à ses difficultés. De plus Monsieur H. cherchait à comprendre les raisons pour lesquelles il était si intensément angoissé. Le somaticien lui a donc proposé d'effectuer une psychothérapie, ce que le patient a accepté.

Lors de la séance d'indication, les étudiants et leurs superviseurs ont rencontré un homme de taille moyenne, légèrement bedonnant, qui avait une tenue décontractée. Son visage rond et sa manière de se tenir assis leur donnaient l'impression d'avoir en face d'eux un gentil « nounours ». S'exprimant avec un léger accent suisse allemand, Monsieur H. parlait très volontiers de lui-même et il se montra assez lucide quant à sa situation personnelle. Il affirmait qu'il avait toujours voulu être compétitif et qu'il aimait les « décharges d'adrénaline » et les « changements de vitesse » parfois imposés par les contraintes professionnelles. Pourtant en évoquant sa situation actuelle, il reconnaissait qu'il devenait de moins en moins capable de supporter ces variations brusques. Il redoutait que la force vienne à lui manquer dans une période où il était censé se montrer résistant. Bien qu'il ait toujours réussi à assumer ses responsabilités familiales et professionnelles, ces dernières lui paraissaient désormais de plus en plus lourdes à supporter, en raison des limites qui lui étaient imposées par son corps maladif. De plus il craignait de ne pas « être à la hauteur » vis-à-vis de ses enfants adolescents et tout particulièrement de son fils. Il aspirait donc à trouver une possibilité de réfléchir et de chercher des pistes pouvant l'aider à trouver une manière de vivre adaptée à ses forces.

Au cours des investigations préliminaires, quelques éléments anamnestiques importants ont été évoqués.

Cadet d'une fratrie de 2 garçons, Monsieur H. a un frère de 10 ans plus âgé. Son père était un agriculteur uranais relativement aisé, au comportement patriarcal. Adeptes d'une sévérité traditionaliste, il n'hésitait pas à battre ses fils à la moindre incartade. Il est décédé accidentellement lorsque le patient était âgé de 16 ans. La mère de Monsieur H. souffrait « elle aussi » d'hypertension artérielle ; elle est décédée d'une « crise cardiaque » à l'âge de 79 ans. Gardant d'elle un souvenir attendri, le patient la décrivait comme une femme

anxieuse, soumise, qui tentait d'atténuer les rigueurs de l'autorité paternelle en se montrant compréhensive.

Après le décès du père, c'est le frère aîné qui a repris l'exploitation du domaine familial. Quant à lui, Monsieur H. a poursuivi des études secondaires au terme desquelles il a réussi les examens de maturité. Ensuite il est venu poursuivre ses études en Suisse romande à la Haute école technique d'Yverdon. Après l'obtention d'un diplôme de technicien en électronique, il s'est spécialisé dans le domaine de l'informatique. Ayant trouvé un emploi dans une entreprise de la région lausannoise, il est resté en Suisse romande où il a épousé une femme de son âge, issue d'une famille immigrée d'origine sicilienne. De cette union sont nés un fils et une fille qui étaient âgés respectivement de 19 et 15 ans au moment où le groupe d'indication a rencontré Monsieur H.

Les membres du groupe d'indication ont constaté que ce dernier s'exprimait librement et intelligemment, en faisant preuve d'une bonne capacité d'introspection qui lui permettait de faire des liens entre l'évolution défavorable de sa maladie hypertensive et des angoisses nourries de sentiments contradictoires dont il souhaitait comprendre les tenants et aboutissants psychologiques. L'indication à une psychothérapie de soutien psychodynamique a été donc confirmée.

### III.2.1.2. Appréciation du cas et hypothèses de travail

Monsieur H. mettait sa maladie en relation avec ses angoisses. Au-delà de ses craintes pour son avenir professionnel, il percevait confusément que son esprit était troublé par des conflits internes, inducteurs de tension psychique.

Le problème principal de ce patient paraissait en rapport avec la performance. En effet, pour lui, il semblait primordial de pouvoir conserver un rôle viril, de rester l'homme fort de la famille. Néanmoins, la découverte de sa maladie hypertensive puis les effets secondaires des traitements hypotenseurs ont profondément ébranlé l'équilibre qui assurait jusqu'alors sa confiance en lui et ses possibilités de se maintenir sur le « haut du podium ».

La crainte de ne plus y arriver a provoqué la surenchère épuisante des efforts professionnels pour faire preuve de compétences, dans un contexte existentiel où il devait aussi affirmer son autorité paternelle face à deux enfants adolescents en assumant le rôle masculin dans le couple parental. Dès lors, que ce soit au travail ou en famille, il avait le pénible sentiment que ses compétences ou ses qualités étaient sous-estimées en raison de ses difficultés. Dans ces conditions, l'angoisse découlait du fait qu'il se trouvait pré-consciemment pris en tenaille entre sa recherche de performances valorisantes, d'une part, et une quête dévalorisante de mansuétude à l'égard de ses difficultés, d'autre part.

A partir de là, lors de la discussion du cas, les superviseurs ont aidé les étudiants à formuler une hypothèse psychodynamique que les notes à disposition permettent de restituer rétrospectivement de la manière suivante :

- Au travail, Monsieur H. était désemparé par la vanité de ses efforts, il était ainsi confronté au risque d'une « impotence » professionnelle.
- En famille, en raison des effets secondaires de ses médicaments, son sentiment de faiblesse l'empêchait de s'imposer comme il l'aurait voulu face à ses enfants adolescents ; de plus il souffrait de difficultés sexuelles sur le plan conjugal. Il était donc confronté au risque d'« impuissance » dans les manifestations de sa virilité.
- Dans ces circonstances, il redoutait confusément de perdre non seulement son emploi mais aussi l'amour de son épouse et de ses enfants qu'il craignait constamment de décevoir.
- Son désarroi semblait donc en rapport avec une oscillation entre deux formes d'angoisse : celle qui découlait du risque d'impotence professionnelle et de virilité impuissante, soit l'angoisse de castration, et celle qui découlait du risque d'être délaissé ou abandonné par des êtres chers, soit l'angoisse d'abandon ou de perte d'objet.
- Depuis que la découverte de sa maladie hypertensive, puis les effets secondaires du traitement, lui ont fait prendre conscience concrètement des risques liés à sa vulnérabilité, Monsieur H. semblait donc perturbé par un conflit intrapsychique inconscient qui le renvoyait symboliquement aux images intériorisées de ses deux parents.
- Etant donné qu'il se trouvait face à une épouse que ses origines siciliennes prédisposaient à un tel modèle masculin, on pouvait en effet supposer qu'un ardent désir d'affirmer sa virilité (*à l'instar d'un père vigoureux performant et autoritaire*) s'opposait à un impérieux besoin d'indulgence déculpabilisante (*en référence nostalgique à une mère accueillante et compréhensive*).

A partir de ces considérations, les superviseurs ont résumé la problématique en question et suggéré la manière de l'aborder au cours de la psychothérapie.

Ils ont expliqué à l'étudiante que pour parvenir à apaiser ses angoisses et à réduire la tension intérieure qui affectait sa santé psychique et physique, le patient paraissait avoir besoin de se libérer des fantasmagories qu'il refoulait au fond de lui-même. Pour des raisons inconscientes, il redoutait de devoir ressembler à son père. C'est-à-dire assumer une attitude patriarcale puissante et violente qu'il rejetait, mais qu'il considérait paradoxalement comme inéluctable s'il voulait affirmer sa virilité pour conserver son rôle de chef de famille et éviter de perdre son emploi.

Par conséquent, la psychothérapie devait s'orienter vers le but d'aider ce patient à élucider autant que possible les contradictions intimes qui découlaient de son conflit intrapsychique. Lequel suscitait probablement de vagues réminiscences inavouables, en lien avec de lointains désirs infantiles profondément refoulés d'être comme son père auprès de sa mère.

### III.2.1.3. Résumé de la psychothérapie

Lorsque la psychothérapie a débuté, Monsieur H. a amorcé la première séance déjà dans la salle d'attente, en comparant ses origines montagnardes uranaises à celles de l'étudiante qui venait le chercher et dont il avait reconnu l'accent valaisan. Une fois installés dans la salle de consultation, l'étudiante a défini le cadre de la psychothérapie en ouvrant la discussion au sujet du contrat thérapeutique. A ce propos, le patient s'est montré très exigeant quant aux améliorations de son état physique et psychique qu'il considérait comme les objectifs du traitement. Tout en affectant de se montrer docile dans cette négociation, Monsieur H. a d'emblée montré sa difficulté à accepter le statut particulier du psychothérapeute. En effet, il n'a pas pu s'empêcher de poser beaucoup de questions personnelles à l'étudiante qui a dû se montrer inflexible en lui rappelant à plusieurs reprises qu'il ne respectait pas la règle qui exclut ce genre de question. Dans la suite de la première séance, le patient a parlé de ses parents. S'il montrait du respect pour sa mère, dont il a mentionné le courage et la ténacité pour affronter les difficultés « en serrant les dents », il a manifesté, en revanche, de l'animosité à l'égard de son père dont il a dénigré l'attitude patriarcale en déclarant qu'il désirait « chasser son image de lui ». En évoquant le personnage de son père, il a fait allusion au « capital confiance » qu'il attribuait au gens de son entourage en déclarant que, dans ce contexte, son père se trouvait au plus bas de l'échelle.

Lors de la deuxième séance, Monsieur H. a insisté sur la démonstration du bien-fondé de sa méthode qui consistait à créditer autrui d'un capital de confiance susceptible de diminuer au gré de ses déceptions. Ce faisant, il a parlé avec beaucoup d'acrimonie des amères désillusions que lui laissaient ses expériences passées de difficultés relationnelles avec ses proches. Tout en s'abstenant de poser directement des questions personnelles à la psychothérapeute estudiantine, il a néanmoins fait de nombreuses allusions au fait qu'il avait repéré son origine valaisanne. A ce propos, il a notamment déclaré que la mentalité montagnarde des vallées alpines constituait un point commun entre eux, allant jusqu'à considérer que ce point commun lui conférait en quelque sorte un lien de parenté avec l'étudiante. Le patient a ainsi mis à l'épreuve sa psychothérapeute, en lui montrant qu'elle devrait mériter sa confiance en acceptant une certaine forme de parenté avec lui. De plus, Il a associé cette revendication de parenté au souvenir que son oncle s'était beaucoup occupé de sa mère après le décès de son père pour essayer de la séduire ; ce qui allait dans le sens

de l'hypothèse psychodynamique suggérée par les superviseurs au sujet de son conflit intrapsychique. Dans ce contexte, l'étudiante est restée dans son rôle en s'abstenant de réagir et en laissant des moments de silence que le patient a apparemment supporté sans trop de difficultés, tout au moins sur le moment.

Par la suite, Monsieur H. a fait de vagues allusions à d'éventuels abus relationnels qu'il aurait endurés dans son enfance, semblant montrer ainsi qu'il redoutait d'avoir à subir de la maltraitance dans le cadre de la psychothérapie. Quoi qu'il en soit, il a verbalisé le sentiment d'être incompris en manifestant son désarroi émotionnel par des pleurs et des plaintes de vertiges ; ce qui signalait son besoin d'être rassuré et materné.

Dès lors, pour tenter d'amadouer sa psychothérapeute, il a exprimé le désir d'aller vanter ses mérites auprès des superviseurs. Constatant que l'étudiante ne se laissait pas subjugué par ses flatteries, le patient a réagi par une remise en question vindicative de son rôle de psychothérapeute et de l'utilité des rencontres avec elle. En effet, il s'est mis à la critiquer en se plaignant que ses questions le renvoyaient à lui-même plutôt que de lui donner la réponse qu'il attendait. En cette circonstance, il a déclaré qu'il considérait l'étudiante comme sa fille ou sa cousine et qu'il attendait d'elle qu'elle le guide par ses conseils. Dans ce contexte, en allant jusqu'à tutoyer la psychothérapeute, il a manifesté ses difficultés de rester à sa place en conservant la distance appropriée dans la relation thérapeutique.

Ultérieurement, Monsieur H. a montré son désir de prendre le contrôle du processus thérapeutique par la maîtrise relationnelle. En effet, il a encore tenté de sortir du cadre thérapeutique et de se libérer des règles du traitement, mais cette fois en revendiquant, en début de séance, une rencontre « informelle » au cours de laquelle les échanges pourraient avoir lieu à sa manière sans que rien ne soit noté.

N'ayant pas obtenu gain de cause, le patient a présenté un fléchissement dépressif teinté d'agressivité. Se déclarant « mauvais acteur », ayant l'impression que « son ressort était cassé », il doutait de l'utilité des entretiens et dénigrait le rôle des superviseurs qui, de toute façon, « n'allaient pas faire baisser sa tension artérielle ». Dans la foulée, en évoquant l'accident mortel de son père, il a verbalisé des idées de mort et signalé qu'il lui arrivait depuis longtemps de penser au suicide.

Ensuite, Monsieur H. s'est ressaisi en parlant de sa vie professionnelle. Il a commencé par se plaindre du stress qu'il subissait au travail et de ses collègues qui lui faisaient comprendre qu'il n'était plus comme avant. Cependant, il a tout de même laissé entendre qu'il se sentait moins fatigué et qu'il était sur le point de reprendre un taux d'activité de 75%.

Durant la neuvième et la dixième séance, le patient a donné l'impression d'aller mieux. Il avait effectivement repris le travail à 75%. Il se montrait plus calme et il s'exprimait avec

davantage de distance. Sans fléchissement dépressif de l'humeur, il mentionnait son impression que ses collègues de travail se détournaient de lui parce qu'il était devenu moins performant et que sa femme restait auprès de lui parce qu'elle était « masochique ». En évoquant sa relation avec son épouse il a signalé qu'elle avait des problèmes de santé ; ce qui l'a amené à aborder des thèmes de préoccupations importants comme la perspective de la mort ou la conscience de la maladie. A ce propos il a parlé de ses soucis pour la santé de son épouse et surtout pour la sienne. Il constatait que sa tension artérielle avait baissé mais il craignait que les médicaments finissent par avoir un effet nocif sur son organisme.

Durant les deux séances suivantes, le patient avait une attitude plus authentique qu'auparavant. Il se laissait aller à parler librement du souci qu'il se faisait pour la santé de son épouse partie quelques jours en Sicile dans sa famille, pour la scolarité de sa fille et l'apprentissage de son fils et surtout pour son avenir professionnel menacé par un risque de licenciement. Dans ce contexte, son discours associatif a abordé le vécu d'abandon enduré après le décès de son père et réactivé par la suite lorsqu'il a eu l'impression d'être délaissé par les médecins somaticiens. Corollairement il a évoqué aussi son besoin de complicité avec son épouse pour parler ouvertement de ses préoccupations avec elle. Il parvenait donc ainsi à évoquer des désirs en lien avec son conflit intrapsychique, mais cela sans chercher des échappatoires destinées à inciter la psychothérapeute à sortir de son rôle ; ce qui était un progrès important par rapport à ce qu'il manifestait antérieurement.

Toutefois, alors que les vacances de la psychothérapeute se rapprochaient, le patient s'est à nouveau montré hostile à son égard. Durant cette période, il était agité et montrait qu'il supportait mal les conséquences de l'amélioration de son état. En effet, il n'appréciait pas que son médecin somaticien considère qu'il devait prochainement reprendre le travail à 100%, en raison du fait que sa tension artérielle s'était stabilisée dans des valeurs satisfaisantes.

Dans ces circonstances, Monsieur H. a recommencé à contester les objectifs du traitement et le bien-fondé du procédé thérapeutique. Il estimait que le résultat obtenu ne lui convenait pas puisqu'il n'aimait pas son travail et qu'il devait continuer à prendre des médicaments. De plus, il trouvait très fastidieux d'être resté le seul à parler de sa vie privée. Il n'admettait pas que les médecins se montrent satisfaits des résultats du traitement, il se sentait incompris et délaissé. Sa rébellion l'a alors incité à se montrer très dévalorisant à l'égard de sa psychothérapeute. En effet il lui a déclaré sans ambages qu'en une seule rencontre lors de la séance d'indication, le Professeur Guex l'avait aidé beaucoup plus qu'elle en quatre mois. Néanmoins, dans la dernière séance avant l'interruption, l'élucidation du problème d'abandon a permis de diminuer légèrement le sentiment de révolte du patient.

Par ailleurs, alors qu'il était en voyage aux USA pendant la première semaine des vacances de sa psychothérapeute, Monsieur H. lui a envoyé une carte postale pour lui dire qu'il n'était pas prêt à reprendre à 100% un travail qu'il n'aimait pas. Ce qui correspondait à la mise en acte de son désir de garder contact à distance, en montrant qu'il voulait conserver la relation thérapeutique avec l'étudiante malgré la rebuffade dénigrante qu'il lui avait infligée avant qu'elle parte en vacances.

Après la période de vacances, au moment de reprendre le traitement, la psychothérapeute a appris que Monsieur H. avait été hospitalisé d'urgence pour un *angor pectoris*. Cependant, des investigations approfondies, notamment une coronarographie, ont finalement révélé qu'il s'agissait d'un trouble fonctionnel. Le patient a donc pu quitter l'hôpital le lendemain de son admission et reprendre son activité professionnelle à 100% quelques jours plus tard. Cette hospitalisation étant survenue le jour où la psychothérapie aurait dû reprendre, c'est donc après une interruption de trois semaines qu'a eu lieu la seizième rencontre. Au cours de cette séance, le patient s'est encore montré très agressif et revendicateur. Tant son attitude que sa manière de parler à la psychothérapeute se sont révélées relativement grossières. N'acceptant pas d'avoir été reconnu apte au travail parce que son traitement hypertenseur s'avérait efficace, après la sortie de l'hôpital il s'est à nouveau montré extrêmement révolté contre son entourage et le monde médical. Il se plaignait amèrement de devoir « beaucoup bosser » en décrivant son activité d'informaticien comme « un travail de concierge ». Il voulait changer d'orientation professionnelle, « travailler dans le social » et cela « peu d'heures par jour et sans stress ».

Au cours des séances suivantes il a persisté dans la démonstration qu'il n'acceptait pas l'idée qu'il pourrait s'améliorer. Il supportait très mal les interventions de la psychothérapeute qui s'efforçait malgré tout de l'aider à comprendre pourquoi il restait si révolté et si angoissé alors qu'il allait manifestement mieux. En effet, sa tension artérielle s'était bien stabilisée sous l'effet d'une médication efficace et il avait pu reprendre le travail à plein temps sans trop de difficultés. Mais le patient s'est obstiné à rouspéter en affirmant que la psychothérapie ne servait à rien, car il avait l'impression que l'on « utilisait son hypertension pour masquer sa dépression », sans tenir compte du fait qu'il signalait avoir eu des idées de suicide occasionnelles depuis la mort de son père. A ce propos Monsieur H. est allé jusqu'à provoquer la psychothérapeute en insinuant que « cela lui ferait une belle jambe s'il claquait dans ses bras ».

Dans ces conditions, la psychothérapeute a tenté de lui montrer que l'indication au traitement persistait puisqu'il fallait l'aider à sortir de son état d'angoisse et de révolte. Cependant, bien qu'il ait reconnu avoir pu parler de sa souffrance, le patient a rétorqué que ses problèmes n'avaient pas été résolus pour autant. Dans ce contexte, il continuait de

réclamer plus de renseignements au sujet de sa psychothérapeute. Il persistait en arguant que sans cela il ne pourrait jamais établir avec elle une relation suffisamment personnelle pour qu'il puisse lui parler en toute confiance. Il voulait qu'elle soit davantage « une amie » qu'une psychothérapeute.

C'est ainsi que durant deux mois et demi, la psychothérapeute a gardé l'impression de tourner en rond. Pendant que les séances se succédaient au fil des semaines, il semblait de plus en plus difficile d'effectuer un travail psychothérapeutique opérant. En effet le patient parlait beaucoup sans évoquer grand-chose à élucider. En fait il passait le temps des rencontres à énoncer des phrases qui n'avaient pour toute signification que la sempiternelle réitération des mêmes récriminations.

Néanmoins, lorsque le terme de l'expérience de psychothérapie estudiantine approchait suffisamment pour que la fin du traitement se pointe à l'horizon, le patient aborda à nouveau des thèmes tels que la perspective de la mort ou les problèmes relationnels avec son entourage, notamment avec sa femme et ses enfants. Au cours de cette dernière période du traitement, le patient s'est mis à tourner autour de ses problèmes d'abandon. Il a fait l'inventaire de ses relations avec des femmes par lesquelles il ne s'était pas senti abandonné, soit sa mère, sa fille, une ex-fiancée qu'il avait lui-même quittée alors qu'elle voulait se marier avec lui. Ensuite en inventoriant aussi les médecins somaticiens qui se sont succédés à la PMU pour traiter son hypertension, il a fait part de son sentiment d'avoir été abandonné par l'un d'eux qui n'aurait « pas fait son boulot » parce qu'il lui donnait l'impression qu'il s'occupait de lui avec désinvolture. Pour terminer à ce sujet, il a encore annoncé de manière provocante qu'il « testait le risque d'être abandonné par son épouse en lui faisant croire qu'il avait des maîtresses ».

Dès lors et jusqu'au terme du traitement, la psychothérapeute et le patient vont préparer la fin de leur rencontres hebdomadaires, parfois en évoquant l'« après » de leur travail psychologique partagé. A ce sujet, la psychothérapeute a participé aux discussions un peu plus activement que dans les étapes précédentes du traitement, ce qui montrait que l'on s'approchait de l'échéance du contrat thérapeutique. Au cours de cette dernière période, le patient a exprimé ce qu'il ressentait avec une ironie parfois provocante.

Près d'un mois avant la fin, Monsieur H. est arrivé à une séance, tout de noir vêtu, pour signaler son deuil en déclarant qu'il avait des appréhensions pour la suite, après le terme de la psychothérapie. Il a déclaré « on est de toute façon seul et il faut avoir les pieds sur terre et la tête dans les étoiles ». Ensuite il a fait allusion à une chanson qui s'intitule « ma compagne, ma solitude ». Lorsque la psychothérapeute lui a suggéré qu'il peut y avoir des « solitudes habitées », le patient a évoqué une fantasmagorie qui mettait en scène

l'étudiante en train de circuler en moto et il lui a conseillé de « faire attention en moto parce qu'il peut y avoir quelque chose de prémonitoire dans ce qu'on imagine ».

Par la suite, Monsieur H. a évoqué le thème de la mort. Tout d'abord, il a parlé de celle d'un homme dont il se sentait proche parce que c'était l'ex-mari de son ex-fiancée, puis il a raconté un rêve dans lequel il tuait une femme sans visage à coup de rame.

Ultérieurement, après s'être rendu compte qu'il avait beaucoup parlé pour ne rien dire afin de masquer le fait qu'il ne savait pas de quoi parler, il a abordé le thème de la spiritualité en disant qu'il avait lu des livres au sujet de la relation avec Dieu. Puis il a parlé de son impression d'être abandonné par Dieu dans la dure réalité existentielle qui est la sienne.

Peu avant le terme du traitement, en parlant de ses relations avec les autres, le patient a refait allusion à la maltraitance qu'il aurait subie durant son enfance, en suggérant que cela aurait pu consister en de simples attouchements dont il n'a pas précisé la nature. Il semblait montrer par-là qu'il persistait à considérer sa psychothérapie comme une forme de maltraitance relationnelle qui l'avait perturbé, notamment parce qu'elle avait effleuré ce qu'il appelait ses vrais problèmes sans parvenir à les formuler.

Enfin, lors de la dernière séance, le patient a déclaré qu'il ne voulait pas continuer la psychothérapie avec quelqu'un d'autre. Puis il a manifesté sa déception que ce traitement finisse, notamment parce qu'il n'était pas parvenu à comprendre ce qu'il aurait fallu faire pour gagner l'amitié de sa psychothérapeute. Ensuite il a donné à l'étudiante un cadeau qu'il estimait représentatif de leur travail psychologique. Il s'agissait d'une photographie d'un élément du plafond de la chapelle Sixtine représentant la création d'Adam dans une scène où ce dernier tend un doigt vers la main de Dieu en parvenant presque à la toucher mais sans y parvenir. Finalement au terme de la séance, il s'en est allé en laissant subrepticement cinq cent francs sur une table.

### III.2.2. TRAITEMENT DE MADAME I.

Motif : Angoisse et sentiment de persécution dans le cadre d'un syndrome de déréalisation, chez une personnalité pré-psychotique affectée d'un probable trouble dissociatif de l'identité non spécifié.

#### III.2.2.1. Présentation de la patiente

Lorsqu'elle est entrée en traitement, Madame I. était une jeune femme de 26 ans, mariée sans enfant, qui poursuivait ses études à l'Université de Lausanne où elle préparait une licence en sociologie. En l'absence de son médecin généraliste traitant habituel, elle s'est présentée au service des urgences de la PMU en souffrant de lombalgies aiguës. Lors des

consultations ultérieures, les investigations n'ont révélé aucune cause somatique de ces douleurs. Par contre, lors des entretiens répétés qu'il a eus avec elle, le médecin somaticien qui la recevait a constaté que cette patiente se plaignait de problèmes psychiques importants. En effet, elle avait constamment l'impression d'être suivie et d'être menacée par une présence invisible. Néanmoins, elle semblait ne pas perdre totalement conscience de l'irréalité du phénomène.

La crainte d'être persécutée par une présence maléfique devenait parfois perturbante au point de l'empêcher de rester seule, en raison d'un impérieux besoin de se sentir protégée par une présence rassurante, que ce soit celle de son mari lorsqu'elle était chez elle ou celle de ses meilleurs camarades d'étude lorsqu'elle se trouvait à l'université. Ce n'était pas la première fois qu'elle vivait de tels troubles anxiogènes. En effet, elle avait déjà suivi un traitement psychiatrique pour cela plusieurs années auparavant, en Argentine.

La prescription de benzodiazépines n'a eu que peu d'effet sur la symptomatologie. Comme son angoisse restait très importante, Madame I. a spontanément réclamé un traitement spécialisé. C'est la raison pour laquelle elle a été adressée au dispositif expérimental de psychothérapie estudiantine, un mois après son recours d'urgence à la PMU. Dans ce contexte, les investigations préliminaires ont apporté des éléments complémentaires au sujet de l'anamnèse de cette patiente.

Issue d'une famille fortunée, Madame I. est née en Argentine, dans un quartier favorisé de Buenos Aires. Ses parents n'ont pas eu d'autre enfant ; ils ont divorcé lorsqu'elle avait trois ans. Par la suite, après s'être remarié avec une compatriote, son père est venu vivre en Suisse romande ; il s'est installé à Nyon où il a fondé une entreprise d'import-export. Eloignée de lui, la patiente a grandi auprès de sa mère, dans l'entourage socialement aisé de ses grands-parents maternels. Dans cet environnement, elle a conservé une relation apparemment fusionnelle avec sa mère. Néanmoins, dès le début de son adolescence elle a entretenu un contact épistolaire régulier avec son père. Lorsqu'elle a eu terminé sa scolarité secondaire à l'âge de dix-neuf ans, ce dernier lui a proposé de venir vivre avec lui et de faire des études universitaires en Suisse, ce qu'elle a accepté. Cependant, si le rapprochement avec son père a été bien vécu au début, il n'a pas tardé à être considérablement perturbé par la jalousie d'une marâtre n'ayant pas eu d'enfant, qui ne supportait pas l'intérêt que son mari portait à sa fille. Confrontée à la quérulence de sa belle-mère, estimant que son père ne lui apportait pas le soutien qu'elle espérait, Madame I. s'est vivement querellée avec lui avant de quitter ce nouveau foyer deux mois seulement après son arrivée. Elle vint alors habiter à Lausanne où elle a commencé ses études de sociologie.

C'est à cette époque que Madame I. a ressenti pour la première fois les troubles psychiques qui lui donnaient le sentiment irréaliste d'être mystérieusement persécutée. Très angoissée par l'impression d'être habitée par une autre personnalité qui la maltraitait, la patiente n'est pas parvenue à terminer sa première année d'étude universitaire. Au terme du premier semestre qu'elle avait tout de même réussi à accomplir à force de ténacité, redoutant de perdre totalement contact avec la réalité, elle est retournée auprès de sa mère à Buenos Aires où elle se s'est faite soigner.

Deux ans plus tard, elle est revenue à Lausanne où elle a repris ses études de sociologie à l'âge de 22 ans. Après quelques mois, elle s'est liée d'amitié avec un étudiant Brésilien qui effectuait une formation d'ingénieur à l'école polytechnique fédérale. Ce compagnon était très attentionné et sa présence rassurante auprès d'elle l'aidait à supporter les angoisses déréalisantes qui se ravivaient occasionnellement. Devenus amoureux ils se sont mis en ménage et ils ont décidé de se marier après un an de vie commune. A l'époque, ils poursuivaient tous deux leurs études.

### III.2.2.2. Appréciation du cas et hypothèses de travail

Lors de la séance du groupe d'indication, Madame I. est apparue comme une jeune femme svelte, élégamment habillée, très soignée de sa personne. Conservant une attitude très réservée avec une mimique peu expressive et une voix monotone, elle ne s'exprimait pas spontanément, mais elle répondait sans réticence aux interlocuteurs. Bien que de langue maternelle espagnole, elle parlait parfaitement bien le français en utilisant un riche vocabulaire. Par contre son discours était relativement décousu et le relâchement associatif du fil de sa pensée affaiblissait la cohérence de son idéation. Néanmoins, lorsqu'elle a décrit ses angoisses et raconté son parcours existentiel, le contenu de ses déclarations était quand même bien compréhensible.

L'anamnèse récente a révélé que les conditions d'existence de Madame I. ont été dérangées par plusieurs événements concomitants durant les mois qui ont précédé la consultation d'urgence à la PMU. Elle se sentait esseulée car son mari, qui préparait des examens, était absorbé par son travail. De plus, le couple avait dû changer de logement, il avait donc fallu faire de multiples démarches pour trouver un nouvel appartement. Enfin, venue à Lausanne durant quelques semaines pour aider sa fille à déménager, la mère de la patiente était rapidement repartie en Argentine.

La coïncidence de ces divers événements dans un court laps de temps avait chamboulé les repères habituels de la patiente et provoqué la réapparition de ses angoisses déréalisantes. En bousculant son quotidien, ce chamboulement avait précarisé outre mesure l'équilibre

relationnel qui assurait habituellement l'équilibre psychique de la patiente, en lui procurant régulièrement le soutien stable et réconfortant d'un entourage structurant.

En expliquant les tenants et aboutissants de sa décompensation psychique, lorsqu'elle parlait d'une « présence invisible » par laquelle elle se sentait « persécutée », Madame I. montrait des symptômes qui pouvaient correspondre à ceux d'une psychose de type schizophrénique. C'est-à-dire une maladie mentale qui aurait constitué une contre-indication à la psychothérapie estudiantine si le diagnostic se confirmait.

Néanmoins, malgré le relâchement associatif qui la caractérisait, son idéation conservait quand de même un minimum de cohérence. De plus, on pouvait constater qu'elle n'avait pas totalement perdu conscience de l'irréalité du phénomène qu'elle décrivait. Nonobstant sa fragilité, cette prise de conscience semblait persistante. Elle se manifestait notamment par la capacité de tenir compte de l'aspect intériorisé du phénomène. Cette capacité apparaissait notamment lorsque la patiente reconnaissait qu'elle se sentait habitée par la sensation d'une présence indétectable visuellement à l'extérieur d'elle-même.

Ainsi, l'observation clinique montrait que le fonctionnement psychique de la patiente restait nettement de type pré-psychotique. Le pronostic d'une évolution vers une décompensation psychotique aiguë ne pouvait pas être exclu. Cependant, c'est donc précisément dans le but de prévenir la réalisation de ce risque que l'indication à la psychothérapie estudiantine a été tout de même posée.

A partir de là, lors de la discussion du cas, les superviseurs ont aidé les étudiants à formuler une hypothèse psychodynamique. A partir des notes à disposition, pour comprendre le fonctionnement psychique de la patiente, on peut reconstruire rétrospectivement cette hypothèse de la manière suivante :

- Madame I. a passé son enfance et son adolescence en vase clos, dans la symbiose feutrée de sa famille maternelle qui vivait loin des tracas populaires, dans le milieu protégé de la bourgeoisie fortunée de Buenos Aires.
- Dans ce contexte, l'éloignement précoce du père a privé la patiente des interférences relationnelles du personnage tiers. C'est-à-dire du personnage suffisamment investi affectivement pour susciter l'évolution qui engage l'enfant dans une relation triangulaire avec ses deux parents.
- Ce fait a vraisemblablement favorisé le prolongement d'une relation de type fusionnel avec la mère, en raison de la défaillance du processus séparateur susceptible d'inciter la patiente à émerger de la fusion relationnelle avec sa mère.

- Madame I. a donc grandi dans le cadre d'une dyade mère-fille où la distance relationnelle était insuffisante, ce qui a perturbé le développement de son identité par la déficience d'un important facteur d'individuation.
- Dans ces conditions, le fonctionnement de sa personnalité n'est pas parvenu à protéger son intimité psychique des intrusions d'autrui par l'instauration d'une frontière suffisamment perceptible entre son monde intérieur et la réalité extérieure.
- Au cours de l'enfance et de l'adolescence, la relation avec le père se limitait à d'épisodiques contacts épistolaires. La patiente n'avait alors de lui qu'une représentation relativement abstraite qui conférait à ce père lointain une existence quasi virtuelle.
- Lorsque Madame I. s'est privée de la proximité de sa mère en acceptant de rejoindre son père en Suisse, sa vie relationnelle a été considérablement chamboulée par l'irruption de d'une belle-mère jalouse qui altérait les retrouvailles.
- Dans cette situation, alors que la déficience du soutien paternel l'exposait sans protection à l'hostilité de cette marâtre, la patiente a été victime d'un manque de distinction entre la réalité et les intuitions subjectives qu'elle suscite.
- Par conséquent, sous l'effet d'un processus de déréalisation qui altérait ses représentations par la confusion du réel et de l'imaginaire, par l'amalgame de ce qui est perceptible et de ce qui reste virtuel, elle a eu alors l'impression angoissante d'être harcelée par une présence invisible qui la persécutait.

Au terme des discussions du groupe d'indication, avec l'aide des superviseurs, les étudiants ont fait l'hypothèse que la conflictualité intrapsychique à élucider opposait une propension à négliger l'altérité par un enchevêtrement du monde intérieur et de la réalité extérieure, d'une part, à une quête de cohérence identitaire et de réalisation existentielle de soi, d'autre part.

Dans ce contexte, sous l'effet du stress induit par des difficultés relationnelles déconcertantes, la résultante de cette ambiguïté fondamentale aboutissait à un processus psychique de dissociation qui rompait la cohérence de la conscience de soi et de la perception de l'environnement. Il en résultait un phénomène de déréalisation induit par un mélange de l'originalité individuelle avec ce qui relève de l'altérité. Un tel mélange conférait un aspect étrange, irréel au monde extérieur, ce qui entraînait Madame J. dans un fonctionnement psychique de type pré-psychotique.

Pour aider cette patiente à prévenir le risque d'une éventuelle décompensation psychotique, les superviseurs ont expliqué à l'étudiante qu'il fallait l'aider à renforcer son contact avec la réalité. Pour cela il était nécessaire de l'inciter à développer sa capacité de distinguer ce qui se réalise objectivement dans le monde extérieur, d'une part, de ce qui évolue

subjectivement dans son intimité psychique en raison des aléas fantasmagoriques de sa vie intérieure, d'autre part. Par conséquent, la psychothérapie devait principalement s'orienter vers le soutien des fonctions psychiques qui déterminent le contrôle rationnel des mentalisations.

### III.2.2.3. Résumé de la psychothérapie

Au début de la première séance, lors de l'instauration du contrat thérapeutique, la patiente a accepté de respecter le cadre et les règles qui devaient déterminer l'évolution du traitement. Dans ce contexte, en contribuant à la formulation de l'objectif du travail psychologique à effectuer, elle a expliqué clairement ce qu'elle attendait de cette psychothérapie. La psychothérapeute et la patiente sont donc parvenues à un consensus. Le but du traitement était de comprendre la nature et l'origine des peurs en élucidant leur aspect irrationnel, afin de trouver les moyens d'apaiser les angoisses de déréalisation qui en découlent.

Madame I. a signalé l'origine de ses peurs irrationnelles qui remonte à son enfance. Lorsqu'elle était petite, pour la divertir, on lui lisait des contes mettant en scène des sorcières et des lutins. Un jour, en repensant à ces histoires alors qu'elle était seule, elle a cru voir un lutin. Cette vision l'a beaucoup impressionnée et, par la suite, elle était terrifiée de ne pas savoir si ce qu'elle avait vu était réel ou si ce n'était qu'une illusion. Ensuite, elle a décrit ses symptômes en évoquant les voix qu'elle entendait dans sa tête et ses craintes que les autres personnes puissent connaître ses pensées. Elle montrait ainsi qu'elle conservait des doutes quant à la réalité de l'objet de ses perceptions, et aussi que le phénomène hallucinatoire dont elle se plaignait restait intériorisé. Il s'agissait donc de ce que l'on appelle des hallucinations psychiques, ce qui ne correspond pas aux hallucinations psychotiques à proprement parler, telles qu'on les observe en cas de trouble schizophrénique caractérisé. Par conséquent, cette constatation tendait à confirmer le diagnostic posé lors de l'indication à la psychothérapie.

Par ailleurs, Madame I. a d'emblée manifesté sa confiance en l'étudiante avec laquelle elle entrait en relation thérapeutique. En effet, dès la première rencontre en tête-à-tête, elle n'a pas hésité à lui confier des événements importants qu'elle avait cachés à sa famille. Il s'agissait d'abord de deux tentamens : au début de l'adolescence, dans l'intention d'attirer l'attention sur son désarroi émotionnel, elle a ingurgité à deux reprises 10 comprimés d'aspirine mais sans oser le montrer à son entourage. Il s'agissait ensuite d'une interruption de grossesse : à l'âge de 16 ans, la patiente avait dû se faire avorter clandestinement par une infirmière, pour cacher les conséquences de relations sexuelles inavouables à un entourage familial rigoureusement catholique.

En ce qui concerne la médication, Madame I. a informé la psychothérapeute que le médecin de la PMU lui avait prescrit une co-médication neuroleptique à dose modérée. En raison des effets secondaires elle avait déjà cessé de prendre l'un des composants de cette médication et elle envisageait de renoncer également au second car elle ne ressentait pas d'effet bénéfique de ce médicament.

Durant les séances suivantes, la patiente a parlé de ses craintes actuelles. Elle a expliqué qu'elle avait peur de rester seule. Le soir, elle ne parvenait pas à rester seule dans son appartement en l'absence de son mari ; lorsqu'il n'était pas présent, elle se sentait obligée de sortir en allant se promener avec le chien. A l'université, durant les cours elle redoutait qu'on la regarde. Il lui arrivait d'avoir des fantasmagories correspondant à une sorte de cauchemars éveillés. Néanmoins elle pouvait en sortir par des rationalisations auto-persuasives qui sauvegardaient son contact avec la réalité. Dans ces circonstances, elle ressentait en elle « une lutte intérieure entre deux personnes ». Mais elle avait l'impression de faire des progrès, dans la mesure où elle parvenait à assister aux cours jusqu'au bout en maîtrisant ses peurs avant qu'elles deviennent des angoisses déréalisantes.

Dans ces conditions, sans en parler au médecin de la PMU, la patiente avait complètement arrêté son traitement médicamenteux. Comme elle n'avait pas constaté la réapparition des symptômes majeurs de ses troubles, elle voulait essayer de se passer de médicaments.

Lors de la cinquième séance, Madame I. a déclaré qu'elle se sentait moins fatiguée depuis qu'elle ne prenait plus sa médication. Mais elle a ajouté qu'elle gardait ses médicaments en réserve pour le cas où elle sentirait le besoin de les reprendre. A ce propos elle a signalé qu'elle avait enduré momentanément une exacerbation difficilement maîtrisable de ses peurs, lorsqu'elle suivait un cours durant la semaine écoulée. Dès lors, pour éviter d'être invitée à présenter des arguments en écrivant au tableau noir devant l'auditoire lors d'un séminaire, elle a utilisé un subterfuge en portant ostensiblement un pansement factice à la main droite. Cette parade l'a protégée contre ce genre de situation qu'elle estimait à haut risque. D'autre part, lorsqu'elle se sentait trop seule chez elle, elle attendait le retour de son mari pour s'occuper des tâches ménagères. A ces occasions, comme d'habitude, elle sortait promener son chien dans la rue. A ce propos, elle a relaté qu'il lui était arrivé de parler toute seule en se promenant dans la rue et que des gens lui en avaient fait la remarque. Elle a précisé qu'elle pensait à haute voix et a demandé à la psychothérapeute s'il est normal de penser tout le temps. De plus, Madame I. a aussi évoqué le divorce de ses parents et ses conséquences pour elle, lorsqu'elle a dû s'éloigner de sa mère pour venir rejoindre son père en Suisse.

Au début de la sixième séance, la patiente a reparlé de sa crainte d'être exposée à l'attention de l'auditoire si elle devait aller écrire au tableau noir. Ensuite elle a évoqué plusieurs périodes de son passé. Elle a notamment décrit la solitude dans laquelle elle s'était sentie tomber après avoir quitté le domicile de son père. Elle a aussi expliqué qu'elle était souvent sortie avec des garçons durant son adolescence pour ne pas être seule. A la fin de la séance, sur le pas de la porte, elle a demandé à la psychothérapeute comment elle pourrait faire pour ne plus avoir peur de devoir aller écrire au tableau noir lors des séminaires.

Lors de la huitième séance, la patiente Madame I. est arrivée en retard. Elle a demandé à sa psychothérapeute pourquoi elle prenait des notes ; ce à quoi l'étudiante a répondu que ses notes l'aidaient à comprendre comment l'aider à surmonter ses difficultés. Au cours de cette rencontre, la patiente était taciturne lorsque sa psychothérapeute restait silencieuse. Finalement, c'est au terme du temps imparti qu'elle a commencé à s'exprimer spontanément et à poser des questions. A ce moment-là, elle a montré qu'elle avait peur d'avoir peur. Même si elle maîtrisait déjà mieux son angoisse dans les endroits où elle se retrouvait seule, elle redoutait toujours de rentrer seule chez elle, mais elle parvenait tout de même à pénétrer dans son appartement pour nourrir le chien en l'absence de son mari, à condition de laisser la porte ouverte. Elle a donc demandé à sa psychothérapeute de lui dire si elle pouvait fermer la porte puis aller s'asseoir dans le salon en cherchant à se persuader qu'il ne lui arriverait rien. Sensible à l'angoisse de sa patiente, l'étudiante a estimé à juste titre qu'il n'était pas opportun de reporter la réponse à la semaine suivante. Quitte à rallonger un peu la séance, elle a donc pris le temps de répondre par l'affirmative en lui expliquant qu'elle pouvait essayer de faire comme cela pour commencer, puis si tout allait bien qu'elle pouvait ensuite visiter toutes les pièces du logement en laissant les portes ouvertes.

Lors de la séance suivante, Madame I. a montré qu'elle avait réfléchi à ce qui lui arrivait en déclarant qu'elle avait peur parce qu'elle n'avait peut-être pas envie de rester seule. Ce à quoi elle a ajouté, au fil de ses associations, qu'elle imaginait parfois dans des rêveries qu'elle injurait son père ou qu'elle le dénonçait à la police. Par la suite, après avoir dit qu'elle ne voulait pas perdre du temps en pensées avec son père, elle a décrit plusieurs rêves où il était question de voleurs et de démons, dans des scénarios qui mettaient en scène le personnage de sa mère ou le sien.

Lors de la dixième séance, la patiente a dit qu'elle allait bien mais elle a annoncé qu'elle s'était disputée avec son mari au point d'évoquer leur séparation. Le motif de cette dispute était le voyage que la patiente voulait faire pour aller rendre visite à sa mère en Argentine. Elle économisait un peu chaque mois pour avoir les moyens de réaliser ce projet que son mari désapprouvait vigoureusement. En arrière-fond de l'algarade, il y avait le fait que le mari

supportait de moins en moins bien que son épouse évite continuellement sa belle-famille. En effet, il lui en voulait parce qu'elle n'avait pas accepté de préparer son déplacement en Argentine avec sa belle-sœur qui travaillait dans une agence de voyage. La patiente a reconnu qu'en raison de réticences inexplicables, elle n'avait jamais voulu aller au Brésil rencontrer ses beaux-parents et qu'elle avait de la peine à avoir de bonnes relations avec sa belle-sœur et surtout avec ses deux beaux-frères qui vivaient aussi en Suisse. Par conséquent elle a compris que son mari en souffrait, car il n'avait que très peu l'occasion de rencontrer les membres de sa propre famille en raison de ses réticences à leur égard.

La semaine suivante, Madame I. a déclaré qu'elle pouvait supporter de rester un moment seule chez elle. Ensuite, elle a expliqué que sa relation avec son mari s'était nettement améliorée, parce qu'elle avait accepté que ses beaux-parents viennent bientôt leur rendre visite. Le fait qu'elle en ait supporté la perspective avait détendu l'atmosphère conjugale. A ce propos la patiente a évoqué le début de sa relation avec son mari. Au commencement, elle ne voulait qu'une amitié. C'était surtout un réconfort amical qu'elle recherchait auprès de lui lorsqu'elle était angoissée, car il était le seul à qui elle pouvait se confier en lui racontant qu'elle entendait des voix. C'est lorsqu'elle avait trop peur qu'elle a finalement accepté de venir dormir chez lui puis de venir habiter dans son appartement. Par ailleurs, elle est revenue sur l'origine et l'évolution de ses peurs en évoquant le traitement psychiatrique qu'elle avait antérieurement suivi en Argentine. A cette occasion, en cherchant à expliquer ce qui la perturbait, son psychiatre lui avait demandé si une personne de son entourage était sur le point de mourir. En effet, son oncle était alors très malade et il est décédé une semaine plus tard. La patiente fut donc très impressionnée par cette coïncidence, ce qui lui a fait croire que son médecin traitant avait eu le pouvoir de prédire la mort de son oncle. Elle a ainsi montré sa tendance à infiltrer de pensée magique ce qui se passait dans la relation thérapeutique.

Arriva le moment où la psychothérapeute prenait une première semaine de vacances. Son absence ayant fait tomber une rencontre, la semaine suivante, la patiente ne s'est pas présentée au rendez-vous prévu pour la douzième séance. Lors de la treizième, elle a expliqué qu'elle n'était pas venue parce qu'elle croyait que l'étudiante avait pris deux semaines de vacances au lieu d'une. Ce qui pouvait être compris comme une tentative inconsciente de garder la maîtrise des événements dans le cadre de la relation thérapeutique.

Durant les séances suivantes, Madame I. a affirmé qu'elle pouvait rester toute seule dans son appartement sans trop d'angoisses, mais elle se montrait très nerveuse. En reléguant son père biologique au rang de simple géniteur, elle a évoqué le personnage de son grand-père maternel, qu'elle considérait plus particulièrement comme son père, en suggérant qu'il

avait un problème de santé en voie de résolution. Par ailleurs, elle a relaté de nouvelles disputes avec son mari, en parlant de l'arrivée imminente de ses beaux-parents et de ses difficultés relationnelles avec tous les membres de sa belle-famille. En faisant allusion à de vagues représentations fantasmagoriques d'ombres ou de formes blanches, elle a estimé que la peur pouvait rendre aveugle, puis elle s'est montrée ambivalente à l'égard de son conjoint. En effet elle a évoqué sa crainte d'en arriver à le tromper. Néanmoins elle affirmait qu'elle ne voulait pas divorcer, mais elle disait aussi qu'elle faisait des économies pour être indépendante. Elle exprimait ses doutes en se demandant si elle ne s'était pas mariée uniquement « pour tenir le coup ». Tout en admettant qu'il prenait encore la peine de l'écouter, elle trouvait que son mari avait changé, mais elle estimait qu'il ne valait pas la peine de parler davantage de ces problèmes avec son mari. En exprimant ainsi des doutes quant à ses choix existentiels, la patiente montrait vraisemblablement sa difficulté à éprouver des sentiments amoureux à l'égard de son conjoint. D'où l'hypothèse que de tels sentiments risquaient de provoquer un rapprochement affectif trop redoutable pour elle. Ce qui permettait de supposer que les disputes étaient nécessaires pour adapter la distance relationnelle.

Lorsque l'étudiante est repartie en vacances durant deux semaines, Madame I. a prolongé l'interruption momentanée de leurs rencontres, en arguant d'une surcharge de travail pour annuler la séance précédant cette nouvelle absence de sa psychothérapeute. On peut toutefois supposer que la séance fut manquée pour les mêmes raisons profondes que la fois précédente.

Après cette interruption momentanée du traitement, Madame I. était à nouveau considérablement angoissée. Elle faisait des cauchemars et avait l'impression d'être persécutée par l'épouse de son père. Malgré tout, elle ne voulait pas reprendre de médicaments. Ce qu'elle voulait, c'était trouver la cause de ses problèmes. Elle se souvenait des périodes au cours desquelles elle ne souffrait pas parce qu'elle n'avait pas conscience d'avoir des troubles psychiques. En comparaison, elle considérait que son état actuel lui permettait de se rendre compte de ce qui n'allait pas et de chercher des solutions. Dans ce contexte, la patiente aspirait à devenir « normale », à vivre sans décompenser un état mental qui lui permettrait de ne plus recommencer épisodiquement à souffrir.

Durant cette période du traitement, Madame I. s'est montrée durablement bouleversée. Fréquemment angoissée, elle continuait d'avoir des cauchemars. Elle se sentait vide et fragile, ce qui lui donnait l'impression d'être « nulle et inexistante ». A l'université, lorsqu'elle suivait les cours, elle était tourmentée par ses peurs et devait faire de grands efforts pour se maîtriser. Dans ces pénibles circonstances, elle remettait profondément en question ses rapports avec son entourage. Lorsqu'elle s'interrogeait au sujet de sa relation conjugale, elle

pensait aimer son mari en s'en donnant pour simple preuve qu'ils vivaient ensemble. Toutefois elle avait constaté des changements dans l'attitude de son conjoint qui devenait parfois plus exigeant à son égard, ce qui la préoccupait beaucoup. Dans ce contexte, elle considérait que ses beaux-parents ne faisaient pas partie de sa famille. Lorsqu'ils sont venus en visite chez elle durant un mois, elle s'est sentie constamment observée. Elle craignait de se mettre à trembler dans certaines situations où elle avait le sentiment d'être surveillée par sa belle-mère.

Durant la vingt-quatrième séance, Madame I. a raconté qu'elle avait eu une nouvelle dispute avec son mari. Cette fois, la querelle avait été particulièrement violente. En effet, la patiente a dit qu'elle avait arraché les boutons de la chemise de son mari et qu'elle avait abîmé leur voiture en donnant un coup de pied dans la carrosserie. Elle estimait que son conjoint ne reconnaissait pas la valeur du travail qu'elle faisait à la maison, que ce soit en assumant les travaux ménagers quotidiens ou en faisant la lessive et le repassage des habits. De plus elle constatait qu'il ne cherchait plus à la rassurer comme auparavant. Au contraire et il lui disait qu'elle était bête, qu'elle avait trop de problèmes et qu'il souhaitait divorcer.

Dans ce contexte la patiente a manifesté une nouvelle fois l'ambivalence des sentiments qu'elle éprouvait dans la relation avec son mari, notamment en répétant qu'elle l'avait épousé uniquement parce qu'elle avait besoin de lui. Par ailleurs elle a parlé des nombreux cauchemars qu'elle faisait dans ces circonstances. A ce sujet, elle a décrit trois thèmes oniriques récurrents : des objets disparaissaient et elle voyait sa mère qui lui demandait de dire « maman » ; un enfant mort venait la chercher ; elle se battait avec un homme qui la traitait de « fille de pute ». Lorsqu'elle réfléchissait au contenu de ses rêves, elle pensait que cet enfant représentait celui qu'elle avait perdu lorsqu'elle avait dû avorter à l'insu de sa mère lorsqu'elle avait 16 ans. Cette réflexion l'a amenée à considérer que cet avortement l'avait profondément marquée. Par conséquent, pour se mettre en ordre avec sa conscience, elle est allée se confesser auprès d'un prêtre.

A ce stade de la psychothérapie, les histoires évoquées n'étaient plus floues comme auparavant. Sous l'effet de l'alliance thérapeutique qu'elle avait pu établir avec sa psychothérapeute, la patiente parvenait à trouver elle-même le sens qu'elle pouvait donner à ses rêves. Ce progrès considérable lui permettait alors d'évoquer sans détour une carence de soutien maternel, lors d'une expérience qui l'avait dramatiquement affectée et culpabilisée au cours son adolescence. De plus elle avait trouvé une solution pour apaiser un sentiment de culpabilité dont elle avait clairement pris conscience.

Lors des vingt-sixième et vingt-septième séances, Madame I. allait mieux. Elle disait qu'elle dormait bien, ce qui permettait de supposer que les cauchemars avaient disparu.

Néanmoins, elle signalait qu'elle avait vu une casserole bouger et la lumière clignoter, mais elle parvenait à expliquer ce phénomène de manière logique en estimant qu'il s'agissait d'un phénomène paranormal sous la forme d'une probable illusion d'optique. De plus, elle a mentionné qu'elle avait cuisiné un plat, lequel lui avait rappelé qu'elle avait déjà préparé le même lorsqu'elle était chez son père. A ce propos, elle a expliqué qu'à cette occasion, elle avait repensé à l'influence que son père avait eue sur elle. Apparemment, elle avait compris que l'influence qu'elle donnait au personnage de son père était l'un des facteurs des peurs qu'elle parvenait maintenant à apaiser.

Par ailleurs, la patiente se montrait suffisamment capable d'autonomie pour prendre de l'indépendance. En effet, elle a raconté qu'un soir, elle avait pris la liberté de rester chez elle avec un ami jusqu'à 2h du matin alors que son mari était absent. De plus elle se montrait déterminée à mener son existence selon sa volonté. Dans ce but, elle envisageait de réorienter sa formation universitaire en entreprenant des études de droit pour devenir juriste comme sa mère. Par intérêt pour la complexité des relations humaines, elle avait aussi songé à des études de psychologie, mais elle y avait renoncé car elle ne voulait pas « reconnaître ses troubles avec beaucoup d'émotions » dans certaines lectures qu'elle aurait eues alors à effectuer. Cela dit, elle se rendait compte que les études de droit sont exigeantes et elle avait pris contact avec des connaissances susceptibles de l'aider en cas de besoin.

En fin de séance, Madame I. a reconnu qu'elle se sentait encore souvent tendue, nerveuse et qu'elle ne restait pas souvent seule. Mais elle a ajouté que, si elle avait encore des craintes de la solitude, elle les supportait. A ce propos, elle a précisé qu'elle contrôlait ces peurs en sortant de la pièce et en y revenant plus tard pour y faire de l'ordre. Dans cette circonstance la psychothérapeute observait que le discours de la patiente était moins changeant, plus cohérent et plus facile à suivre, ce qui confirmait qu'elle avait fait des progrès.

Lors des vingt-huitième et vingt-neuvième séances, la patiente continuait de bien aller. Elle a raconté qu'elle avait beaucoup parlé avec son mari au sujet de l'évolution de leur relation conjugale. Malgré le fait que ce dernier refusait de l'accompagner, elle avait décidé d'aller passer les vacances de Noël en Argentine, où elle irait seule retrouver sa mère et ses grands-parents maternels.

Lors des trentième et trente et unième séances, en faisant allusion au terme prochain de la psychothérapie, la patiente a déclaré qu'elle pensait pouvoir se débrouiller toute seule par la suite. Elle affirmait qu'elle se sentait prête à affronter ce qui pouvait lui arriver car elle était parvenue à savoir que « le monde réel est bel et bien là ». Cela dit, elle a ajouté que

lorsqu'elle se rendait compte des contradictions qu'il pouvait y avoir dans ses pensées ou dans ses déclarations, notamment en ce qui concernait son mari, elle parvenait à considérer que c'était principalement en elle-même que se trouvait la source du problème. Elle montrait ainsi qu'elle supportait relativement bien son ambivalence à l'égard de son conjoint dont elle pouvait critiquer l'attitude ou le comportement, tout en reconnaissant qu'elle appréciait tout de même certains aspects de sa personnalité.

Le terme de la psychothérapie avait été fixé une semaine avant son prochain départ pour l'Argentine à la date qu'elle avait prévue. Dans ces circonstances, Madame I. se montrait fatiguée et relativement inquiète. Elle se demandait comment elle allait supporter la fin de la relation thérapeutique qu'elle avait solidement établie au fil de ses rencontres hebdomadaires régulières avec l'étudiante qu'elle trouvait sympathique et en qui elle avait confiance. Cependant, satisfaite des progrès qu'elle avait accomplis, elle n'a pas accepté la proposition d'être adressée à un autre psychothérapeute pour continuer son traitement après la fin de l'expérience de psychothérapie estudiantine.

Lors de la trente deuxième et dernière séance, Madame I. a évoqué une situation dans laquelle elle avait eu l'occasion de fabriquer avec son père une crèche destinée à décorer le pied du sapin de Noël. Elle est ainsi parvenue à se souvenir d'une anecdote qu'elle pouvait considérer comme un bon souvenir de sa relation avec son père. Par la suite, en se montrant triste, elle a évoqué le deuil en parlant de certains membres de sa famille décédés. Ensuite, elle a réaffirmé qu'elle se sentait capable d'affronter les aléas de son existence, en précisant qu'elle désirait continuer à vivre car elle ne se sentait pas encore concernée par la perspective de la mort. L'éventualité d'une suite de traitement a été à nouveau évoquée mais la patiente a confirmé qu'elle ne l'envisageait pas car elle ne voulait pas recommencer à évoquer son histoire avec un autre psychothérapeute.

### **III.2.3. TRAITEMENT DE MADAME J.**

Motif : Séquelles de syndrome post-traumatique sous forme de somatisations anxieuses avec angoisse paroxystique épisodique dans le cadre d'une probable névrose de caractère.

#### **III.2.3.1. Présentation de la patiente**

Madame J. était une secrétaire de direction de 28 ans dont l'enfance et l'adolescence étaient décrites comme exemptes de problème. Elle estimait avoir toujours eu une vie équilibrée, sans événement particulier, jusqu'au jour de Pâques 1995, au cours duquel elle a été victime d'un grave accident de la circulation, alors qu'elle était en vacances dans sa famille d'origine paternelle au Portugal.

Un chauffard ivre a perdu la maîtrise de son véhicule et a heurté de plein fouet la voiture qu'elle conduisait qui a fait alors deux ou trois têtes à queues avant de terminer sa course en se brisant contre un mur. Ainsi qu'un autre occupant du véhicule, elle est sortie indemne de l'accident, alors que l'un de ses cousins a dû être hospitalisé en raison d'un traumatisme crânien.

Bouleversée par cet événement au cours duquel elle a cru perdre la vie, Madame J. s'est sentie coupable de ce qui était arrivé à son cousin. Pourtant, elle n'avait aucun reproche à se faire étant donné qu'aucune erreur de conduite ne pouvait lui être imputée. Néanmoins, tourmentée par cet accident, elle s'est fait un souci excessif pour son cousin dont l'état de santé s'est amélioré pourtant rapidement. Quoi qu'il en soit, elle a passé de nombreuses journées à son chevet puis, de retour en Suisse, elle a continué de prendre quotidiennement de ses nouvelles pendant plusieurs mois. De plus, durant les trois mois qui ont suivi l'accident, elle a eu peu d'appétit et eut de fréquents cauchemars, dans lesquels elle se revoyait portant secours à son cousin au moment de l'accident.

Madame J. a toujours évité ce qui pouvait nuire à sa santé: elle ne fumait pas, ne buvait que très modérément de l'alcool et ne consommait pas d'autres drogues. Auparavant, elle pratiquait beaucoup de sport, notamment en jouant au tennis et en faisant de la course à pied. Elle faisait contrôler son état général de façon routinière chez son généraliste. Bien qu'elle n'a pas été blessée lors de l'accident, à la fin du mois de mars 1996 elle a décidé de s'assurer que tout allait bien car elle ne voulait prendre aucun risque en poursuivant ses activités sportives.

Mis à part une tension artérielle légèrement élevée, le check-up a révélé qu'elle était en excellente forme physique. Son généraliste a attribué l'hypertension modérée au fait que Madame J. était stressée par son travail, étant donné qu'elle était en train d'effectuer une formation complémentaire dans la perspective d'assurer son avenir professionnel dans la banque qui l'emploie.

Durant les vacances d'été, Madame J. a été victime de deux indigestions. Malgré leur absence de gravité, ces épisodes l'ont inquiétée au plus au point car de tels troubles digestifs ne lui étaient jamais arrivés auparavant. Elle a ressenti également des palpitations et des douleurs thoraciques à gauche. Au moment de reprendre son travail, ces douleurs se sont intensifiées. Elle est devenue alors de plus en plus angoissée. Craignant d'être affectée d'une maladie de cœur, elle a consulté à nouveau son médecin traitant qui, cette fois-ci, a mis en évidence une hypertension artérielle plus accentuée. Un traitement antihypertenseur a été alors prescrit mais il a provoqué des malaises lors de chutes de tension orthostatiques. Pour traiter ces malaises, Madame J. a reçu d'autres médicaments qui, eux aussi, ont eu

des effets secondaires. Prise dans un cercle vicieux de comédication mal supportée, elle s'est sentie de moins en moins bien car cette médication renforçait les inquiétudes qu'elle avait pour sa santé.

En raison de la persistance des douleurs précordiales, elle a été adressée à un cardiologue. Hormis quelques banales extrasystoles, l'électrocardiogramme de contrôle n'a rien révélé rien d'anormal. Mais, malgré tout, Madame J. a renoncé au sport. Elle a recommencé à faire des cauchemars qui la réveillaient cinq à six fois par nuit en induisant des craintes de mort imminente.

Au mois de novembre 1996, pendant qu'elle se rendait à la montagne chez des amis, elle a été victime d'une attaque de panique. Se trouvant seule sur la route alors qu'il neigeait abondamment, isolée dans sa voiture elle ne parvenait pas à trouver son chemin en raison du manque de visibilité. Le fait de se sentir ainsi perdue dans un endroit montagneux enneigé a déclenché une angoisse qu'elle n'est pas parvenue à maîtriser. Elle a eu de fortes palpitations et des précordialgies lancinantes qui lui ont donné l'impression de suffoquer. Elle était tellement paniquée qu'elle n'est pas parvenue à prendre son pouls. Rebroussant chemin, elle s'est rendue à la consultation d'urgence de l'hôpital le plus proche où on lui a administré des tranquillisants.

Suite à cet épisode, Madame J. est devenue très angoissée car elle ressentait de plus en plus fréquemment des douleurs rétrosternales sans relation avec un effort physique ou un événement particulier. Elle a développé la crainte obsédante d'avoir une maladie cardiaque et s'angoissait en pensant devoir être opérée. En lui imposant quotidiennement de prendre ses pulsations et d'écouter battre son cœur pour s'assurer qu'il n'était pas défaillant, ses craintes sont devenues envahissantes au point de l'handicaper considérablement. Finalement l'exacerbation de l'angoisse a nécessité une interruption momentanée de l'activité professionnelle.

Dans cette situation, elle se sentait inutile et elle avait peur de ne pas pouvoir s'en sortir. Suspectant le généraliste et le cardiologue qui la suivaient de banaliser son affection, elle leur reprocha de se contenter de lui prescrire des médicaments sans chercher à approfondir l'investigation de la cause de ses troubles. Finalement, elle a été adressée à la PMU avec le diagnostic de douleurs thoraciques fonctionnelles. Le médecin qui s'en est occupé à la PMU a pris le temps de discuter avec elle. Pour la première fois, elle s'est sentie comprise et la possibilité de pouvoir beaucoup parler l'a libérée, ce qui a apaisé ses symptômes. Le traitement médicamenteux a été arrêté et elle a recommencé à faire du sport de façon modérée. Après deux mois d'arrêt de travail, elle est parvenue sans aucun problème à reprendre son activité professionnelle à plein temps.

Le médecin de la PMU a estimé que Madame J. avait besoin d'une psychothérapie de soutien afin de pouvoir reparler de l'accident et évoquer ses angoisses. C'est donc dans ce but qu'il a adressé cette patiente au dispositif de psychothérapie estudiantine.

Lors de la séance d'indication, les étudiants et leurs superviseurs ont rencontré une jeune femme élancée et svelte, élégamment habillée, paraissant en excellente forme physique. Durant l'entretien, l'attitude de Madame J. était très vive. Se montrant dynamique, s'exprimant intelligemment, elle parlait beaucoup avec une mimique et un comportement gestuel expressifs. Gardant le contact du regard avec les interlocuteurs, restant attentive, elle suivait parfaitement la discussion. Son discours était cohérent, adapté aux questions abordées, avec un débit verbal rapide, peut-être légèrement accéléré par l'anxiété inhérente à la situation impressionnante qui la confrontait à l'attention inquisitrice des membres du groupe d'indication. Son idéation n'était pas altérée par des troubles de la pensée. On sentait qu'elle était travaillée par ce qu'elle vivait. Elle s'efforçait de rationaliser ce qu'elle éprouvait, percevait qu'elle avait des difficultés à manifester ses émotions ainsi que ses sentiments envers les autres.

Au moment de cette rencontre, Madame J. disait se porter beaucoup mieux qu'auparavant, parce qu'elle n'avait plus de trouble du sommeil. Elle reconnaissait que l'accident avait introduit un bouleversement dans son existence, notamment par l'apparition d'un sentiment de culpabilité lié au fait qu'elle n'avait pas été blessée comme son cousin. Elle percevait aussi les craintes découlant de sa prise de conscience que « la vie a une limite ». Ensuite elle a évoqué les douleurs précordiales qu'elle ressentait encore parfois et qui la dérangent en l'incitant à craindre l'effort et à limiter son activité sportive, ce qu'elle n'acceptait pas. Toutefois, contrairement à ce qu'elle pensait auparavant, elle commençait à admettre que « le mental peut avoir une grande influence sur le corps ». Par conséquent elle désirait retrouver une certaine sécurité physique et psychique afin de ne plus avoir besoin de prendre son pouls pour se rassurer. Parvenant à mettre ses accès de panique en relation avec son accident de voiture, elle pensait avoir déjà fait beaucoup de chemin mais elle se demandait encore comment elle pourrait « accepter de ne plus redevenir comme avant ». Dès lors, non sans une discrète ambivalence, Madame J. pouvait envisager de faire un travail sur elle-même jusqu'aux vacances d'été. Elle espérait que d'ici là tous ses problèmes seraient réglés.

Au cours des investigations préliminaires, quelques éléments anamnestiques importants ont été évoqués.

Le père de Madame J., était originaire d'une famille citadine de Lisbonne, établi dans la région lausannoise avec sa famille, il travaillait comme administrateur d'une entreprise de

commerce et sa mère, issue d'un milieu paysan des environs de Sesimbra, était gérante d'un magasin d'alimentation important des produits portugais. Ayant émigré en Suisse dans leur jeune âge, avant la naissance de leur fille, les deux parents se sont toujours beaucoup investis dans leur travail qui leur a laissé peu de place pour la vie de famille. Peu après sa naissance et jusqu'à l'âge de six ans, Madame J. a été élevée au Portugal par sa grand-mère paternelle, dans l'entourage de ses cousins, jusqu'à ce qu'elle revienne en Suisse pour commencer sa scolarité obligatoire. A l'époque ses parents gardaient affectueusement contact avec elle en venant la retrouver chaque fois qu'un peu de vacances leur donnait l'occasion de retourner au Portugal.

En raison de la mort d'un frère aîné décédé un an après sa naissance, Madame J. est restée le seul enfant vivant de ses parents. Privée de frère et sœur, elle s'est fortement attachée à ses cousins qu'elle considérait comme des frères. Du côté paternel, dans la nombreuse famille d'origine, les valeurs familiales avaient beaucoup d'importance et motivaient de fréquentes retrouvailles au Portugal, rythmées par le calendrier des fêtes religieuses.

En tant que secrétaire de direction, Madame J. assumait les nombreuses responsabilités que lui déléguait le directeur de banque pour qui elle travaillait avec dévouement. De plus, très altruiste, elle consacrait une partie de son temps libre à une activité associative bénévole dans plusieurs institutions caritatives.

Sur le plan sentimental, Madame J. avait un ami qui la soutenait dans son épreuve actuelle. Toutefois, malgré une situation professionnelle et une relation amoureuse stables, elle habitait encore chez ses parents.

### III.2.3.2. Appréciation du cas et hypothèses de travail

En filigrane de son discours Madame J. semblait montrer qu'elle envisageait devoir passer un cap pour s'engager dans une nouvelle étape de sa vie qui impliquait divers renoncements pour obtenir de nouvelles possibilités d'épanouissement. En effet, on pouvait supposer qu'à bientôt 30 ans, avec une situation professionnelle et une relation sentimentale stables, en se l'avouant à peine, elle pouvait songer à s'émanciper du milieu familial d'origine en quittant ses parents pour se mettre en ménage avec son ami. Cette supposition a amené les superviseurs à inciter les étudiants à formuler une hypothèse psychodynamique que les notes à disposition permettent de restituer rétrospectivement de la manière suivante :

- Madame J. avait commencé l'âge adulte dans une vie d'adolescente attardée, en restant dans le cadre chaleureux du cocon familial ; ce qui lui donnait l'illusion qu'en s'activant au travail, en fortifiant son corps par la pratique du sport et en se dévouant pour les autres elle pourrait conserver un contrôle omnipotent sur les aléas de la vie.

- L'âge avançant, son besoin de développer son autonomie et d'augmenter son indépendance a commencé à lui laisser entrevoir diverses possibilités de réalisation de son individualité et de sa féminité.
- C'est dans ce contexte que son accident a dramatiquement bouleversé son vécu, au moment où elle redoutait d'apprendre à vivre ce que les séparations inhérentes à la prise de distance des parents et au relâchement des liens familiaux originels infligent généralement à l'être humain.
- Lors de l'accident, ébranlée par le choc émotionnel, elle a découvert l'angoisse suscitée par la crainte d'une mort imminente. Elle a pris ainsi brusquement conscience de la finitude de la vie humaine. Par conséquent, Madame J. a commencé à se rendre compte qu'en dépit de ses efforts pour se maintenir au mieux de sa forme physique, son corps pouvait la décevoir en montrant une vulnérabilité qu'elle devrait désormais accepter.
- Elle a découvert aussi que sa volonté et son activisme ne pouvaient pas lui permettre de maîtriser tout ce qui lui arrivait et qu'elle devrait désormais accepter un sentiment occasionnel de perte de contrôle.
- Elle devrait aussi accepter qu'il puisse lui arriver de décevoir ou de mécontenter ses proches et qu'elle-même puisse être déçue de ce que la vie lui apportait ou mécontente des limites de ses possibilités.
- En raison des réminiscences du vécu dramatique provoqué par son accident, Madame J. endurait un malaise existentiel qu'aucun des médecins qu'elle avait consultés n'était vraiment parvenu à apaiser en la libérant de ses troubles.
- Elle se disait consciente que les causes de son malaise n'étaient pas exclusivement physiques et se déclarait à la recherche d'une « sécurité intérieure », afin de parvenir à accepter les nouvelles réalités de son existence.

A partir de ces considérations, les membres du groupe d'indication ont énoncé différents thèmes problématiques. Les superviseurs les ont répertoriés en suggérant une manière de les aborder au cours de la psychothérapie.

Ils ont conseillé à l'étudiant d'explorer les ressources personnelles de la patiente pour l'aider à trouver les moyens d'affronter les situations pénibles ou douloureuses sans trop d'inquiétude, afin de surmonter les difficultés qui en découlent avec suffisamment de sérénité. Pour cela, il conviendrait d'examiner les risques naturels ou les aléas inéluctables de la vie, en cherchant à réduire les facteurs d'angoisse ou de culpabilisation de l'impuissance, lorsqu'il s'agit d'admettre des faiblesses ou des échecs subits malgré les efforts pour bien faire.

Par ailleurs, les superviseurs ont aussi suggéré à l'étudiant d'inciter Madame J. à accepter les limites de l'altruisme et du dévouement familial, pour développer les moyens de gérer ses relations interpersonnelles avec ses proches en admettant les risques de mécontenter ou décevoir autrui.

Enfin, ils ont encore préconisé d'encourager Madame J. à découvrir la signification symbolique des symptômes physiques pour parvenir à comprendre leurs répercussions psychiques ; cela en évitant le déni ou la banalisation excessive des causes somatiques et de leurs risques de gravité potentielle.

Etant donné que Madame J. avait accepté d'entreprendre un travail psychologique destiné à l'aider à comprendre les points sensibles de l'évolution de son existence, ces diverses pistes étaient susceptibles d'orienter la collaboration thérapeutique dans le cadre d'une psychothérapie de soutien psychodynamique

### **III.2.3.3. Résumé de la psychothérapie**

Suite à son investigation par le groupe d'indication, Madame J. a reçu une lettre lui proposant un rendez-vous qu'elle a accepté et auquel elle s'est présentée à l'heure.

Selon les directives des superviseurs, le psychothérapeute étudiantin s'est limité à se montrer attentif à son histoire en posant des questions ouvertes dans le but de mieux connaître sa perception subjective de son malaise psychique et des troubles dont il résultait. La patiente a évoqué son parcours existentiel et ses relations avec sa famille.

Cependant l'étudiant a noté que son discours narratif était centré sur ce qui s'était passé après le bouleversement que l'accident avait provoqué dans sa vie. En effet, Madame J. lui a beaucoup parlé de tout ce qui se rapportait à ce choc émotionnel accidentel, mais ce qu'elle racontait à ce propos est resté principalement focalisé sur l'évocation des problèmes somatiques qui étaient apparus par la suite.

Au terme de cette première séance, l'étudiant était confiant car il avait ressenti que l'entrée en relation s'était produite de manière plutôt détendue, dans une ambiance relativement paisible. Il avait donc l'impression que cette première séance s'était déroulée dans de bonnes conditions.

Quelques jours plus tard, la patiente a pris contact avec le psychothérapeute étudiantin pour l'informer d'un imprévu qui l'empêchait d'être disponible à la date du prochain rendez-vous et lui demander de l'en excuser. Par conséquent la séance a été renvoyée au rendez-vous suivant.

La semaine d'après, au jour et à l'heure convenus, Madame J. est venue participer à sa séance de psychothérapie comme prévu. Sur le conseil des superviseurs, la rencontre a été

destinée à examiner les circonstances, le déroulement et les suites de l'accident plus en détail que lors de la première séance dont une partie avait été consacrée à la négociation du contrat thérapeutique. Acceptant de reparler de ce qu'elle avait vécu lors de cet événement qui l'avait si profondément bouleversée, la patiente a évoqué abondamment ce qu'elle avait ressenti à cette occasion et au cours des mois qui ont suivi. Elle a parlé des angoisses et des cauchemars qui avaient hanté ses nuits. Elle a insisté également sur l'inquiétude qu'elle avait développée au sujet de sa santé suite à la découverte de son hypertension artérielle.

Au terme de cette deuxième séance, l'étudiant a constaté que la patiente était spontanément parvenue à lui faire part de ses émotions. Il lui semblait donc qu'une relation de confiance commençait à s'établir.

Toutefois, lors de la séance suivante, le psychothérapeute étudiantin est resté seul à attendre sa patiente pendant 45 minutes, relisant ses notes, se demandant pour quelle raison Madame J. faisait faux bond, cherchant à savoir quelle maladresse il avait éventuellement pu commettre sans s'en rendre compte lors des deux précédentes séances, échafaudant toutes sortes d'hypothèses en se sentant de plus en plus préoccupé et mal à l'aise au fur et à mesure que le temps passait.

Quoi qu'il en soit, Madame J. n'est pas venue non plus à la séance suivante. Ultérieurement, elle ne a donné aucune suite à une lettre que l'étudiant lui a envoyée pour lui proposer un nouveau rendez-vous, dans l'intention d'examiner avec elle la nature des problèmes qui avaient provoqué cette interruption d'un traitement à peine commencé, afin d'avoir la possibilité de connaître les raisons qui motivaient cette rupture du contrat thérapeutique qu'ils avaient établi ensemble.

Quelques temps plus tard, restant préoccupé par cette défection, l'étudiant a pris contact avec le médecin de la PMU qui lui avait adressé Madame J.. Ce dernier lui a appris que cette patiente n'était retournée qu'une seule fois à sa consultation pour lui déclarer que le traitement de psychothérapie ne lui convenait pas du tout, mais sans accepter d'en dire plus.

Dans ces conditions, le médecin somaticien a tout de même tenté de la convaincre de retourner une dernière fois parler de son mécontentement avec le psychothérapeute qu'elle avait rencontré. Apparemment cette tentative a déçu la patiente au point de discréditer aussi le généraliste avec lequel elle a également coupé tout contact par la suite.

Par conséquent, l'étudiant n'a plus jamais eu de nouvelles de cette patiente, ce qui l'a définitivement laissé dans l'impossibilité de savoir précisément pourquoi Madame J. avait si abruptement décidé renoncer au travail psychothérapeutique prévu.

### III.2.4. TRAITEMENT DE MONSIEUR K.

Motif : Polytoxicomanie chez une personnalité borderline à tendance paranoïaque en voie de désintoxication et de réhabilitation psychosociale.

#### III.2.4.1. Présentation du patient

Monsieur K. était un polytoxicomane de 33 ans. Célibataire, sans profession, il était atteint dans sa santé physique par une séropositivité au VIH. Il demandait un accompagnement psychothérapeutique au moment où il cherchait à mettre un terme à une dérive existentielle au cours d'une tentative de réhabilitation psychosociale dans une institution spécialisée intitulée « Fondation des Oliviers ».

Au cours de son programme de réhabilitation, Monsieur K. a commencé à s'interroger à propos de son problème de dépendance et à se poser beaucoup de questions sur sa vie et ses relations avec les autres. Dans ce contexte, il a exprimé le désir de pouvoir parler de lui et de ses problèmes. Cherchant à obtenir davantage qu'une simple écoute médicale, il a été adressé à la consultation ambulatoire du Service de psychiatrie de liaison du CHUV où il a eu plusieurs entretiens d'investigation avec un psychiatre qui l'a orienté vers notre dispositif expérimental et est venu le présenter à notre groupe d'indication.

A cette époque, Monsieur K. vivait à la Fondation des Oliviers où il suivait une cure résidentielle de désintoxication. Il n'avait pas d'autre domicile. Lors des sorties en fin de semaine, il retournait chez ses parents avec lesquels il avait renoué contact depuis le début de sa cure. Par ailleurs, étant donné qu'il était sans emploi et dépourvu de formation professionnelle en conséquence de ses problèmes de dépendance aux drogues, son médecin généraliste traitant avait fait une demande d'aide auprès de l'office de l'assurance invalidité qui l'avait acceptée.

Lors de la présentation au groupe d'indication, les étudiants et leurs superviseurs ont rencontré un jeune homme de corpulence moyenne dont l'habillement était simple, correct, mais ressemblant à celui d'un adolescent. L'attitude de Monsieur K. est restée calme, sa mimique exprimant une certaine nonchalance. Même s'il esquissait parfois quelques sourires en réaction à certains de nos propos, il manifestait peu ses sentiments, donnant l'impression de se cacher derrière un masque qui laissait pourtant transparaître des indices de sensibilité et de fragilité. Son discours était cohérent et ne donnait aucun signe d'affaiblissement intellectuel, mais il parlait avec un débit verbal un peu lent et d'un ton monotone. Cependant, il est resté attentif durant tout l'entretien sans faire de digressions inappropriées. On constatait qu'il se montrait dénigrant, revendicateur et suspicieux lorsque ses propos concernaient les éducateurs de la Fondation des Oliviers.

Durant les investigations, Monsieur K. a expliqué qu'il trouvait fatigant de supporter le rythme régulier des activités réadaptatives qu'il devait effectuer dans le cadre institutionnel où il tentait de se réhabiliter. Malgré cela, il sentait tout de même que son état s'était amélioré et il admettait qu'il lui fallait du temps pour s'adapter à un nouveau style de vie. Il se déclarait motivé pour se soigner et suivre tous les traitements nécessaires. Il affirmait que la trithérapie prescrite pour maîtriser l'infection au VIH ne lui posait pas de problème. Il a précisé qu'il consultait un homéopathe qui lui aidait à en supporter les effets secondaires.

Mais il a mentionné aussi qu'il supportait mal le cadre très strict imposé par le règlement de l'institution réhabilitative. Il trouvait très contraignant de s'y plier, notamment en ce qui concerne l'obligation de se soumettre à des contrôles urinaires réguliers. Souvent en conflit avec le personnel soignant, méfiant vis-à-vis des éducateurs, il comparait la Fondation des Oliviers à un lieu de détention. A ce propos, il a reconnu qu'il réagissait de manière impulsive en proférant « des paroles en l'air », ce qui nécessitait ensuite de longues explications avec l'entourage institutionnel, nécessité qui l'ennuyait beaucoup.

Il aspirait à de véritables moments de retrouvailles avec ses parents. Dans cette perspective, il souhaitait parvenir à s'exprimer ouvertement et simplement, en espérant qu'il y aurait moins de non-dits dans leurs relations et qu'il ne serait plus obligé de leur montrer une sorte de masque pour éviter de devenir agressif. Dans ce contexte, il désirait améliorer ses rapports avec ses parents et notamment « aborder le nœud envers son père ». C'est pour cela qu'il désirait faire un travail sur lui-même pendant sa désintoxication. Souhaitant parler de lui et de ce qu'il avait vécu, il voulait chercher à comprendre les raisons qui l'avaient poussé à quitter sa famille à la fin de l'adolescence et à commencer à se droguer.

Cependant, il estimait qu'il n'était pas approprié que ce travail d'introspection se situe dans sa relation avec les éducateurs qui l'entouraient. A ce propos il a exprimé une suspicion de maltraitance de la part de l'entourage institutionnel. En effet, il a évoqué le sentiment d'être « abusé » par les éducateurs sur le plan relationnel. Il a mentionné que cette impression pouvait s'accroître au point de l'empêcher de dormir. Il a signalé que ce genre de suspicion n'était pas nouveau et il pensait même qu'il était peut-être à l'origine de sa marginalisation.

Il considérait donc qu'une psychothérapie ne risquait pas d'être un doublon du travail socio-éducatif effectué dans le cadre de l'institution réhabilitative. Toutefois, il montra en même temps des tendances manipulatrices en demandant si le psychothérapeute qui allait s'occuper de lui aurait la possibilité de participer à certaines entrevues dans le cadre de la Fondation des Oliviers. Il signalait ainsi son intention d'utiliser la psychothérapie pour influencer l'entourage socio-éducatif.

Par ailleurs, les informations obtenues au sujet de l'anamnèse ont révélé que Monsieur K. était né et avait passé son enfance et son adolescence dans la région d'Yverdon. Son père qui était chef d'entreprise avant de parvenir à la retraite s'était beaucoup investi dans son métier et dans une carrière militaire importante, à tel point qu'il était peu disponible pour sa famille. Il était décrit comme un homme autoritaire, exigeant, peu affectueux et souvent absent. La mère de Monsieur K. avait cessé de travailler comme secrétaire pour se consacrer à sa famille en élevant son fils unique envers lequel elle se montrait soucieuse et protectrice.

Après une scolarité primaire et secondaire qui s'est déroulée sans problème jusqu'à l'arrivée au gymnase, Monsieur K. a commencé à avoir des difficultés dans ses études car il avait de mauvais résultats dans les branches qu'il trouvait particulièrement astreignantes. A ce moment-là, il vivait une crise d'adolescence au cours de laquelle, en prenant distance de l'entourage familial, il s'est mis à fréquenter les milieux marginaux. C'est dans ces conditions que sa toxicomanie s'est amorcée. Après avoir échoué à deux reprises l'examen du baccalauréat, vivant d'expédients, il n'a entrepris aucune formation professionnelle.

Son addiction allant en s'aggravant, il a perdu contact avec sa famille en évoluant parmi les toxicomanes auprès desquels sa compromission dans un réseau de trafiquant lui a attiré des démêlés avec la justice qui lui ont coûté un an d'emprisonnement. A partir de là, sa dérive existentielle l'a entraîné dans des errances à l'étranger durant plusieurs années, avec des compagnons d'infortune eux aussi toxicomanes.

De retour en Suisse, il a tenté de se ressaisir en effectuant une première cure de désintoxication à la Fondation du Levant, cure à la suite de laquelle sa toxicomanie s'est apaisée durant quatre ans. Durant cette période, il est parti vivre à la montagne où il travaillait comme aide-fromager sur un alpage l'été et comme serveur dans un restaurant de station de ski durant l'hiver. Malheureusement, au fil du temps, son alcoolisme s'est réactivé. Sa situation s'est dégradée progressivement. Finalement, de retour en plaine, il a repris contact avec le milieu de la drogue, ce qui l'a entraîné rapidement dans une récurrence de polytoxicomanie au cours de laquelle il a recommencé à consommer de l'héroïne.

Dans ces circonstances, désireux de ne pas retomber dans le cercle vicieux des mauvaises fréquentations et de la délinquance, il a eu recours à des soins psychiatriques ambulatoires pour effectuer une cure de substitution à la méthadone. C'est alors que les contrôles médicaux ont révélé qu'il avait été infecté par le VIH.

Dès lors, parallèlement au traitement psychiatrique, il a été traité à la PMU par une trithérapie nécessitée par sa séropositivité. Toutefois, la cure de méthadone ne l'a pas empêché de sombrer à nouveau dans l'alcoolisme.

Par conséquent, le psychiatre et l'interniste qui collaboraient à sa prise en charge sont parvenus à le convaincre de tenter un sevrage de l'alcool et une réhabilitation psychosociale dans une institution socio-éducative spécialisée. Il est entré donc à la Fondation des Oliviers en octobre 1997 avant d'être adressé au dispositif expérimental pour une psychothérapie en novembre de la même année.

#### **III.2.4.2. Appréciation du cas et hypothèses de travail**

Monsieur K. souffrait d'une polytoxicomanie grave, évoluant depuis de nombreuses années avec des répercussions négatives majeures sur son évolution psychosociale. On constatait qu'il se montrait constamment dénigrant, revendicateur et suspicieux envers son entourage socio-éducatif institutionnel. Il révélait donc ainsi un sentiment prédominant de méfiance vis-à-vis d'autrui et en plaçant volontiers l'interlocuteur dans un rôle de maltraitant si ce n'est de persécuteur.

Dans ces conditions, le contact relationnel avec Monsieur K. était plutôt difficile car son attitude restait distante et méfiante. La distance relationnelle inconfortable qui en résultait laissait très peu de marge de manœuvre à ses interlocuteurs qui se trouvaient confrontés à un manque évident de souplesse psychique.

Ainsi, à moins de se limiter à rester dans une approche relationnelle superficielle, l'interlocuteur risquait inévitablement de se sentir disqualifié voire totalement discrédité à la moindre tentative d'aborder l'intimité intrasubjective de Monsieur K. ; cela en dépit du fait que c'était précisément cette intimité qu'il prétendait vouloir remettre en question en demandant une psychothérapie lui permettant « de parler de lui-même ». D'autre part, en donnant des informations au sujet de ses relations avec les éducateurs, il signalait des réactions impulsives difficilement maîtrisables et généralement corrélées aux manifestations soudaines et inattendues d'une émotivité explosive.

Par ailleurs, en exprimant son désir que le psychothérapeute élargisse son rôle et sa fonction jusqu'à intervenir en milieu socio-éducatif pour influencer les éducateurs dans le sens de ses revendications, Monsieur K. a manifesté une propension à la manipulation d'autrui en faveur de ses besoins d'autojustification et de valorisation personnelle. Sa défiance à l'égard de l'entourage donnait l'impression que son intolérance aux contrariétés l'incitait souvent à considérer les autres comme des persécuteurs potentiels.

Par conséquent, sa vision du monde et sa conception des relations avec autrui s'énonçaient sous l'effet d'une idéation qui paraissait parfois dériver dans un registre plus ou moins paranoïaque. Cette dérive intégrait une représentation d'autrui empreinte de malveillance dans le contexte d'un fonctionnement personnel principalement caractérisé par une impulsivité et une labilité émotionnelle du registre borderline.

Il n'en reste pas moins que l'examen clinique a permis d'observer une attitude attentive et un comportement relativement bien adapté à la curiosité inquisitrice des membres du groupe d'indication. On a pu constater que le patient s'exprimait de manière cohérente, par un discours logiquement construit où ses réponses aux questions étaient appropriées, d'autant qu'il évitait les détours digressifs en faisant preuve d'un potentiel intellectuel relativement bien conservé.

De plus, au travers du masque qu'elle constituait, et au-delà des signes de fragilité qu'elle révélait, son attitude nonchalante laissait transparaître des indices de sensibilité perceptive et de subtilité compréhensive. En effet, nonobstant sa manière lente et monotone de s'exprimer, sa neutralité mimique défensive pouvait s'éclairer brusquement de fugaces sourires trahissant une détection de la signification implicite de certains propos des membres du groupe d'indication.

Ces considérations ont amené les superviseurs à aider les étudiants à formuler une hypothèse psychodynamique que les notes à disposition permettent de restituer rétrospectivement de la manière suivante :

- On peut imaginer qu'au cours d'une crise d'adolescence particulièrement tumultueuse, sous l'effet de sa révolte contre l'autoritarisme d'un père garant de règles que Monsieur K. ne songeait qu'à transgresser, ce dernier s'est enfermé dans une attitude défensive qui lui a donné l'habitude de projeter sur son entourage les reproches qu'il ne parvenait pas à se faire à lui-même.
- Tout en conservant l'espoir illusoire que son hostilité pourrait le libérer de ce qu'il réprouvait dans son intimité profonde, il a quitté sa famille de manière conflictuelle pour se réfugier dans le milieu marginal des toxicomanes où sa révolte trouvait de l'écho.
- En sombrant dans la dépendance des drogues, il apaisait probablement la nostalgie du soutien apaisant que lui apportait, dans son enfance, une mère soumise à l'autorité du père et trop soucieuse pour favoriser une émancipation progressive au cours de l'adolescence.
- Dans ce contexte, la quête d'autonomie et d'indépendance rivalisait avec le désir d'un soutien relationnel apaisant, protecteur et réparateur.
- En tentant de se désintoxiquer et de se réhabiliter, le patient avait assez de lucidité pour désirer un guide susceptible de l'aider à explorer les tenants et aboutissants psychologiques du conflit intrapsychique qu'il extériorisait en projetant chez les autres tant la cause de ses problèmes existentiels que la responsabilité de lui donner les moyens de les résoudre.

Le groupe d'indication a estimé qu'une psychothérapie de soutien psychodynamique était susceptible d'offrir à Monsieur K. un espace temporel et relationnel, où il pourrait trouver la possibilité de remettre en question son fonctionnement personnel. Il aurait ainsi l'occasion d'aménager sa façon d'être au monde et d'y entrer en relation avec autrui ; cela de manière à mieux supporter les difficultés inhérentes à la réhabilitation psychosociale corrélée à sa cure de désintoxication.

Au-delà de ces considérations, au terme des discussions du groupe d'indication, les superviseurs ont donné des informations au sujet du trouble qui affecte la personnalité de Monsieur K.. En évoquant la problématique psychique et relationnelle que pose ce genre de trouble, ils ont proposé la manière de les aborder au cours de la psychothérapie.

Tout d'abord, ils ont expliqué à l'étudiant que le fonctionnement psychique de type borderline se manifeste, entre autres, par un comportement abandonnique. Ce comportement est caractérisé par une propension à mettre à l'épreuve les relations suffisamment significatives pour être investies affectivement, cela afin de tester la solidité du lien relationnel. En l'occurrence le psychothérapeute doit s'attendre à toutes sortes de provocations et notamment à ce que le cadre défini par le contrat thérapeutique soit remis en question par de fréquentes tentatives de transgression. Le cas échéant, pour favoriser l'alliance thérapeutique, il est prudent d'imposer le respect du contrat avec suffisamment de souplesse. En effet, il est utile d'ajuster les interventions à ce que le patient paraît capable de supporter. Par exemple, il peut s'avérer nécessaire de négocier occasionnellement un aménagement du cadre pour éviter une rupture.

De plus, étant donné que la personnalité borderline de Monsieur K. intégrait aussi des traits paranoïaques, les superviseurs ont également averti l'étudiant qu'il devait s'attendre à être confronté à des manifestations de méfiance et d'hostilité de la part du patient. Dans ces conditions il conviendrait d'accueillir les revendications par une attitude compréhensive, en tenant compte de la nature inconsciente des besoins de valorisation et d'autojustification qui les motivent profondément.

Enfin les superviseurs ont encore conseillé à l'étudiant d'effectuer de préférence des interventions de soutien et de réserver les tentatives d'élucidation aux occasions les plus opportunes. Ils ont précisé que les interventions devraient être suffisamment illustratives et explicatives pour éviter que la mise en évidence des phénomènes défensifs soit perçue comme une réprobation insupportable.

En définitive, malgré le fait que la pathologie en cause se trouvait à la limite des critères d'exclusion, le groupe d'indication a convenu qu'une psychothérapie de soutien

psychodynamique était envisageable, à condition que la supervision apporte au psychothérapeute étudiantin un soutien renforcé en raison des difficultés prévisibles.

### III.2.4.3. Résumé de la psychothérapie

L'évolution du patient est restée mouvementée tout au long de la réalisation de la psychothérapie.

Les trois premières séances ont été consacrées à la formulation du contrat thérapeutique, à l'installation du cadre et à l'amorce d'une relation de collaboration.

Comme l'étudiant s'y attendait en se souvenant des consignes des superviseurs, il lui a fallu faire preuve de souplesse pour trouver un cadre satisfaisant de part et d'autre. Au début, l'horaire des séances ne convenait pas au patient, selon ses dires en raison de son programme institutionnel à la Fondation des Oliviers. Bien que ses arguments ne soient pas tout à fait convaincants, le psychothérapeute étudiantin a tout de même accepté de faire une concession, ce qui lui a causé quelques difficultés pour la réservation de la salle de consultation à un autre moment que celui qui était initialement prévu. Il lui a fallu aussi faire face à un tabagisme provocateur occasionnel qu'il a toléré sur le moment avant de négocier sa disparition pour la suite.

De plus, dans le contexte des négociations destinées à stabiliser définitivement le cadre du traitement, le psychothérapeute étudiantin a été confronté à une menace de rupture de relation. A cette occasion, le patient a manifesté une hostilité dénigrante à son égard en déclarant qu'après avoir été investigué par un psychiatre plus compétent, il n'avait pas grande envie de travailler avec un étudiant.

Cette mise à l'épreuve de la relation a été élucidée au cours de la troisième séance. En élaborant la compréhension de ce qui avait provoqué son attitude, le patient en est arrivé à dire : « je crains de fuir malgré moi, soyez vigilant ».

Par la suite, l'étudiant a eu l'impression que les séances se déroulaient dans une atmosphère plus détendue. Monsieur K. a montré qu'il avait bien vécu les fêtes de fin d'année, apparemment sans réactiver son alcoolisme. En signalant cette performance, il a commencé à évoquer son addiction en en parlant avec un peu de recul. Par ailleurs, le patient s'est mis à évoquer avec insistance les difficultés qui perturbaient ses relations avec les éducateurs de la Fondation des Oliviers.

Dans ce contexte, Monsieur K. a continué de manifester son ambivalence à propos de la psychothérapie en répétant ses doutes quant à sa motivation de continuer le traitement avec l'étudiant et en persistant à formuler des commentaires désobligeants à son égard,

notamment en faisant de fréquentes allusions à son statut de psychothérapeute étudiantin manquant d'expérience.

Lors de la sixième séance, le patient a déclaré qu'il avait consommé du cannabis, qu'il avait avoué cette consommation aux éducateurs de la Fondation des Oliviers et que ces derniers l'avaient sanctionné. De son point de vue, cette sanction était injustifiée car disait-il : « j'ai arrêté de boire mais pas de fumer ». Cette évocation a mis en évidence l'ambivalence avec laquelle le patient effectuait sa cure de désintoxication, ainsi que ses impérieux besoins d'autojustification.

A la suite de ces événements, les tensions relationnelles avec l'entourage socio-éducatif de la Fondation des Oliviers sont allées en s'accroissant, à tel point que le patient quitta cette institution sur un coup de tête, au début du mois février 1998, sous prétexte que les éducateurs refusaient de donner suite à ses multiples revendications.

Dès lors, Monsieur K. a dû trouver une solution pour se loger et subvenir à ses besoins par ses propres moyens. Il est parvenu à s'installer dans un camping où il louait un mobilhome avec les revenus de sa rente invalidité. Appréciant le changement de rythme de vie et la liberté que cette nouvelle situation lui offrait, il affirmait que tout allait bien pour lui et se déclarait satisfait d'avoir interrompu sa cure de désintoxication. Dans ces circonstances, il formulait des projets d'avenir peu réalistes. Entre autres, il envisageait d'entreprendre une formation qui lui permettrait de trouver du travail dans le domaine de l'informatique avec l'aide des services sociaux.

Il n'en restait pas moins qu'à la demande du patient, l'objectif de la psychothérapie était de l'aider à surmonter ses difficultés à suivre une cure de désintoxication ; cela par un travail psychologique qui était censé lui permettre de résoudre aussi ses problèmes relationnels avec son père. Par conséquent son départ impulsif de la Fondation des Oliviers posait le problème d'un passage à l'acte qui remettait en question le contrat thérapeutique.

Dans ce contexte, d'autant qu'il restait confronté à la méfiance dénigrante de son patient, le psychothérapeute étudiantin était préoccupé par la précarité de leur relation. Par conséquent, il n'a pas tenté d'élucider ce passage à l'acte en tant qu'« acting out » correspondant à une transgression de la règle qui incite à dire plutôt qu'à agir. En effet, il craignait que ce genre d'intervention désapprouvée provoque le sentiment d'être jugé et augmente le risque de rupture du traitement.

Dans ces conditions, sur le conseil des superviseurs, l'étudiant a plutôt choisi de commenter le changement de mode de vie, en suggérant à Monsieur K. de prendre en considération les risques inhérents à sa nouvelle situation. A ce propos, le patient est parvenu à prendre un peu de recul pour se rendre compte que sa consommation de cannabis montrait qu'il restait

ambivalent dans ce qu'il appelait « sa lutte contre l'addiction ». Ainsi, il a admis que son désir de changement restait fragile et il en éprouva un fugace sentiment de culpabilité.

Quelques temps plus tard, après avoir manqué la huitième séance, le patient a annoncé au psychothérapeute qu'il avait renoué contact avec une amie toxicomane qui était revenue de l'étranger. Comme on pouvait s'y attendre, cette reprise de contact n'a pas tardé à l'entraîner dans une récurrence de consommation d'héroïne.

Par conséquent, la suite du traitement a été conditionnée par les conséquences de cette rechute dans la consommation de drogue dure. Le psychothérapeute étudiantin s'est efforcé d'inciter Monsieur K. à prendre conscience du retour à la marginalisation délictueuse qu'impliquait cette récurrence et des dangers auxquels il s'exposait. Dans ces circonstances, la principale préoccupation de l'étudiant était de faire en sorte que son patient parvienne à retrouver un cadre de vie plus stable et mieux approprié à la prévention des risques qu'il encourrait. En effet, l'évolution du patient se péjorait progressivement, ce qui montrait l'impérieuse nécessité de maîtriser les facteurs de risques dans toute la mesure du possible.

Au cours des séances suivantes, cette nécessité a amené l'étudiant à confronter son patient aux difficultés qui l'empêchaient d'effectuer une cure de désintoxication. Dans le contexte des discussions à ce sujet, cette confrontation a débouché sur la mise en évidence des phénomènes psychiques qui se trouvaient à l'origine de ces difficultés, notamment les sentiments de préjudice et les tendances projectives que ces sentiments activaient. Dès lors les interventions du psychothérapeute visaient à montrer à Monsieur K. que ce genre de sentiments et de tendances le poussaient invariablement à chercher uniquement chez les autres non seulement la cause de ses problèmes mais aussi les moyens de les résoudre.

Cette élucidation visait à ramener le patient en lui-même, afin de l'inciter à se motiver pour une nouvelle cure de désintoxication en évitant de responsabiliser l'entourage pour fuir ses obligations. Dans ce contexte, son ambivalence vis-à-vis de la psychothérapie s'est exacerbée. Cherchant à détourner l'étudiant de sa fonction de psychothérapeute, il a tenté toutes sortes de manipulations visant à l'impliquer outre mesure dans les négociations destinées à lui trouver de nouvelles possibilités de désintoxication.

Tout en continuant à venir aux séances, il ne cessait pas de dénigrer toutes les suggestions proposées. Il excluait la perspective d'un éventuel retour à la Fondation des Oliviers, à tel point qu'il a manifesté des velléités de chercher un autre psychothérapeute lorsque l'étudiant a fait allusion à cette éventualité. Il a été alors question d'une nouvelle cure de désintoxication résidentielle dans une autre institution spécialisée, celle de la Fondation du Levant. Ensuite, il a songé à s'adresser à la consultation ambulatoire d'addictologie du département de psychiatrie du CHUV. Au cours de ces tergiversations, l'apparition d'un

syndrome dépressif intercurrent a nécessité la prescription d'une médication thymoléptique par le médecin somaticien qui continuait de le suivre à la PMU pour le traitement de sa séropositivité VIH.

A ce moment-là, le patient avait tout de même accepté de chercher un entourage plus approprié à ses besoins que celui du camping où il avait élu domicile après son départ intempestif de la Fondation des Oliviers. Finalement, il a repris contact avec ses parents qui ont accepté qu'il vienne habiter chez eux, ce qui était relativement rassurant.

L'évolution de la relation thérapeutique a continué d'être houleuse. En effet, le patient a pris contact avec le superviseur de l'étudiant pour se plaindre de son attitude et demander un autre psychothérapeute. Lors de la douzième rencontre, le patient s'est montré très énervé et particulièrement hostile à l'égard du psychothérapeute étudiantin. Ce dernier s'est efforcé de l'apaiser en lui proposant un bilan plus nuancé de leur collaboration. En dépit de cette tentative de conciliation, Monsieur K. a quitté brusquement la séance avant la fin, après avoir affirmé de manière péremptoire que le travail psychologique qu'il effectuait avec l'étudiant était inconsistant.

En raison des risques liés aux aléas de son évolution, de l'intensité de ses revendications et de la difficulté de le suivre dans ces conditions, la treizième séance a eu lieu en présence du superviseur qui a dirigé lui-même l'entretien. A cette occasion, l'observation clinique montrait que le patient était manifestement sous l'effet de sa consommation de drogue, soit une association d'alcool, de cannabis et d'héroïne qui allait vraisemblablement en s'aggravant. Par conséquent, l'état psychique de Monsieur K. était considérablement perturbé sous l'effet de ce qu'il avait consommé avant la rencontre. Il a été donc très difficile de discuter avec lui. Quoiqu'il en soit, il a refusé toutes les propositions, y compris celle de donner ultérieurement de ses nouvelles. Il a quitté le psychothérapeute et le superviseur sans qu'ils puissent savoir si le psychothérapeute aurait l'occasion de le revoir.

Malgré tout Monsieur K. est revenu la semaine suivante, comme si de rien n'était. Le traitement a donc continué. Les interventions de soutien du psychothérapeute l'ont aidé à envisager diverses solutions pour sortir de l'impasse existentielle où il se trouvait, ce qui lui a permis d'évaluer dans quelles conditions et dans quel but une hospitalisation pourrait s'avérer utile. Finalement, surmontant ses réticences à cette solution, le patient a repris contact avec la Fondation des Oliviers. Les responsables de cette institution ont accepté qu'il y retourne à condition qu'un sevrage des drogues ait lieu auparavant en milieu hospitalier. Par conséquent, les interventions de l'étudiant se sont orientées vers un accompagnement psychologique des démarches à effectuer pour obtenir l'admission dans la division hospitalière de sevrage de l'unité d'addictologie du département de psychiatrie du CHUV.

Le dernier mois de traitement a été consacré à la préparation de l'entrée à l'hôpital dans la perspective du nouveau projet de cure de désintoxication. Dans ce contexte, les interventions de soutien du psychothérapeute visaient principalement le renforcement de la motivation à persévérer dans la réalisation du projet de désintoxication. Il s'agissait principalement d'aider le patient à comprendre les tenants et aboutissants des démarches qu'il avait à effectuer, en explicitant la finalité d'une telle procédure et le rôle des divers interlocuteurs que cette procédure l'amenait à rencontrer.

A ce moment-là, on arrivait au terme de l'expérience pilote de psychothérapie estudiantine. Le rôle du psychothérapeute étudiantin touchait donc à sa fin. Par conséquent, l'étudiant a abordé la question de savoir quelle suite le patient envisageait de donner au traitement psychothérapeutique en cours. Finalement, ils ont décidé d'un commun accord que Monsieur K. serait adressé ultérieurement à un psychiatre installé.

## CHAPITRE IV

### IV. ÉTUDE QUALITATIVE DE LA RÉALISATION DES PSYCHOTHÉRAPIES ESTUDIANTINES

**Thème : Évocation du point de vue personnel des psychothérapeutes étudiantins au sujet de leur activité clinique**

- Principes et règles présidant à la pratique de la psychothérapie de soutien psychodynamique
- Buts de la psychothérapie estudiantine définis dans le concept de l'expérience

## IV.1. CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Dans la documentation de base, les données subjectives permettent d'apprécier de quelle manière les étudiants ont vécu leur expérience de psychothérapie estudiantine.

Comme précédemment mentionné à propos de l'utilisation des documents à disposition<sup>LXIII</sup>, lors de la constitution de la base de données informatisée, les éléments d'information ont été regroupés pour constituer une description textuelle élémentaire des quatre psychothérapies estudiantines. A partir de là, l'examen thématique de ces descriptions a permis d'effectuer une sélection des éléments d'information qui correspondent à l'expression du point de vue personnel des trois auteurs des documents à disposition. Cette sélection a débouché sur une appréciation qualitative de l'activité clinique de ces psychothérapeutes estudiantins. L'analyse qualitative du corpus de données a procédé de la manière suivante :

- Après détection des indices de similitude ou de ressemblance sémantique des rudiments sélectionnés, un procédé matriciel approprié a permis de trier ces éléments d'information.
- Une grille de répartition catégorielle *ad hoc* a été établie en fonction de deux types de critères de catégorisation.

CATÉGORISATION THÉMATIQUE POUR L'APPRÉCIATION QUALITATIVE DE L'ACTIVITÉ CLINIQUE	
TYPES DE CRITÈRES	CATÉGORIES DES PERFORMANCES À DÉTECTER
Principes et règles présidant à la pratique de la psychothérapie de soutien psychodynamique	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Établir un contrat précisant le cadre thérapeutique.</li><li>▪ Intervenir en favorisant la compréhension psychologique des évocations associatives apparaissant dans le discours des patients.</li><li>▪ Assumer le rôle et la fonction de psychothérapeute sur le plan intersubjectif des phénomènes de transfert et de contretransfert.</li></ul>
Buts de la psychothérapie estudiantine définis dans le concept de l'expérience	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Apprendre à être attentif à ce que le patient exprime en parlant librement, que ce soit par association d'idées ou par les modulations affectives correspondantes.</li><li>▪ Dépasser les conditions d'une relation médecin-malade banale pour remplir celles d'une relation psychothérapique.</li><li>▪ Inciter l'étudiant à tenir compte de l'inconscient en le sensibilisant aux phénomènes de transfert et de contretransfert.</li></ul>

<sup>LXIII</sup> Cf. supra : III.1. Utilisation des données à disposition.

→ Le repérage des indices de correspondance aux critères de catégorisation a déterminé l'attribution de ces éléments aux diverses catégories prédéfinies.

Ce procédé méthodique permet une analyse qualitative des informations rédigées par les psychothérapeutes estudiantins dans les dossiers qu'ils ont établis au sujet de leur activité clinique. A partir de là, on peut formuler, cas par cas, une évocation du vécu relationnel ou émotionnel des étudiants lors de la réalisation des psychothérapies qu'il ou elles ont effectuées

## IV.2. ÉVOCATION DU POINT DE VUE PERSONNEL DES PSYCHOTHÉRAPEUTES ESTUDIANTINS AU SUJET DE LEUR ACTIVITÉ CLINIQUE

### **IV.2.1. PSYCHOTHÉRAPIE DE MONSIEUR H.**

Dans les notes de l'étudiante qui a traité Monsieur H. on trouve en substance que :

#### **IV.2.1.1. En ce qui concerne la capacité de laisser le patient parler librement et d'écouter attentivement ses associations d'idées en conservant une sensibilité aux modulations affectives correspondantes**

La psychothérapeute estudiantine fut confrontée à un libre discours apparemment très défensif, dont le contenu restait souvent superficiel. Elle montre qu'elle a été attentive à ce contraste avec la bonne capacité d'introspection observée lors de la présentation du patient au groupe d'indication.

On observe qu'elle a fait un effort pour maintenir l'attention face à un discours caractérisé par de fréquentes et longues digressions pseudo-philosophiques. Le résultat de cet effort persévérant apparaît à la fin du deuxième mois de traitement, lorsque que l'étudiante signale avec satisfaction que Monsieur H. est parvenu à se laisser aller à parler librement. Ce progrès lui a permis de faire des liens entre ses difficultés et ses inquiétudes actuelles et ce qu'il avait vécu dans son enfance.

#### **IV.2.1.1.a. Particularités du discours et des réactions émotionnelles du patient**

L'étudiante a noté que Monsieur H. exprimait sa résistance au travail psychologique introspectif en réduisant ses évocations à des descriptions concrètes et factuelles de ses activités du moment ou en se réfugiant de manière pontifiante dans des considérations abstraites sur la vie humaine en général.

Hormis l'épisode où il a réussi à parler de lui de manière plus authentique durant quelques séances, la psychothérapeute estudiantine a déploré que le discours de son patient lui ait donné la désagréable impression qu'il venait benoîtement « tailler une bavette » avec elle pour faire plaisir au généraliste qui le suivait par ailleurs et auquel il avouait se plaindre que les séances de psychothérapie ne lui servaient à rien.

A part quelques larmes à une unique occasion, le patient s'est bien gardé de montrer ses émotions, si ce n'est en manifestant de l'irritation ou de l'hostilité dénigrante chaque fois qu'il se sentait frustré par les efforts persévérants que faisait l'étudiante pour conserver son rôle de psychothérapeute qu'il n'a pas cessé de réfuter.

#### ***IV.2.1.1.b. Particularités des interventions de la psychothérapeute estudiantine***

Les notes de l'étudiante suggèrent qu'elle a utilisé un questionnement de type socratique pour tenter occasionnellement de relancer le discours associatif en cherchant à renvoyer le patient à lui-même.

En mentionnant qu'elle a souvent dû résister à sa revendication récurrente qu'elle réponde à ses questions ou qu'elle lui donne des conseils, elle signale qu'elle a dû supporter qu'il l'accuse d'être inquisitrice en dénigrant sa fonction de psychothérapeute. Quoi qu'il en soit, la grande majorité des interventions de l'étudiante visaient à rappeler les possibilités et les limites de son rôle pour tenter de sauvegarder sa fonction de psychothérapeute.

#### **IV.2.1.2. En ce qui concerne les possibilités de dépasser une relation médecin-malade banale pour remplir les conditions d'une relation psychothérapique**

Dans le cas du Traitement de Monsieur H, on observe que cette possibilité a été mise à l'épreuve avant que la première séance débute, puisqu'en percevant son accent valaisan le patient a familièrement interpellé l'étudiante par des allusions à ses origines personnelles.

#### ***IV.2.1.2.a. Nécessité d'établir un contrat thérapeutique***

Ainsi mise en demeure de faire respecter un cadre, la psychothérapeute estudiantine a réagi dès que le pas de la porte a été franchi, en ouvrant à ce sujet la négociation du contrat thérapeutique. Bien que son patient ait fait mine d'adhérer au but d'apaiser sa tension intérieure par la compréhension psychologique de ses facteurs de stress intimes, dans ses notes l'étudiante a relevé qu'ils ne sont jamais parvenus à un consensus au sujet de leurs rôles respectifs, car le patient a d'emblée contesté l'utilité de sa fonction de psychothérapeute.

De plus, à mi-parcours, alors que l'état du patient commençait à s'améliorer sans qu'il accepte de le reconnaître, la psychothérapeute a dû résister à la remise en question des buts définis au départ.

#### ***IV.2.1.2.b. Capacité de définir et de respecter le cadre thérapeutique***

Monsieur H. n'a pas remis en question l'agenda, la localisation ni le rythme des rendez-vous auxquels il s'est régulièrement présenté à l'heure. En revanche l'étudiante a dû résister à diverses échappatoires par lesquelles son patient cherchait à sortir du cadre d'une autre manière. Elle a dû éviter de répondre aux questions concernant ses origines ou sa vie familiale personnelle et a dû refuser que les séances commencent par un moment de rencontre informelle où chacun sortirait de son rôle.

Finalement, il n'y a qu'une seule transgression du cadre effective à signaler. Il s'agit de l'envoi d'une carte postale à l'étudiante pour lui transmettre ce qu'il éprouvait pendant l'arrêt momentané du traitement durant les vacances de cette dernière.

#### ***IV.2.1.2.c. Aptitude du patient à participer activement au travail psychologique***

De manière générale, Monsieur H. a manifesté cette aptitude de façon paradoxale, en masquant la capacité d'introspection dont il avait fait preuve lors de la séance d'indication par sa persévérance à dénigrer le procédé thérapeutique.

Quoi qu'il en soit, si la psychothérapeute estudiantine a déploré de devoir constamment défendre un statut de psychothérapeute régulièrement bousculé, en supportant les réprimandes de son patient, il n'en reste pas moins que ce dernier est régulièrement venu lui parler en déguisant l'intimité de ses propos sous l'effet de ses résistances.

D'ailleurs, peu avant le terme du traitement, en évoquant ses relations avec autrui, le patient a semblé montrer qu'il avait revécu dans le cadre de la relation thérapeutique quelque chose de la maltraitance subie dans son enfance. En effet, lorsqu'il a critiqué la psychothérapie comme un traitement malveillant qui ne fait qu'effleurer les problèmes, les superviseurs ont supposé que Monsieur H. faisait allusion à des attouchements dont il aurait été victime autrefois. En effet, comme il l'a laissé suspecter à deux reprises, il a mentionné très vaguement qu'en le frappant son père n'avait pas été le seul à abuser de sa faiblesse enfantine.

#### ***IV.2.1.2.d. Spécificité des interventions de la psychothérapeute estudiantine***

Lorsque son patient arguait de façon récurrente que les similitudes culturelles de leurs origines alpestres correspondaient à une sorte de parenté dont il lui demandait de tenir compte, l'étudiante s'est efforcée à plusieurs reprises de lui expliquer d'une manière ou d'une autre pourquoi il ne fallait pas transformer la relation thérapeutique en une relation interpersonnelle banale.

Par ailleurs, à un moment où le discours du patient associait sa réprobation des médecins qui le laissaient à son triste sort, d'une part, et la solitude qu'il éprouvait lorsque son épouse

devait s'absenter pour quelques jours, d'autre part, la psychothérapeute estudiantine est parvenue à l'aider à élucider ce problème d'abandon, en lien avec ce qu'il avait ressenti autrefois après la mort de son père et lorsqu'il avait dû s'éloigner du domaine familial où il n'avait plus sa place.

De plus à de rares moments opportuns, lorsque ses évocations associatives signalaient la contradiction entre son besoin d'affirmer sa virilité et son désir régressif qu'on le protège en raison de sa faiblesse malade, l'étudiante a prudemment tenté de lui suggérer que cette contradiction pourrait avoir un lien avec un problème enfoui au fond de lui-même, en lien avec les difficultés relationnelles qu'il avait avec ses parents durant son enfance.

#### **IV.2.1.3. En ce qui concerne la possibilité de prendre en considération l'inconscient et d'acquérir une sensibilité aux phénomènes de transfert et de contre-transfert**

Au début du traitement, la psychothérapeute estudiantine s'est tout de suite rendu compte qu'en séance d'indication, elle avait été profondément touchée par la rencontre initiale, avec ce patient qui avait suffisamment d'insight pour mettre en lien son problème médical avec la maltraitance subie durant l'enfance. Elle s'est donc rapidement aperçue qu'elle avait tendance à éprouver pour lui des sentiments du registre maternel.

De son côté Monsieur H. a évoqué un besoin inassouvi de complicité avec son épouse qui ne comprenait pas sa difficulté de s'affirmer virilement dans la vie ; cela en intégrant cette évocation de manière ambiguë dans la récurrence de ses récriminations à l'égard de l'étudiante qui refusait qu'il la considère comme un membre de sa famille.

Avec l'aide des superviseurs, la signification symbolique de cette intégration équivoque a été comprise comme une manifestation transférentielle en relation avec le conflit intrapsychique correspondant à l'hypothèse psychodynamique.

#### **IV.2.1.3.a. Référence aux particularités de l'attitude et des manifestations affectives du patient**

En raison des constantes frustrations de son désir d'être autorisé à se sentir en famille lorsqu'il rencontrait l'étudiante qu'il disait considérer comme une cousine voire même comme sa fille, Monsieur H. a reproché amèrement à la psychothérapeute estudiantine de ne pas admettre la légitimité de son besoin qu'elle se livre elle aussi en lui parlant de son intimité personnelle.

Par ailleurs, à un moment donné, il s'est laissé aller à tutoyer l'étudiante après avoir pleuré comme s'il était un petit enfant ayant besoin d'être consolé par sa maman.

Dans ce contexte, la psychothérapeute a généralement été confrontée au comportement défensif de son patient qui exprimait ses résistances par une attitude méfiante, hostilement dénigrante qui virait parfois au paternalisme condescendant.

#### **IV.2.1.3.b. Référence aux particularités des perceptions et des réactions affectives de la psychothérapeute estudiantine**

Dans les notes qui mentionnent ce qu'elle percevait ou éprouvait, la psychothérapeute s'est montrée, tour à tour, désireuse de protéger maternellement cet ancien enfant battu encore meurtri dans la vie adulte, déçue que son patient ne lui accorde pas sa confiance, craintive que ses refus d'accéder à ses désirs lui fassent du mal comme les coups que son père lui donnait autrefois.

Par ailleurs, elle mentionne aussi avoir dû maîtriser des moments de lassitude ou d'agacement face aux redondances des réticences défensives de son patient.

### **IV.2.2. PSYCHOTHÉRAPIE DE MADAME I.**

Dans les notes de l'étudiante qui a traité Madame I., on trouve en substance que :

#### **IV.2.2.1. En ce qui concerne la capacité de laisser la patiente parler librement et d'écouter attentivement ses associations d'idées en conservant une sensibilité aux modulations affectives correspondantes**

La psychothérapeute estudiantine n'a pas eu de difficulté à laisser sa patiente parler librement car Madame I. s'exprimait en lui faisant suffisamment confiance pour lui raconter sans réticence tous les aléas de son existence.

#### **IV.2.2.1.a. Particularités du discours et des réactions émotionnelles de la patiente**

En qualifiant de « décousu » le discours de sa patiente, l'étudiante a noté qu'au début du traitement surtout, mais longtemps encore par la suite, Madame I. s'exprimait de manière peu cohérente, en parlant beaucoup des peurs irrationnelles qui l'envahissaient. Dans ces conditions, la psychothérapeute estudiantine a relevé qu'elle devait rester très attentive pour ne pas perdre le fil des associations d'idées particulièrement relâchées de sa patiente.

De plus, l'étudiante a été souvent confrontée à des évocations subdélirantes qui l'obligeaient à se concentrer en les écoutant, pour discerner jusqu'à quel point sa patiente parvenait encore à garder contact avec la réalité.

Par ailleurs en l'écoutant évoquer les angoisses de déréalisation qui l'assaillaient fréquemment, l'étudiante a constaté que sa patiente s'exprimait en restant très neutre sur le plan affectif, sans manifester de réaction émotionnelle à ses interventions.

#### **IV.2.2.1.b. Particularités des interventions de la psychothérapeute estudiantine**

Etant donné que discours de Madame I. était émaillé d'évocations peu cohérentes, la psychothérapeute estudiantine a constaté que les représentations mentales de sa patiente étaient souvent difficiles à discerner. Par conséquent, ses notes montrent qu'elle intervenait principalement par un questionnement empathique. Il apparaît que ce questionnement était motivé par deux objectifs particuliers.

La première intention de l'étudiante était de manifester son intérêt en vérifiant auprès de sa patiente si elle avait bien saisi ce que cette dernière avait voulu exprimer.

La seconde intention était d'encourager la patiente à prendre du recul par rapport au contenu irréaliste de certaines de ses évocations.

Dans ce contexte, en fonction des réponses données par la patiente, la psychothérapeute estudiantine intervenait également par des déclarations affirmatives ou explicatives destinées à renforcer le contact avec la réalité.

#### **IV.2.2.2. En ce qui concerne la possibilité de dépasser une relation médecin-malade banale pour remplir les conditions d'une relation psychothérapique**

Etant donné que les évocations de Madame I. émergeaient d'un fonctionnement psychique qui évoluait dans un registre prépsychotique, la psychothérapeute estudiantine était fréquemment confrontée à un discours narratif qui décrivait des expériences de déréalisation assorties de phénomènes hallucinatoires, ce qui induisait des propos subdélirants.

Dans ces circonstances, l'étudiante a montré qu'elle s'est efforcée de suivre rigoureusement les conseils que les superviseurs lui ont donnés à diverses occasions. C'est ainsi qu'elle a « exploré la symptomatologie dans le présent » en restant attentive aux « peurs d'être folle » qui se manifestaient dans les évocations de sa patiente.

De manière générale, en explicitant les troubles dont sa patiente se plaignait, la psychothérapeute estudiantine a évité « d'expliquer une maladie » pour orienter ses interventions vers l'élucidation du fonctionnement psychique particulier de la patiente, lorsqu'elle lui montrait comment leur collaboration thérapeutique pouvait élaborer la compréhension psychologique des épisodes de déréalisation.

#### **IV.2.2.2.a. Nécessité d'établir un contrat thérapeutique**

La psychothérapeute estudiantine a noté que sa patiente lui avait clairement expliqué qu'elle souhaitait comprendre la nature et l'origine des peurs et qu'elle avait admis la nécessité d'élucider leur aspect irrationnel, afin de trouver les moyens d'apaiser les angoisses de déréalisation qui en découlaient.

Par conséquent il s'est avéré qu'en se montrant capable de formuler des attentes logiques, Madame I. avait participé activement à la définition de l'objectif du travail psychologique à effectuer.

#### **IV.2.2.2.b. Capacité de définir et de respecter le cadre thérapeutique**

Lors de la première rencontre, l'étudiante a relevé que sa patiente avait accepté sans difficulté de respecter le cadre et les règles qui devaient déterminer l'évolution du traitement. Néanmoins, en cours de traitement, la psychothérapeute estudiantine a constaté plusieurs arrivées tardives attribuables au désarroi momentané de la patiente, alors qu'elle se montrait passablement perturbée par ses angoisses déréalisantes.

A ces occasions, l'étudiante a été confrontée à la difficulté de maintenir rigoureusement le cadre. En effet, la patiente se montrait parfois tellement désespérée qu'elle attendait la fin des séances, raccourcies par ses retards, pour poser des questions embarrassantes sur le pas de la porte. Bien qu'elle se soit sentie déconcertée dans ces circonstances, l'étudiante est parvenue à faire les concessions nécessaires pour s'ajuster de manière appropriée, cela en acceptant de donner quelques conseils apaisants pour éviter que les troubles de sa patiente soient exacerbés par le renvoi des questions tardives à la séance suivante.

Par ailleurs, lors de deux brèves périodes de vacances successives de l'étudiante, en renvoyant la séance précédente la première fois, puis en manquant la séance suivante la seconde fois, Madame I. a chaque fois rallongé d'une semaine l'arrêt momentané du traitement. Avec l'aide des superviseurs, l'étudiante a compris que sa patiente cherchait ainsi à garder le contrôle de leur relation par une réaction qualifiée d'« enfantine ».

#### **IV.2.2.2.c. Aptitude de la patiente à participer activement au travail psychologique**

Tout au long de la psychothérapie, Madame I. a régulièrement participé au travail de compréhension psychologique effectué dans le cadre de sa relation avec l'étudiante. Cette dernière a noté que sa patiente se montrait capable de lui expliquer de manière touchante, sans retenue défensive, ce qu'elle vivait ou avait vécu au cours des aléas, présents ou passés, de son existence.

Il apparaît qu'en raison du climat de confiance réciproque qui s'était instauré entre elles, la patiente est parvenue à surmonter ses résistances pour évoquer des expériences dramatiques, en informant l'étudiante de ce qu'elle avait gardé secret pour le cacher à ses proches.

Au fil du traitement, la psychothérapeute estudiantine a relevé avec satisfaction que sa patiente réussissait à prendre suffisamment de recul pour participer activement à

l'élaboration compréhensive des phénomènes de déréalisation qui affectaient son vécu de manière angoissante.

#### **IV.2.2.2.d. Spécificité des interventions de la psychothérapeute estudiantine**

Dans ses notes, l'étudiante s'est montrée sensible à la vive intelligence qui permettait à sa patiente de résister courageusement à ses hallucinations pour rester insérée socialement et poursuivre ses études universitaires, malgré les peurs déclenchées par tout ce qu'elle ressentait comme bizarre, étrange ou irréel en raison de l'évolution de ses troubles.

On constate que cette sensibilité la rendait attentive aux capacités adaptatives qui persistaient dans le fonctionnement personnel de Madame I.. Dans le relevé de son activité clinique, l'étudiante a donc décrit la nature de ses interventions d'une manière qui permet de comprendre qu'elle s'est efforcée de soutenir les fonctions psychiques les plus opérantes de sa patiente, cela en orientant ses interventions explicatives vers le développement des ressources cognitives.

Dans ce contexte, il apparaît qu'à partir des éléments du discours narratif différencié de Madame I., la psychothérapeute estudiantine est parvenue à aider cette patiente à renforcer son contact avec la réalité ; cela en élaborant avec elle des rationalisations logiques permettant d'admettre les phénomènes de déréalisation en tant que tels. Cette restructuration perceptive et cognitive a progressivement dédramatisé les fantasmagories chimériques.

Selon les documents à disposition, le groupe d'indication avait perçu que Madame I. localisait l'origine ses hallucinations en elle-même plutôt que dans le monde extérieur. L'étudiante a été attentive à cette observation, sur laquelle elle s'est fondée pour aider sa patiente à renforcer cette aptitude à intérioriser le contenu de ses troubles. En effet, elle l'a encouragée à apprivoiser ce qu'elle ressentait ou imaginait dans son for intérieur, en s'entraînant à le distinguer clairement de la réalité objective extérieure à elle.

Cet entraînement a permis à Madame I. de mieux supporter les épisodes de déréalisation qui la terrorisaient de façon handicapante auparavant. La psychothérapeute estudiantine a remarqué que ce progrès la rendait moins dépendante de l'étayage relationnel compréhensif et rassurant de son mari.

En améliorant son autonomie, la patiente a commencé à maîtriser progressivement sa peur de la solitude. L'étudiante l'y a aidée en soutenant ses capacités adaptatives. Selon ses notes, ses interventions dans ce but consistaient en des conseils orientés vers la réalisation des solutions que la patiente avait trouvées d'elle-même et qu'elle expérimentait pour parvenir à rester seule chez elle.

Dans ce contexte, l'origine irrationnelle des « peurs de la folie » a pu être élucidée. A la faveur du climat de confiance et de respect mutuel qui s'était développé dans le cadre de la relation psychothérapeutique, Madame I. est parvenue à trouver elle-même le sens qu'elle pouvait donner à des rêves ou à des souvenirs pour apaiser ses angoisses déréalisantes.

#### **IV.2.2.3. En ce qui concerne la possibilité de prendre en considération l'inconscient et d'acquérir une sensibilité aux phénomènes de transfert et de contre-transfert**

La psychothérapeute estudiantine a constaté que l'inconscient de Madame I. se manifestait principalement en faisant irruption dans son champ de conscience, lorsqu'elle se montrait envahie par les fantasmagories chimériques à composante hallucinatoire dont elle lui parlait.

Par ailleurs, l'étudiante a été sensible à la demande implicite de soutien maternel qu'elle percevait en écoutant le discours de sa patiente.

##### **IV.2.2.3.a. Référence aux particularités de l'attitude et des manifestations affectives de la patiente**

Madame I. exprimait ce qui émergeait du fond d'elle-même sous la forme d'évocations subdélirantes de ses expériences de déréalisation et des peurs qui en résultaient. Néanmoins, elle admettait qu'il s'agissait de phénomènes qui appartenaient à son monde intérieur et elle est restée accessible à l'élucidation du caractère irrationnel de ses propos.

Par ailleurs, à la faveur des progrès effectués en cours de psychothérapie, la patiente a fait des rêves auxquels elle est parvenue à trouver un sens qui apaisait ses angoisses.

##### **IV.2.2.3.b. Référence aux particularités des perceptions et des réactions affectives de la psychothérapeute estudiantine**

Lors de la séance du groupe d'indication, dès son premier contact avec Madame I., l'étudiante fut profondément touchée par l'attitude sincère et courageuse de cette jeune femme, qui assumait l'irrationalité de ses propos et se montrait motivée pour chercher à comprendre la nature de ses troubles en effectuant une psychothérapie.

La psychothérapeute estudiantine a tenu compte de l'inconscient en explicitant la nature subjective du vécu enduré lors des épisodes de déréalisation. En élucidant le caractère irrationnel des fantasmagories hallucinatoires que ce vécu suscitait, elle a manifesté une empathie qui lui a permis d'affronter avec sa patiente la terreur que le risque de sombrer dans la folie pouvait occasionnellement provoquer.

Par ailleurs, en mentionnant la confiance réciproque qui caractérisait la relation thérapeutique, l'étudiante s'est montrée très sensible à la demande de soutien maternel qui apparaissait implicitement dans les évocations la patiente. Par conséquent, elle a eu recours à la supervision, pour éviter de se laisser emporter par l'intensité du contre-transfert suscité

par le désir de répondre positivement à ce qu'elle percevait en filigrane des propos qu'elle écoutait.

Dans ce contexte, observant que Madame I. avait interrompu sa médication peu après le début de la psychothérapie, les superviseurs ont expliqué à l'étudiante qu'elle devait éviter de surinvestir un rôle de mère substitutive, notamment en lui conseillant de ne pas se prescrire trop concrètement elle-même comme un médicament. Dans cette perspective, l'étudiante a compris qu'elle devait résister au désir de résoudre elle-même les problèmes de sa patiente et que son rôle se limitait à l'inciter à trouver les solutions pourraient lui convenir.

Par la suite, chemin faisant, les superviseurs ont aussi aidé l'étudiante à admettre que, malgré les progrès accomplis, le but de la psychothérapie n'était pas de « guérir la patiente » mais de l'aider à surmonter des troubles qui allaient persister après la fin du traitement en raison de leur nature.

Enfin, les superviseurs ont encore aidé l'étudiante à préparer la terminaison du traitement. Ainsi, en suivant leurs conseils, la psychothérapeute estudiantine est parvenue à accompagner sa patiente de façon appropriée au cours des dernières séances.

#### **IV.2.3. PSYCHOTHÉRAPIE DE MADAME J.**

Dans les notes de l'étudiant qui a traité Madame J., on trouve en substance que :

##### **IV.2.3.1. En ce qui concerne la capacité de laisser la patiente parler librement et d'écouter attentivement ses associations d'idées en conservant une sensibilité aux modulations affectives correspondantes**

Lors de la première séance, après avoir négocié avec elle le contrat thérapeutique déterminant les buts, le cadre et les modalités de la réalisation du traitement, le psychothérapeute estudiantin n'a pas eu de difficulté à laisser la patiente parler librement. Madame J. avait manifestement besoin de pouvoir parler d'elle-même, de ses angoisses et de l'inconfort existentiel dans lequel elle se trouvait depuis l'accident qui avait « tout changé » dans sa vie.

##### **IV.2.3.1.a. Particularités du discours et des réactions émotionnelles de la patiente**

Au cours des deux rencontres auxquelles se résume cette tentative de psychothérapie très précocement interrompue, l'étudiant paraît avoir écouté attentivement les déclarations de la patiente, en observant aussi de quelle manière cette dernière connotait affectivement ses paroles par sa mimique ou son comportement gestuel.

Ce faisant, il a remarqué que Madame J. lui donnait l'impression de s'exprimer sans réticence particulière mais en conservant une neutralité affective exempte de réaction émotionnelle particulière.

Généralement spontané, le discours de la patiente était essentiellement narratif. Lorsqu'elle a évoqué tout ce qu'elle avait successivement vécu depuis l'accident qui était à l'origine de ses troubles, elle s'est montrée capable d'introspection. Toutefois, elle parlait de ce qu'elle avait éprouvé sur le moment avec le recul que le décalage temporel conférait à ses souvenirs. Dans ces conditions, la formulation très rationalisée de ses verbalisations semblait lui permettre de contenir ses émotions.

##### **IV.2.3.1.b. Particularités des interventions du psychothérapeute estudiantin**

En raison de la fluidité du discours de la patiente, l'étudiant n'a pas jugé utile d'intervenir, afin d'éviter d'interrompre ses associations d'idées. Il a noté que tout ce qu'elle évoquait s'enchaînait d'une manière qui lui paraissait adéquate. Toutefois, à quelques occasions il a posé diverses questions pour manifester son intérêt en demandant des précisions.

##### **IV.2.3.2. En ce qui concerne la possibilité de dépasser une relation médecin-malade banale pour remplir les conditions d'une relation psychothérapeutique**

La rupture très prématurée du traitement n'a pas permis à l'étudiant d'avoir le temps d'utiliser cette possibilité de manière durable.

##### **IV.2.3.2.a. Nécessité d'établir un contrat thérapeutique**

Apparemment, cette nécessité a été insuffisamment prise en considération lors de la première séance. En effet, il ressort des notes de l'étudiant que la discussion du contrat thérapeutique est restée focalisée sur la description du cadre, c'est-à-dire l'agenda, la localisation, le rythme et la durée des séances. Pour le reste le psychothérapeute estudiantin a retenu que la patiente n'avait pas désiré parler des buts du traitement ni de la nature du travail psychologique à effectuer dans le cadre de la psychothérapie. Il a noté que Madame J. estimait inutile de revenir sur ce qui avait été dit à ce sujet lors de sa présentation au groupe d'indication et qu'il n'avait pas jugé utile de l'inciter à y revenir.

Après la rupture, en constatant que Madame J. refusait tout contact, l'étudiant s'est rendu compte qu'il n'avait pas été judicieux de renoncer à lui expliquer les tenants et aboutissants du contrat thérapeutique de manière approfondie. Il a regretté d'avoir renoncé à clarifier les rôles respectifs des deux protagonistes de la relation thérapeutique et les règles que l'un et l'autre devaient s'engager à respecter. Il s'est reproché d'avoir laissé passer l'occasion de signaler à Madame J. qu'elle devait s'abstenir d'agir, mais qu'elle pouvait tout dire, y compris

exprimer des reproches ou des critiques à son égard, afin de pouvoir en discuter avec lui pour élucider le problème et trouver des solutions.

Il pensait aussi qu'en définissant le contrat thérapeutique de manière approfondie, il aurait pu aborder la question de la terminaison de la psychothérapie. Une discussion à ce propos lui aurait permis d'expliquer qu'il faut éviter une rupture de contact car, même en cas d'arrêt prématuré du traitement, il est préférable de prendre congé dans de bonnes conditions, c'est-à-dire en s'expliquant ouvertement.

#### ***IV.2.3.2.b. Capacité de définir et de respecter le cadre thérapeutique***

Dans le cas particulier de Madame J., il est évident que cette capacité a fait défaut. Si le cadre a été sommairement défini lors de la première séance, cette définition n'a pas été intégrée dans une explicitation des autres éléments du contrat thérapeutique, notamment ceux qui déterminent la manière de mettre fin au traitement en évitant une rupture.

#### ***IV.2.3.2.c. Aptitude de la patiente à participer activement au travail psychologique***

Lors des investigations préliminaires effectuées par le groupe d'indication, Madame J. a parlé librement, en racontant ce qui lui était arrivé sans manifester de réticence. Le contenu de son discours laissait supposer que sa capacité d'introspection était suffisante pour lui permettre de participer au travail psychologique à effectuer dans le cadre d'une psychothérapie de soutien d'orientation psychodynamique.

#### ***IV.2.3.2.d. Spécificité des interventions du psychothérapeute étudiantin***

Il ressort des notes de l'étudiant qu'il est peu intervenu. Cependant, il a constaté que la patiente évoquait ce qui lui était arrivé avec distance. En effet, il a relevé que Madame J. décrivait ses cauchemars et ses préoccupations « comme si cela n'existait pas vraiment pour elle car il n'y avait pas d'émotions dans tout ce qu'elle racontait ». Par conséquent, il a posé quelques questions pour inciter Madame J. à parler de ses émotions, de ses sentiments ou des variations de son humeur, mais il n'a obtenu que des réponses laconiques qui ramenaient la discussion sur les répercussions somatiques du vécu éprouvé lors des événements en question.

#### **IV.2.3.3. En ce qui concerne la possibilité de prendre en considération l'inconscient et d'acquérir une sensibilité aux phénomènes de transfert et de contre-transfert**

Dans le cas de Madame J., le psychothérapeute étudiantin n'a pas eu le temps d'accéder à cette possibilité, au cours des deux séances auxquelles s'est limitée cette tentative de psychothérapie sans lendemain. En examinant ce que l'étudiant a relaté de ces deux séances, on ne trouve aucun indice qui aurait pu lui permettre de prévoir la brusque défection à laquelle il a été confronté. Au contraire, il a noté que la patiente se montrait

paisible et qu'elle paraissait disposée à lui faire confiance. Etant donné que Madame J. a interrompu le traitement en refusant tout contact ultérieur, l'étudiant n'a obtenu aucune information au sujet des motifs de sa défection.

#### ***IV.2.3.3.a. Référence aux particularités de l'attitude et des manifestations affectives de la patiente***

L'étudiant a noté que la patiente se montrait détendue et souriante en début de séance, puis qu'elle restait relativement neutre sur le plan affectif. Il a relevé qu'elle paraissait avoir besoin de parler car elle se montrait volubile.

Madame J. a verbalisé des sentiments de culpabilité à propos du traumatisme subi par son cousin lors de l'accident. Bien qu'elle ait discuté de cela avec plusieurs personnes de sa famille qui ont toutes tenté de la déculpabiliser, elle continuait de se sentir responsable de ce qui était arrivé, allant jusqu'à imaginer que les parents de son cousin pourraient lui en vouloir et songer à se venger.

#### ***IV.2.3.3.b. Référence aux particularités des perceptions et des réactions affectives du psychothérapeute étudiantin***

L'étudiant a été très surpris par la rupture inopinée d'un contrat thérapeutique qui paraissait pourtant avoir été bien accepté. Sa déception et sa perplexité étaient d'autant plus grandes qu'il avait eu l'impression que la psychothérapie débutait dans de bonnes conditions.

En effet, il a noté que la patiente lui semblait à l'aise, confiante et apparemment bien disposée pour commencer un travail d'introspection. L'ambiance relationnelle lui semblait « amicale » et il a constaté que la patiente évoquait ses troubles cardiovasculaires en reconnaissant que le cœur est lié aux sentiments, ce qui paraissait de bon augure.

Par conséquent, le psychothérapeute étudiantin s'est senti désemparé par un mélange d'irritation et de culpabilité, se demandant dans quelle mesure il avait commis des erreurs sans s'en rendre compte. Privés comme lui des informations qui auraient permis d'y parvenir, les superviseurs n'ont pas eu la possibilité de l'aider à élucider les causes de cette rupture. Il est donc resté seul avec ses doutes.

#### **IV.2.4. PSYCHOTHÉRAPIE DE MONSIEUR K.**

Dans les notes de l'étudiant qui a traité Monsieur K., on trouve en substance que :

#### **IV.2.4.1. En ce qui concerne la capacité de laisser le patient parler librement et d'écouter attentive des associations d'idées en conservant une sensibilité aux modulations affectives correspondantes**

Au début du traitement, Monsieur K. s'exprimait spontanément et le psychothérapeute étudiantin pouvait le laisser parler librement sans trop de difficultés.

Par la suite, lorsqu'il a rechuté dans sa toxicomanie, les effets des drogues ont souvent perturbé l'association de ses idées, ce qui nécessitait des interventions plus fréquentes en raison des facteurs de risque qu'il fallait tenter de maîtriser à cause des aléas de son évolution.

#### ***IV.2.4.1.a. Particularités du discours et des réactions émotionnelles du patient***

Il ressort des notes de l'étudiant que le discours du patient était principalement constitué par des rationalisations auto-justificatives. Ces rationalisations tendaient généralement à minimiser ses problèmes et à projeter sur l'entourage tant la cause de ses difficultés que la responsabilité de lui donner les moyens de les surmonter.

Dans ce contexte, le psychothérapeute étudiantin a constaté que le patient manifestait ses velléités d'introspection de manière ambivalente. D'une part, il prétendait avoir « toutes les bonnes cartes en main pour effectuer une réflexion sur lui-même », d'autre part, il pensait « ne pas pouvoir jouer ces cartes comme il faut » car la cure de désintoxication et le programme de réhabilitation psychosociale qu'il avait entrepris étaient « trop fatigants ».

A cela s'ajoutait la verbalisation récurrente d'une méfiance hostile et dénigrante à l'égard de l'étudiant dont les compétences étaient régulièrement mises en doute.

Par ailleurs, hormis la colère qui suscitait de temps à autre des manifestations d'hostilité à l'égard du psychothérapeute, Monsieur K a présenté quelques épisodes de labilité émotionnelle lorsque la récurrence de sa toxicomanie provoquait un désarroi important.

#### ***IV.2.4.1.b. Particularités des interventions du psychothérapeute étudiantin***

Autant que possible, l'étudiant s'est efforcé de laisser son patient parler librement. Lorsqu'une occasion propice lui en donnait l'opportunité, il a incité Monsieur K. à parler de lui plutôt que des autres, que ce soit en lui posant des questions pour l'encourager à décrire ce qu'il ressentait ou en le ramenant à lui-même par un commentaire approprié.

#### ***IV.2.4.2. En ce qui concerne la possibilité de dépasser une relation médecin-malade banale pour remplir les conditions d'une relation psychothérapique***

En raison de la propension à l'autoréférence exclusive et des tendances manipulatrices qui caractérisaient le fonctionnement de la personnalité de Monsieur K., il s'est rapidement avéré que le psychothérapeute étudiantin aurait beaucoup de difficultés à accéder à cette possibilité.

Dans ces conditions, il s'est trouvé dans une situation qui le rendait relativement dépendant de la supervision pour assumer son rôle de psychothérapeute face à un patient dont la méfiance dénigrante mettait constamment en doute ses compétences et la validité de son activité thérapeutique.

#### ***IV.2.4.2.a. Nécessité d'établir un contrat thérapeutique***

Lors de sa rencontre avec le groupe d'indication, Monsieur K. a formulé des attentes qui ont permis de déterminer l'objectif du traitement avec son accord. La psychothérapie avait deux buts corollaires. Le premier but était d'élaborer la compréhension psychologique des difficultés personnelles et relationnelles inhérentes à sa cure de désintoxication dans le cadre du programme de réhabilitation psychosociale entrepris à la Fondation des Oliviers. Le second but était de prolonger cette élaboration pour l'aider à comprendre les raisons profondes qui l'avaient poussé à dériver dans la toxicomanie en quittant sa famille et, dans ce contexte, plus particulièrement ce qui exacerbait son problème relationnel avec son père.

Le patient n'a pas remis en question ce double objectif. En revanche, il n'a pas tardé à contester sa possibilité de l'atteindre avec le psychothérapeute étudiantin auquel il a d'emblée déclaré qu'il n'avait pas assez confiance en lui pour aborder « des problèmes de fond ». Selon ses dires, Monsieur K. estimait qu'il ne pourrait parler que d'événements récents car, en raison de l'inexpérience de l'étudiant, il serait « obligé de refouler en lui » ce qu'il aurait à lui dire à propos de son passé.

Il n'en reste pas moins qu'il est quand même parvenu à évoquer les aléas de son adolescence, d'une manière ou d'une autre, à certains moments du traitement ou le fléchissement de ses résistances lui permettait de se laisser aller à faire quelques confidences.

#### ***IV.2.4.2.b. Capacité de définir et de respecter le cadre thérapeutique***

L'instauration du cadre qui allait déterminer le déroulement du traitement ne s'est pas réalisée sans que le psychothérapeute étudiantin soit confronté à l'attitude revendicatrice de son patient. Si le lieu et le rythme hebdomadaire des séances ne furent pas contestés, c'est l'horaire qui ne convenait pas à Monsieur K., cela pour des raisons de commodités personnelles qui ne correspondaient en fait qu'à un futile prétexte.

Avec l'accord des superviseurs l'étudiant accepta de faire une concession pour éviter de courir le risque d'une rupture impulsive du traitement. Après quelques tergiversations, le patient a fini par accepter le nouvel horaire proposé.

Par la suite, malgré plusieurs velléités d'interruption qui sont restées sans lendemain, Monsieur K. est régulièrement venu aux rendez-vous fixés. Néanmoins, plutôt que de

chercher à comprendre ce qui l'incitait à le faire, il a passé à l'acte en quittant, sans prévenir, l'établissement socio-éducatif où il effectuait sa cure de désintoxication. Il a alors rechuté dans la toxicomanie. En raison des difficultés inhérentes cette rechute, le psychothérapeute étudiantin a dû résister à diverses tentatives de manipulation visant à le faire sortir de son rôle pour l'entraîner dans celui d'un assistant social.

#### **IV.2.4.2.c. Aptitude du patient à participer activement au travail psychologique**

Au début du traitement, Monsieur K. a verbalisé un désir de « réfléchir par lui-même », en affirmant avoir acquis une « bonne capacité de réflexion personnelle ».

D'autre part, l'étudiant a relevé que son patient s'était rendu compte de sa tendance à toujours « attendre des stimulations provenant de l'extérieur » et qu'il avait admis avoir besoin d'aide pour parvenir à éviter de « tout attendre des autres ».

Par ailleurs, le psychothérapeute a aussi noté que son patient avait conscience des dérives de son idéation, car il lui arrivait de parler spontanément de sa « paranoïa », notamment lorsqu'il s'apercevait que sa perception des sentiments ou des intentions d'autrui n'était pas réaliste. Ainsi, par de fugaces prises de conscience, il parvenait momentanément à se rendre compte que ses distorsions cognitives l'empêchaient de percevoir de manière « assez juste » ce qui se passait en lui-même, lorsque des idées irréalistes de concernement altéraient ses rapports avec autrui.

Par conséquent Monsieur K. n'était pas dépourvu de la capacité de participer activement au travail psychologique. Malheureusement, la plupart du temps, cette aptitude était inhibée par ses réticences vis-à-vis du psychothérapeute étudiantin.

Il ressort des documents à disposition que l'attitude défensive de Monsieur K. l'incitait fréquemment à contester sa possibilité d'atteindre les objectifs de la psychothérapie avec l'étudiant qu'on lui avait attribué comme psychothérapeute.

En répétant qu'il n'avait pas assez confiance pour aborder ce qu'il désignait de façon abstraite comme « des problèmes de fond », il imputait au psychothérapeute étudiantin la responsabilité de sa détermination à ne parler que d'événements actuels. Cette projection défensive montrait sa résistance à l'élucidation de sa conflictualité interne.

D'ailleurs cette résistance se manifestait aussi dans sa manière d'extérioriser cette conflictualité dans des évocations factuelles de ses démêlés avec autrui, en évitant de chercher à élucider la problématique intrapsychique sous-jacente.

Néanmoins, à diverses occasions, Monsieur K. a quand même laissé émerger des réminiscences de son vécu relationnel passé. Cette émergence apparaissait notamment lorsqu'il faisait allusion au sentiment de culpabilité qu'il lui arrivait de ressentir confusément,

sans raison apparente, dans sa situation actuelle. En cherchant à élucider l'origine de ce sentiment, il s'est référé aux problèmes existentiels qu'il avait eus au cours de son adolescence. Cette référence l'a amené à évoquer les aspects affectifs des difficultés relationnelles qu'il avait alors avec ses parents et plus particulièrement avec son père.

#### **IV.2.4.2.d. Spécificité des interventions du psychothérapeute étudiantin**

Confronté aux difficultés résultant de l'attitude défensive et des résistances de Monsieur K., le psychothérapeute étudiantin a été souvent décontenancé par le comportement de son patient. Quoi qu'il en soit, il s'est efforcé de conserver son rôle en s'adaptant le mieux possible à ce que le patient manifestait.

Tout en lui montrant qu'il supportait ses provocations et résistait à ses tentatives de manipulation sans se laisser impressionner outre mesure, l'étudiant a effectué des interventions de soutien, par des questions ou des commentaires qui lui paraissaient les plus appropriés en fonction des circonstances.

Avec l'aide des superviseurs, il s'est efforcé de mettre en évidence ce que Monsieur K. parvenait à dire de lui-même, pour éviter que cela se perde dans une discussion trop superficielle sur les aléas de son évolution.

En se souvenant de l'hypothèse psychodynamique formulée par le groupe d'indication, l'étudiant a compris que le conflit intrapsychique de son patient s'extériorisait en opposant, d'une part, une volonté de s'affirmer par la revendication quérulente d'autonomie et, d'autre part, un besoin contradictoire de régression apaisante dans la dépendance. Il s'est ainsi rendu compte que quelque chose de ce conflit se jouait aussi dans le cadre de la psychothérapie. Cette compréhension lui a permis de montrer à Monsieur K. qu'il avait perçu et compris son besoin d'exprimer un désarroi intime par des revendications ou des provocations.

Par ailleurs, à partir du moment où le patient a recommencé à se droguer, le psychothérapeute lui a fait part de son inquiétude à son sujet, notamment en se préoccupant des risques auxquels il s'exposait. Dès lors, la prise en considération des dangers encourus et la valorisation des efforts effectués pour s'en prémunir ont permis à la relation thérapeutique de résister aux velléités de rupture.

Dans ce contexte, l'étudiant est parvenu à trouver diverses occasions d'élucider les mécanismes d'autojustification et d'opposition réactionnelle qui détournaient son patient de la cure de désintoxication qui s'avérait indispensable. Ces interventions ont encouragé le patient à dépasser son refus et il a fini par décider de recommencer une cure de désintoxication, en acceptant finalement de reprendre contact avec l'institution socio-éducative spécialisée qu'il avait quittée de manière intempestive.

#### **IV.2.4.3. En ce qui concerne la possibilité de prendre en considération l'inconscient et d'acquérir une sensibilité aux phénomènes de transfert et de contre-transfert**

Lors de l'indication au traitement, Monsieur K. a clairement formulé le désir d'améliorer sa relation avec ses parents en abordant ce qu'il appelait « le nœud envers son père ». Ensuite, dès le début du traitement, il a conflictualisé sa relation avec son psychothérapeute. De plus à certaines occasions il a manifesté son besoin d'aide par la régression momentanée dans une attitude désespérée.

A partir de ces constatations, en observant les aléas relationnels qui ont caractérisé la collaboration de Monsieur K. avec le psychothérapeute étudiantin, on peut supposer que le transfert concernait, tour à tour, les deux images parentales. Il s'agissait plus particulièrement et le plus souvent du personnage du père comme cible d'hostilité et de révolte, mais, occasionnellement, il s'agissait vraisemblablement aussi du personnage de la mère, lorsque des besoins de compréhension apaisante, consolante ou déculpabilisante se manifestaient.

Avec l'aide des superviseurs, l'étudiant a compris la nature transférentielle des sentiments d'hostilité dénigrante que Monsieur K. a manifestés à son égard. Cette compréhension lui a permis de les supporter, en maîtrisant des sentiments contre-transférentiels d'irritation, de lassitude ou d'impuissance. Il a aussi conservé une attitude empathique empreinte du souci qu'il se faisait pour les risques encourus par son patient et les préoccupations qu'il avait pour son avenir, en craignant qu'il le quitte et qu'il lui arrive malheur.

##### ***IV.2.4.3.a. Référence aux particularités de l'attitude et des manifestations affectives du patient***

Il ressort des notes de l'étudiant qu'au début de la psychothérapie, Monsieur K. souhaitait affirmer sa présence et sa personnalité. Il verbalisa ce souhait en revendiquant des conditions où il « n'avait pas de proches qui l'empêchent de vivre ». En disant cela, il a mentionné qu'il pensait, entre autre, à sa famille. Il voulait, disait-il, « s'accorder le droit de vivre ses sentiments », cela en précisant immédiatement de façon dénigrante qu'il n'avait pas envie de « travailler » avec un psychothérapeute étudiantin inexpérimenté.

Par la suite, le patient a évoqué sa tendance à « fuir », à « louvoyer », avant d'évoquer des craintes au sujet de la psychothérapie. Il a expliqué ces craintes en disant qu'il avait l'impression de refouler en lui ce qu'il voudrait dire de son passé par manque de confiance. Peu après il a évoqué son désir de rapprochement avec son père en signalant que, lorsqu'il était adolescent, ce dernier était très réservé car « il lui en coûtait beaucoup de communiquer avec les autres », ce qui le rendait « renfermé ». Puis le patient a évoqué de façon réprobatrice la « tendance à tout garder pour soi », avant de signaler un sentiment de

culpabilité en faisant allusion à son besoin de se sentir privilégié par rapport aux autres. Il a ajouté qu'il se sentait également coupable vis-à-vis de son père parce qu'il se rendait compte qu'« ils ne se disaient rien ».

A un autre moment de la thérapie, Monsieur K. a déploré qu'il « ne se décoincit pas encore au niveau profond », en incriminant le psychothérapeute auquel « il ne se voyait pas parler de ce niveau plus profond ». Par la suite il a évoqué le problème du respect des règles en reconnaissant qu'à ce sujet il pouvait être « de mauvaise foi », puis il a associé sa difficulté à accepter des règles avec ses difficultés d'approfondir son introspection. Par ailleurs, il a manifesté le désir d'être apprivoisé et retenu quand il disait vouloir fuir.

A une autre occasion, alors qu'il parlait de son départ intempestif de l'institution socio-éducative où il avait résidé, le patient a mentionné que les « femmes de ménage » de cette institution avaient critiqué la manière dont il se distinguait des autres pensionnaires, mais il a affirmé qu'il avait pris leurs remarques comme un compliment signalant son « originalité ». Il ajouta qu'il éprouvait le besoin de demander à des personnes de son entourage comment elles le percevaient, cela en signalant que c'était surtout « l'affectif » qui le préoccupait.

Encore à un autre moment de la psychothérapie, alors que l'étudiant tentait d'élucider avec lui la cause de ses demandes réitérées de changer de psychothérapeute, évitant pour une fois de manifester une méfiance dénigrante, Monsieur K. déclara à l'étudiant qu'il voulait poursuivre la démarche psychothérapeutique et « continuer de travailler avec lui ». Puis, après avoir parlé d'autre chose durant quelques séances, il a évoqué son besoin d'être « soutenu par sa mère », une femme « qui ne se laisse jamais abattre et qui a toujours tout supporté » alors que son père restait un peu en retrait. Peu après, le patient s'est plaint d'avoir souffert d'une « carence paternelle » car son père « était là mais il ne disait jamais rien ».

##### ***IV.2.4.3.b. Référence aux particularités des perceptions et des réactions affectives du psychothérapeute étudiantin***

Les notes du psychothérapeute étudiantin montrent qu'il a eu beaucoup de difficultés à s'adapter au manque de cohérence du discours de Monsieur K. En effet, l'étudiant a souvent constaté qu'il avait de la peine à comprendre ce que ce dernier voulait lui dire car les enchaînements de ses associations lui paraissaient obscurs. Il apparaît dans les documents à disposition que les brusques changements de sujet de discussion étaient régulièrement entremêlés de déclarations méfiantes ou dénigrantes à son égard. Ces imbroglios lui faisaient perdre le fil de ce qu'il écoutait, d'autant qu'il se sentait péniblement discrédité et souvent confronté à des menaces de rupture.

Dans ces conditions, les silences qu'il respectait pour laisser libre cours aux associations de son patient étaient difficiles à dimensionner, car il sentait que Monsieur K. avait besoin qu'on lui parle et que sa tolérance à la frustration était très faible. Par conséquent, il craignait que le « reproche de ne rien dire » vienne alourdir les récriminations de son patient en exacerbant son hostilité.

Dans ce contexte, en notant ce qu'il ressentait, le psychothérapeute étudiantin a décrit son vécu relationnel de manière symbolique en signalant qu'il avait l'impression d'être assis avec son patient « dans la salle d'attente d'une gare ». Par la suite, en écoutant son patient qui lui parlait des gens qu'il trouvait « grincheux » dans son entourage, l'étudiant a pris garde à l'impression d'ennui qui découlait de sa métaphore ferroviaire. En effet, à cette occasion, il a noté qu'il s'était senti concerné par cette remarque en ayant le sentiment que son patient lui donnait un avertissement ; c'est-à-dire qu'il l'informait qu'il devait « éviter d'être ennuyeux s'il voulait qu'il reste avec lui ».

A ce propos, l'étudiant s'est rendu compte que ses sentiments étaient dominés par la crainte que son patient le quitte. Mais il a discerné aussi que la contestation redondante de ses compétences l'ennuyait beaucoup, à tel point que la crainte de perdre son patient se transformait parfois en celle d'en arriver à « l'envoyer paître », pour l'inciter à aller se faire traiter ailleurs par quelqu'un de plus expérimenté comme il déclarait le souhaiter.

Cette prise de conscience a amené l'étudiant à surmonter ses craintes et à maîtriser sa contre-attitude. Dans ces pénibles circonstances, il a compris qu'en lui parlant de façon décousue de sa vie relationnelle en général, Monsieur K. lui parlait indirectement de ce qui se passait dans la relation thérapeutique qui s'était instaurée tant bien que mal.

Cette compréhension a facilité l'investissement du statut de psychothérapeute, dont la tâche est de rester à l'écoute des associations libres, en attendant une occasion opportune pour intervenir. Dans cette perspective, l'étudiant a trouvé un moment opportun pour dire à son patient qu'il savait que certains sujets étaient très difficiles à aborder ; cela en lui déclarant de façon convaincante qu'il acceptait sa réticence à lui en parler. Cette intervention a contribué à atténuer l'aspect négatif du transfert, mais sans le faire disparaître pour autant.

En ayant l'intuition que son patient avait besoin d'être rassuré quant à la suite de la psychothérapie, l'étudiant a ouvert une discussion au sujet de la crainte qu'avait Monsieur K. que son psychothérapeute ne soit pas à la hauteur. En acceptant le dialogue à ce propos, le patient a expliqué qu'il craignait de « fuir malgré lui » si le manque d'expérience ne permettait pas à son psychothérapeute de rester suffisamment « vigilant ». Par la suite, Monsieur K. est revenu sur ce thème en déclarant qu'il avait encore de grandes difficultés

pour « aborder des sujets plus intimes » mais qu'il pourrait éventuellement « se laisser apprivoiser ».

Les superviseurs ont montré à l'étudiant que les difficultés relationnelles actuelles ou anciennes de son patient se « rejouaient » de cette manière dans la relation thérapeutique. A ce propos, ils l'ont aidé à ne pas idéaliser outre mesure son rôle de psychothérapeute et ils l'ont incité à se contenter d'interventions érudites relativement banales en évitant d'être trop interprétatif.

Dès lors, en supportant de rester fréquemment exposé à la méfiance dénigrante de Monsieur K., le psychothérapeute étudiantin a persévéré dans la recherche des opportunités d'élucidation qu'il pouvait déceler, de temps autres, dans les péripéties associatives aléatoires qui caractérisaient le discours de son patient. C'est ainsi qu'il est parvenu à « relever au vol » des phrases que ce dernier « lâchait, l'air de rien ».

En repérant des « leitmotiv » dans les redondances du discours capricieux de son patient, il a trouvé la possibilité d'aborder avec lui le problème de ses relations familiales. Sans renoncer à répéter qu'il se sentait mal à l'aise pour en discuter avec un étudiant et qu'il lui était « pénible de venir aux séances », Monsieur K. est quand arrivé à aborder ses problèmes relationnels avec ses parents. Au fil des séances, où il continuait malgré tout de venir à l'heure, le patient est donc parvenu à évoquer épisodiquement, par bribes successives, ce qu'il avait éprouvé autrefois dans sa relation avec son père et sa mère ou ce qu'il ressentait dans ses rapports actuels avec eux. Dans ce contexte, l'étudiant a noté que les silences étaient moins pesants et que son patient reprenait parfois spontanément la parole pour continuer la discussion.

En supervision, lors du partage des impressions en groupe, le psychothérapeute étudiantin a compris que le départ intempestif de l'établissement socio-éducatif, l'interruption de la cure de désintoxication et la rechute de la toxicomanie étaient des passages à l'acte qui le situaient symboliquement dans la position d'un père face à l'équivalent d'une tentative de suicide de son enfant. Il ressort des notes à ce sujet que les superviseurs ont commenté cette allégorie en disant à l'étudiant qu'il devait dès lors « se soucier de la survie de son patient » qui « s'est jeté dans la fosse aux lions » : en manifestant le « besoin que quelqu'un le sauve de là ».

Dans ces circonstances, le psychothérapeute étudiantin a trouvé l'occasion et les mots pour montrer à son patient qu'il comprenait sa révolte contre les impératifs de la cure de désintoxication. Sans se montrer trop réprobateur pour autant, il lui a expliqué qu'à son avis, sa révolte l'avait amené à réagir « comme un enfant qui ne supporte pas les directives à respecter et qui les transgresse parce qu'il est très en colère ».

Par la suite, en résistant aux manipulations qui visaient à le faire sortir de son rôle pour lui conférer celui d'un assistant social, l'étudiant a écouté son patient évoquer les scabreux aléas de son évolution. Dès lors, d'une séance à l'autre, le psychothérapeute étudiantin a manifesté son inquiétude à propos des risques encouru par Monsieur K. et il lui a montré qu'il percevait son désarroi et sa tristesse, malgré les rodomontades visant à les masquer.

Par ailleurs, l'étudiant est parvenu à lui montrer que son rôle de psychothérapeute ne consistait pas à réaliser les choses à sa place, mais à l'aider à faire des choix judicieux pour trouver les moyens de s'en sortir. A ce stade du traitement, le psychothérapeute étudiantin a effectué des interventions de soutien empathiques et compréhensives, notamment en reconnaissant et en approuvant les efforts que faisait le patient pour surmonter son désarroi et ses réticences afin de trouver des solutions pour résoudre ses problèmes.

C'est dans ce contexte que Monsieur K. est parvenu à évoquer son besoin de soutien maternel et sa frustration vis-à-vis d'un père relativement distant et taciturne, avant de se décider, au terme de la psychothérapie étudiantine, à recommencer à se désintoxiquer en poursuivant le travail psychothérapeutique amorcé avec l'étudiant à la consultation d'un psychiatre installé.

## CHAPITRE V

### V. ÉVALUATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS DE L'EXPÉRIENCE PILOTE DE PSYCHOTHÉRAPIE ESTUDIANTINE

**Thème : étude du fonctionnement du dispositif expérimental et de la réalisation des psychothérapies étudiantines**

- Appréciation générale du résultat global de l'expérience
- Appréciation des résultats en fonction des objectifs généraux de l'expérience
- Appréciation des résultats en fonction des buts particuliers du concept expérimental
- Appréciation de l'alliance thérapeutique dans le cadre des psychothérapies étudiantines
- Commentaire à propos des conditions de réalisation des psychothérapies étudiantines

## V.1. GÉNÉRALITÉS

Les documents à disposition constituent une base de données permettant d'évaluer le résultat de l'expérience pilote lausannoise de psychothérapie estudiantine.

Si l'on distingue les éléments qui la constituent, cette base de données est structurée comme le montre le tableau suivant.

BASE DE DONNÉES		
TYPES DE DONNÉES	CARACTÉRISTIQUES	SOURCE ET CONTENU
Données objectives	Événements factuels	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relevé des informations au sujet de la réalisation de l'expérience :               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ renseignements au sujet de la préparation, de la structure, de l'organisation et du fonctionnement du dispositif expérimental.</li> </ul> </li> </ul>
	Actions concrètes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recueil des informations cliniques au sujet des traitements :               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ faits rapportés concrètement dans le contenu des dossiers établis par les étudiants qui ont participé à l'expérience.</li> </ul> </li> </ul>
Données subjectives	Point de vue personnel des étudiants	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Résumé des psychothérapies :               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ mentions rédigées par les étudiants au sujet des troubles de leurs patients et de leurs attitudes dans le cadre de la relation thérapeutique.</li> </ul> </li> </ul>
	Vécu subjectif des étudiants	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Notes des séances de psychothérapie et compte-rendu des séances de supervision :               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ relevé des évocations du vécu relationnel ou émotionnel en situation de psychothérapeute estudiantin.</li> <li>→ mentions des réactions affectives et des réflexions des étudiants à propos de leur situation ou de leur rôle dans la relation thérapeutique.</li> </ul> </li> </ul>

L'utilisation de cette base de données a permis une l'évaluation procédant de deux intentions complémentaires :

- la première est celle d'effectuer une appréciation générale du résultat global de l'expérience, à partir des éléments factuels ou concrets des données objectives.

- la seconde vise à approfondir et à compléter l'estimation globale par une appréciation particulière de la réalisation des psychothérapies estudiantines fondée sur une étude qualitative des informations contenues dans les données subjectives.

Précisons à ce sujet que l'évaluation ne porte que sur l'organisation ou le fonctionnement du dispositif expérimental et sur la qualité de l'expérience de psychothérapie estudiantine telle qu'elle peut être appréciée en se basant sur le point de vue personnel des étudiants qui l'ont vécue.

Dans ce contexte, quoi que l'on puisse estimer de leur résultat sur la base des informations à disposition, les psychothérapies qui entrent en ligne de compte ne sont pas évaluées en tant que telles quant à leur rapport d'efficacité/inefficacité dans l'évolution des patients concernés.

En effet, une telle ambition évaluative aurait requis un procédé méthodologique nécessitant la constitution d'un groupe de contrôle, l'engagement d'investigateurs neutres, une standardisation des conditions d'observation et l'utilisation d'instruments d'évaluation appropriés. Un tel équipement n'était pas prévu parce que son utilisation n'entraîne pas dans les objectifs de l'expérience pilote.

Par conséquent, l'évaluation se fonde sur une étude de type naturaliste. C'est-à-dire une étude descriptive qui définit le cadre institutionnel et les conditions d'expérimentation dans lesquelles les psychothérapies estudiantines ont été réalisées. Il s'agit donc d'une démarche qui se situe dans le domaine de la « recherche-action ». Dès lors, cette démarche vise essentiellement à déterminer, par approximations successives, de quelle manière et dans quelle mesure les buts prédéterminés de l'expérience ont pu être atteints.

## V.2. APPRÉCIATION GÉNÉRALE DU RÉSULTAT DE L'EXPÉRIENCE

En première approximation, il convient d'apprécier globalement le résultat factuel de la mise en œuvre et du fonctionnement du dispositif expérimental.

### V.2.1. RÉSUMÉ DES DONNÉES OBJECTIVES

Les données objectives permettent de faire la synthèse du résultat de l'expérience de la manière suivante :

SYNTHÈSE DU RÉSULTAT SUR LE PLAN FACTUEL						
CAS	INDICATION		Durée du TTT (mois)	Nombre de séances		Fin de traitement
	Affection somatique	Affection psychique		Réalisées / total	Manquées	
M. H.	Hypertension artérielle	Anxiété généralisée et syndrome d'épuisement réactionnels à des difficultés professionnelles chez une personnalité névrotique à traits obsessionnels et abandonniques	8	32/37	5	Concertée au terme de l'expérience
Mme I.	Lombalgies	Angoisse de persécution dans le cadre d'un syndrome de déréalisation, chez une personnalité prépsychotique affectée d'un probable trouble dissociatif de l'identité non spécifique	8	26/35	9	Concertée au terme de l'expérience
Mme J.	Hypertension artérielle	Séquelles de syndrome post-traumatique sous forme de somatisations anxieuses avec angoisse paroxystique épisodique chez une probable névrose de caractère	<1	2/3	1	Rupture précoce par défection
M. K.	Infection par VIH	Polytoxicomanie chez une personnalité borderline à tendance paranoïaque en voie de désintoxication et de réhabilitation psychosociale	5	18/21	3	Hospitalisation à la fin de l'expérience

### V.2.2. ESTIMATION GLOBALE DU RÉSULTAT

Sur le plan factuel, la synthèse du résultat global montre que le fonctionnement du dispositif expérimental a donné l'occasion d'effectuer une psychothérapie de courte durée (5 à 8 mois) à chacun des trois étudiants qui ont participé à l'expérience. Les personnes adressées aux psychothérapeutes étudiants ont été sélectionnées par des médecins somaticiens qui avaient détecté une composante psychopathologique importante dans le syndrome pour lequel ils traitaient ces patients. En observant le tableau qui précède, on constate que les affections psychiques en cause étaient relativement lourdes.

Les deux étudiantes qui ont traité Monsieur H. et Madame I. ont eu la possibilité de conduire la psychothérapie de leurs patients durant 8 mois, selon le programme prévu et de la terminer de manière concertée au terme de l'expérience pilote. Dans ces deux cas, le traitement s'est déroulé régulièrement, respectivement en 37 et 35 séances. Le nombre de séances tombées en raison des vacances du psychothérapeute ou manquées par les patients équivaut à 5 (13,5%) dans le premier cas et 9 (25,7%) dans le second cas. Monsieur H. et Madame I. ont l'un et l'autre refusé de poursuivre leur traitement avec un autre psychothérapeute.

Le troisième psychothérapeute étudiant a été confronté à des problèmes particuliers. En effet, alors qu'elle avait déjà manqué la deuxième séance, sa première patiente, Madame J., a fait défection après la troisième, en refusant d'expliquer les motifs qui l'ont incitée à interrompre le traitement. Ensuite l'initiation de l'étudiant a été réduite à sa participation aux séances de supervision en groupe durant près de trois mois, soit jusqu'à ce qu'un quatrième patient soit adressé au dispositif expérimental. Dans ces conditions la psychothérapie de Monsieur K. n'a duré que 5 mois, soit 21 séances dont 3 manquées (14,3%). Ce traitement s'est terminé au moment d'une hospitalisation qui coïncidait avec le terme de l'expérience pilote, mais le patient a été adressé à un psychiatre installé pour la suite de la psychothérapie.

### V.2.3. APPRÉCIATION DES RÉSULTATS EN FONCTION DES OBJECTIFS GÉNÉRAUX DE L'EXPÉRIENCE PILOTE

Comme nous l'avons montré au terme de l'introduction, les intentions de l'initiateur de l'expérience se traduisent dans la formulation de quatre objectifs généraux<sup>LXIV</sup>.

#### V.2.3.1. Expérimenter le modèle londonien en l'adaptant au contexte lausannois

Etant donné que le concept expérimental avait été élaboré en collaboration avec le Professeur Shoenberg qui dirigeait le dispositif de psychothérapie étudiante de l'« University College Hospital » de Londres, nous avons pu organiser et mettre en œuvre le dispositif expérimental lausannois conformément au modèle anglais qu'il suffisait d'ajuster aux possibilités offertes par le Service de psychiatrie de liaison du CHUV dirigé par le Professeur Guex, initiateur et responsable de l'expérience. Effectuée sous la direction de son chef de service, le Professeur Guex, l'adaptation aux contingences locales n'a pas posé de problème majeur sur le plan de l'organisation.

Trois étudiants en médecine avancés et particulièrement intéressés par la psychologie médicale ont répondu à l'offre du Professeur Guex. Deux proches collaborateurs de ce

<sup>LXIV</sup> Cf. supra : I.1. Introduction.

dernier, les Docteurs Lambert et Viret, l'un et l'autre psychiatres et psychothérapeutes expérimentés, ont accepté de s'engager dans l'expérience comme superviseurs. Quatre patients ont accepté de participer à cette étude pilote. La mise en œuvre du dispositif lausannois et la durée de l'expérience ont permis aux trois étudiants de suivre des patients en s'initiant au rôle et à la fonction du psychothérapeute durant un an, si l'on tient compte des travaux préparatoires.

La seule concession qu'il a fallu faire aux contingences institutionnelles et universitaires lausannoises a été de délimiter le champ de l'expérience dans l'espace temporel d'une année, alors que le modèle londonien fonctionne sans limite de temps.

Nonobstant cette différence qui n'est pas rédhibitoire pour une expérience pilote, on peut considérer sans réserve que le dispositif expérimental lausannois a globalement fonctionné dans des conditions correctement représentatives du modèle de référence.

Par conséquent, il s'avère que l'objectif de reproduire le modèle londonien de psychothérapie estudiantine en l'adaptant au contexte lausannois a été atteint.

#### **V.2.3.2. Trouver les moyens institutionnels de réaliser des psychothérapies estudiantines dans le cadre du Service de psychiatrie de liaison du CHUV**

Le principe qui préside l'instauration d'une psychothérapie de soutien digne de ce nom a été énoncé dans la description de la méthode<sup>LXV</sup> Il consiste en la nécessité d'établir un cadre précisément défini par un contrat thérapeutique. Ce contrat fixe les règles, les buts et les modalités qui déterminent le déroulement et le fonctionnement du traitement.

Etant donné que l'établissement et le maintien d'un consensus au sujet du procédé thérapeutique et des objectifs du traitement sont l'un des facteurs de l'alliance thérapeutique, le respect du contrat joue un rôle important dans les conditions nécessaires à la réalisation des psychothérapies en général.

Par ailleurs, à plus forte raison si elle est effectuée par des étudiants inexpérimentés, la réalisation d'une psychothérapie nécessite une supervision appropriée.

La question de savoir comment ces conditions ont été remplies dans l'expérience lausannoise de la psychothérapie estudiantine trouve sa réponse dans la description du dispositif expérimental<sup>LXVI</sup> et de sa mise en œuvre :

- La base institutionnelle et l'intendance étant assurée par le Service de psychiatrie de liaison du CHUV, des locaux de consultation ont été mis à la disposition des étudiants, de

telle manière qu'ils puissent rencontrer régulièrement leur patient au même endroit, pour des séances hebdomadaires de psychothérapie, d'une durée de quarante-cinq minutes.

- Alors que le Chef de service restait à disposition en cas de problème particulier, deux de ses collaborateurs, eux-aussi psychiatres et psychothérapeutes expérimentés, ont assumé la fonction de superviseurs. Ils ont accompagné régulièrement les étudiants lors de séances de supervision qui avaient la même fréquence hebdomadaire que les psychothérapies elles-mêmes, ce qui assurait un contrôle relativement intensif de l'évolution des traitements.
- Dans l'intervalle séparant les séances du groupe d'indication et le commencement des psychothérapies, la supervision a été inaugurée par des rencontres en groupe consacrées à la préparation du début des traitements. A cette occasion, en donnant consignes et conseils, les superviseurs ont insisté sur la nécessité de veiller au respect du cadre qu'il faut clairement définir dans l'énoncé du contrat thérapeutique.
- Par la suite, le déroulement des séances de supervision a donné la possibilité d'aborder les problèmes inhérents aux aléas de l'évolution des psychothérapies, en permettant au groupe des étudiants de les évoquer et d'en discuter librement sous le contrôle bienveillant et compréhensif des superviseurs.

Par conséquent, il s'avère que le fonctionnement du dispositif expérimental remplissait suffisamment bien les conditions requises par la pratique de la psychothérapie.

On peut donc considérer que l'objectif de réunir les moyens institutionnels nécessaires à l'exercice de la psychothérapie estudiantine a également été atteint.

#### **V.2.3.3. Montrer comment l'expérience de la psychothérapie estudiantine permet d'apprendre en quoi consiste la fonction thérapeutique de la relation médecin-malade**

Les trois étudiants ont estimé que cette expérience pilote s'était bien déroulée et que leur initiation à la psychothérapie s'avérait finalement très enrichissante pour eux. De leur côté, les superviseurs ont estimé que le travail effectué par les étudiants avait eu un résultat positif.

Ces estimations sont confirmées par l'examen approfondi du contenu des dossiers cliniques. En effet, cet examen révèle que les étudiants se sont comportés de la manière suivante :

- ils se sont montrés réceptifs à ce que les superviseurs ont cherché à leur transmettre, tant sur le plan pratique que sur le plan théorique;
- ils ont suivi les directives et les conseils qu'ils ont reçus lors de la préparation du début des psychothérapies;

<sup>LXV</sup> Cf. supra : II.1. Description de la méthode.  
<sup>LXVI</sup> Cf. supra : II.2. Description de l'expérience.

- ils ont conduit les traitements en tenant compte des problématiques dépistées lors des séances d'indication ;
- ils ont abordé les difficultés existentielles ou relationnelles évoquées par leurs patients, en s'efforçant d'en élucider autant que possible les tenants et aboutissants psychologiques ;
- ils ont participé activement aux séances de supervision en se montrant capables d'aborder les problèmes relationnels ou émotionnels survenant en cours de traitement, cela en exprimant leurs sentiments face aux variations de l'attitude des patients à leur égard.

Dans ces conditions, en surmontant des aléas évolutifs parfois stressants avec l'aide des superviseurs, les étudiants ont tous réussi à gérer la relation médecin-patient, en lui conservant durant plusieurs mois un cadre correspondant à celui d'une psychothérapie de soutien.

Mis à part la psychothérapie interrompue au bout de trois semaines, en ce qui concerne les trois traitements qui ont eu une durée correspondant aux limites temporelles du champ de l'expérience, les résumés de psychothérapie permettent d'estimer que, d'une manière ou d'une autre, les trois patients concernés ont tiré un bénéfice du soutien psychologique prodigué par les étudiants psychothérapeutes.

Par conséquent, il s'avère que l'exercice de la psychothérapie effectué dans le cadre du dispositif expérimental a donné aux étudiants l'occasion d'améliorer leur *savoir-être* et de développer leur *savoir-faire* en ce qui concerne l'utilisation de la fonction thérapeutique de la relation médecin-malade.

On peut considérer que l'objectif de montrer comment l'expérience de la psychothérapie estudiantine permet d'apprendre en quoi consiste la fonction thérapeutique de la relation médecin-malade a lui aussi été atteint.

#### **V.2.3.4. Apprécier la finalité et la faisabilité de la psychothérapie estudiantine dans le cadre du cursus universitaire prégradué de la Faculté de Biologie et de Médecine de Lausanne**

Qu'elle ait lieu dans le cadre des institutions universitaires ou ailleurs, la formation à la psychothérapie s'effectue habituellement lors de la spécialisation postgraduée. Les programmes d'enseignement et de contrôle des pratiques varient selon la discipline et le courant théorique (*psychanalytique, écosystémique et relationnel ou cognitivo-comportemental*) dans lequel se situe l'apprentissage. Quoi qu'il en soit, la formation est généralement longue et exigeante. Par conséquent la psychothérapie estudiantine n'entre

pas dans les critères d'une formation à proprement parler. Il s'agit essentiellement d'une initiation.

La première question est celle de la finalité. Bien que la psychothérapie estudiantine soit susceptible d'éveiller des vocations de psychiatre psychothérapeute comme l'exemple londonien l'a montré<sup>LXVII</sup>, son objectif essentiel reste une initiation pratique à la dimension psychologique de la relation médecin-malade, destinée à sensibiliser les étudiants à la fonction thérapeutique de cette relation, cela dans le cadre de la médecine générale. Dès lors qu'elle se situe résolument en-deçà d'une quelconque formation spécialisée, une possibilité d'expérimenter la psychothérapie estudiantine peut logiquement trouver sa place dans le cursus prégradué d'un étudiant en médecine.

A moins d'en avoir fait l'expérience en tant que patient pour des raisons personnelles, les étudiants en médecine conservent, au sujet de la psychothérapie, la même représentation floue et les mêmes préjugés que la population générale. Or, si les connaissances et les compétences acquises durant le cursus prégradué des études de médecine permettent aisément d'aborder les problèmes somatiques d'un patient, elles laissent les étudiants plutôt désarmés lorsqu'il s'agit d'aborder la sphère psychologique où s'inscrit la vie psychique de ce patient.

Par ailleurs, les cours de psychiatrie informent sur les aspects spécifiquement médicaux des divers types de troubles mentaux, c'est-à-dire principalement sur leurs racines psychobiologiques, leurs caractéristiques psychopathologiques et leurs possibilités de traitement. Dans ce contexte, la définition des diverses formes de psychothérapie trouve une toute petite place dans l'inventaire des thérapies non médicamenteuses. Cependant ces informations ne permettent pas de se représenter clairement en quoi consiste effectivement la pratique d'une activité psychothérapeutique.

Au cours de leur cursus universitaire, les étudiants suivent des cours de médecine psychosociale qui traitent des grands thèmes de la psychologie médicale : les étapes du développement de la personnalité humaine, le fonctionnement psychique en général, les divers aspects de la vie relationnelle, la référence au modèle bio-psycho-social et les caractéristiques de la relation médecin-malade. Complété par des exercices intégrant l'utilisation des techniques d'entretiens orientés vers la prise de l'anamnèse psychosociale, cet enseignement de base amorce une sensibilisation aux particularités psychologiques interpersonnelles de la relation médecin-malade. Toutefois, cet enseignement se termine sans que la notion de relation intersubjective et les concepts psychodynamiques puissent être abordés de manière approfondie.

<sup>LXVII</sup> Cf. supra : I.2.3. Expériences de psychothérapies effectuées par des étudiants en médecine.

Comme certains auteurs le reconnaissent, l'habileté thérapeutique ne dépend pas directement des connaissances théoriques. C'est donc par l'exercice de la pratique thérapeutique que l'on intègre et comprend la théorie qui s'y rapporte plutôt que le contraire<sup>96</sup>. Ainsi un futur médecin doit accepter les lacunes de son savoir et les supporter au moment de commencer son apprentissage de la pratique thérapeutique.

Par conséquent, d'autant qu'elle s'installe résolument dans le domaine de la psychologie médicale en général, c'est précisément dans le prolongement des cours de médecine psychosociale que se situe la psychothérapie estudiantine telle que nous l'avons expérimentée.

La seconde question est celle de la faisabilité. Elle est partiellement résolue par la démonstration que les trois premiers objectifs généraux de l'expérience ont été atteints de manière satisfaisante, dans le cadre du Service de psychiatrie de liaison du CHUV, en utilisant l'équipement habituel de ce service, sans que cela pose des problèmes majeurs d'intendance.

Cependant, la réalisation et le résultat de notre expérience ne permettent pas de déterminer précisément où ni comment la psychothérapie estudiantine pourrait trouver une place appropriée de cours à option dans le cadre du cursus prégradué proposé par la Faculté de Biologie et de Médecine de Lausanne. En effet, le programme des études de médecine a considérablement évolué au cours de ces dernières années sous l'effet de réorganisations successives. De plus le Département de psychiatrie du CHUV a été restructuré en raison de son développement. Aussi, sur la base des résultats de notre étude, il serait donc trop aventureux de se prononcer par une proposition au sujet de la localisation institutionnelle ou de la place dans le programme des cours; si encourageante soit-elle notre expérience ne permettrait que des spéculations trop hasardeuses à ce propos.

Ainsi l'appréciation de la finalité confirme la pertinence qu'il y aurait à situer une possibilité optionnelle de pratiquer la psychothérapie estudiantine dans le prolongement de l'enseignement de la médecine psychosociale.

En revanche, bien qu'elle ait démontré la faisabilité de l'expérience pilote en tant que telle, notre étude ne permet pas de déterminer dans quelles conditions, ni sur quelle base institutionnelle dans le cadre du Département de psychiatrie du CHUV, ni à quelle période du cycle de « master » la pratique de la psychothérapie estudiantine pourrait se situer dans le cursus universitaire prégradué de la Faculté de Biologie et de Médecine de Lausanne.

Par conséquent, l'objectif d'apprécier la finalité et la faisabilité de la psychothérapie estudiantine dans le cadre du cursus universitaire prégradué de la Faculté de Biologie et de Médecine de Lausanne n'a été que partiellement atteint.

### V.2.3.5. Résumé de l'appréciation des résultats en fonction des objectifs généraux de l'expérience pilote

SYNTHÈSE DE L'APPRÉCIATION DES RÉSULTATS EN FONCTION DES OBJECTIFS GÉNÉRAUX	
CIBLE À ATTEINDRE	ESTIMATION DU RÉSULTAT
1. Expérimentation du modèle londonien à Lausanne	Le concept expérimental a permis d'adapter le modèle londonien de psychothérapie estudiantine au contexte Lausannois de manière opérationnelle, cela dans les limites temporelles et fonctionnelles d'une expérience pilote réalisée en une année environ.
2. Base institutionnelle appropriée à la réalisation des psychothérapies estudiantines	Les moyens institutionnels habituels du Service de psychiatrie de liaison du CHUV ont permis d'organiser et de mettre en œuvre un dispositif expérimental qui a donné la possibilité de réaliser des psychothérapies estudiantines supervisées de manière appropriée.
3. Démonstration du potentiel pédagogique de la psychothérapie estudiantine	Les conditions d'apprentissage ont procuré aux étudiant(e)s une expérience clinique supervisée qui leur a permis de s'initier, sur le plan pratique, aux aspects thérapeutiques de la relation médecin-malade.
4. Test de l'utilité de la psychothérapie estudiantine dans le cursus des études de médecine à l'Université de Lausanne	La finalité de la psychothérapie estudiantine a été mise en évidence, mais la faisabilité dans le cadre du cursus universitaire prégradué de la Faculté de Biologie et de Médecine de Lausanne n'a été que partiellement démontrée.

L'appréciation générale du résultat global montre que les objectifs de l'expérience pilote de la psychothérapie estudiantine ont été atteints dans les grandes lignes. Cependant, si encourageante soit-elle, cette estimation favorable ne concerne qu'un dispositif expérimental dont le fonctionnement était limité dans le temps alors que le modèle londonien est celui d'un dispositif opérationnel permanent dont le fonctionnement permet des psychothérapies estudiantines de plus longue durée.

De plus, l'appréciation générale du résultat est une première approximation qui ne porte que des aspects factuels sommaires de la réalisation étudiée. Par conséquent, il est nécessaire de prolonger cette première approximation en examinant de manière approfondie comment les étudiants ont réalisé et vécu cette expérience et de quelle manière ils ont surmonté les

problèmes qu'ils ont rencontrés.

#### **V.2.4. APPRÉCIATION DES RÉSULTATS EN FONCTION DES BUTS PARTICULIERS DU CONCEPT EXPÉRIMENTAL**

En complément des objectifs généraux de l'expérience pilote, les organisateurs avaient des attentes en ce qui concerne l'initiation des étudiants à la fonction thérapeutique de la relation médecin-malade.

Dans cette perspective, le concept expérimental de la psychothérapie estudiantine a défini trois buts particuliers. Par conséquent, l'étude qualitative, cas par cas, de l'activité clinique des psychothérapeutes estudiantins a été structurée sur le plan thématique en fonction de ces trois buts particuliers<sup>LXVIII</sup>. A partir des résultats de cette étude, on peut donc effectuer une appréciation générale de la réalisation des psychothérapies estudiantines considérées dans leur ensemble ; cela en prenant comme critère d'évaluation les trois buts en question.

##### **V.2.4.1. Apprendre à être attentif à ce que le patient exprime en parlant librement, que ce soit par association d'idées ou par les modulations affectives correspondantes**

De l'évocation du point de vue personnel des psychothérapeutes estudiantins au sujet de leur activité clinique, il ressort que les trois étudiants se sont efforcés d'atteindre ce but, chacun à sa manière.

A un stade antérieur de leurs études, lors des exercices pratiques effectués dans la dernière partie des cours de psychologie médicale, l'utilisation des techniques d'entretiens orientés vers la prise de l'anamnèse psychosociale leur avait déjà appris à poser des questions ouvertes pour que les patients investigués aient la possibilité de s'exprimer aussi librement que possible en donnant la réponse. Au cours de cette première expérience de la relation médecin-malade ils s'étaient aussi exercés à observer les connotations affectives qui accompagnent les évocations anamnestiques. Par conséquent, les trois psychothérapeutes estudiantins avaient une expérience de base qui leur servait de point de départ pour apprendre à aller plus loin.

Dans ce qu'ils ont évoqué au sujet du processus associatif qu'ils ont décelé dans le discours de leurs patients, on constate qu'ils se sont efforcés d'avoir une attitude attentive et empathique, résolument ouverte à l'écoute des associations d'idées qui apparaissaient dans le discours de leurs patients, lorsque ceux-ci laissaient libre cours à ce qu'ils avaient besoin de dire.

Cependant, les étudiants ont eu des difficultés pour atteindre ce premier but, étant donné que les affections psychiques en cause étaient relativement lourdes et qu'elles perturbaient considérablement le fonctionnement personnel de leurs patients. En effet, en examinant leur propos à ce sujet, on constate que les psychothérapeutes estudiantins ont dû faire des efforts pour maintenir leur attention à des discours dont les contenus étaient souvent superficiels, digressifs ou décousus par un relâchement des associations.

Dans ces conditions, les superviseurs les ont aidés à surmonter ces inconvénients pour détecter ce que leurs patients leur communiquaient de leur problématique psychique intime.

##### **V.2.4.2. Réussir à dépasser les conditions d'une relation médecin-malade banale pour remplir celles d'une relation psychothérapeutique**

L'examen approfondi des résumés de psychothérapie et des comptes-rendus de la supervision montre que les trois étudiants ont cherché à établir un contrat thérapeutique à partir de ce que les patients avaient communiqué lors des séances d'indication au traitement ; cela en tenant compte des discussions qui avaient abouti à une hypothèse psychodynamique dans chacun des cas.

En ce qui concerne la psychothérapie précocement interrompue, l'étudiant a compris rétrospectivement qu'il aurait pu utiliser la négociation du contrat thérapeutique pour définir les règles à respecter en cas de velléité de rupture.

Dans les trois autres cas, le contrat thérapeutique a été négocié de manière à déterminer un cadre propice au déroulement régulier du traitement durant la période prévue pour la réalisation de l'expérience pilote de psychothérapies estudiantines.

L'examen qualitatif des documents à disposition montre que le risque de dérive vers une thérapie de soutien banale a été bien maîtrisé dans tous les cas, de même que celui de s'aventurer dans le registre d'une psychothérapie d'inspiration analytique qui n'était pas à la portée des psychothérapeutes estudiantins. En effet, bénéficiant des conseils des superviseurs, ils ont évité d'interpréter les passages à l'acte ou les absences auxquels ils furent confrontés. Ce qui ne les a pas empêchés d'en tenir compte pour élucider les tenants et aboutissants de ces aléas du traitement.

Dans ces conditions, les étudiants ont tous montré qu'ils ont suscité autant que possible la participation de leurs patients à la compréhension psychologique de ce qu'ils vivaient ou avaient vécu au cours d'événements présents ou passés de leur histoire.

En effet, dans tous les cas, on trouve divers indices qui témoignent qu'en parlant d'eux-mêmes chacun à leur manière, les différents patients sont parvenus occasionnellement à faire preuve d'une certaine aptitude à l'introspection, que ce soit en parvenant

<sup>LXVIII</sup> Cf. supra : IV. Étude qualitative de la réalisation des psychothérapies estudiantines.

momentanément à laisser libre cours à leurs associations sans retenue défensive ou en prenant du recul pour élucider spontanément un élément de leur problématique personnelle.

Dans ce qu'ils ont relevé de leur activité clinique, les étudiants montrent également qu'ils ont cherché à intervenir de manière spécifique dans diverses circonstances. Lorsqu'ils étaient confrontés à des tentatives de manipulations susceptibles de les entraîner hors de leur rôle de psychothérapeute, ils ont démontré à leurs patients, par des interventions explicatives appropriées, qu'il fallait éviter de transformer la relation thérapeutique en une relation interpersonnelle banale.

Comme cela a déjà été mentionné de diverses manières dans ce qui précède, à certaines occasions propices, les étudiants sont intervenus de manière interprétative, pour amener leurs patients à élucider divers aspects de leurs difficultés psychiques.

Il apparaît toutefois que la majorité des interventions des psychothérapeutes étudiantins étaient orientées vers l'étayage des fonctions psychiques les plus opérantes de leurs patients. Notamment lorsqu'il s'agissait de les inciter à dépasser les rationalisations défensives ou auto-justificatrices, afin de les aider à résoudre leurs problèmes existentiels en stimulant les capacités adaptatives qui persistaient dans leur fonctionnement personnel.

#### **V.2.4.3. Parvenir à tenir compte de l'inconscient en se sensibilisant aux phénomènes de transfert et de contre-transfert**

Les étudiants ont été sensibilisés aux phénomènes de l'inconscient lors des séances d'indication à la psychothérapie et lors de la préparation du début des traitements. A ce stade préliminaire de leur activité clinique de psychothérapeute étudiantin, en se référant à ce qui les avait touchés en observant l'attitude ou en écoutant les déclarations des patients qui leur étaient adressés, ils ont formulé diverses suppositions. Avec l'aide des superviseurs, ils ont échafaudé, de cas en cas, des hypothèses psychodynamiques susceptibles de les aider à prendre en considération la conflictualité intrapsychique intime des personnes dont ils allaient conduire la psychothérapie.

En discutant entre eux lors des séances de supervision, les étudiants ont évoqué ce qui les touchait ou les décontençait dans l'attitude ou le comportement de leurs patients.

Ce faisant, qu'il s'agisse des leurs ou de celles de leurs patients, ils évoquaient des attitudes, des paroles ou des manifestations affectives qu'ils apprenaient à élucider. Les commentaires des superviseurs leur ont montré comment ils pouvaient dépasser la description factuelle des événements en question, pour discerner la signification symbolique qu'ils pouvaient avoir dans le cadre de la relation thérapeutique.

Ainsi, en élaborant la compréhension psychologique de leur activité clinique, peu à peu, les psychothérapeutes étudiantins ont découvert que les aléas relationnels ou émotionnels de la communication intersubjective correspondaient à quelque chose d'intime, que leurs patients revivaient inconsciemment, d'une séance à l'autre, au cours du traitement.

Les étudiants sont donc parvenus à se rendre compte que les événements relationnels qui les préoccupaient, ou les déconcertaient, constituaient, en quelques sorte, des avatars de la problématique conflictuelle intrapsychique que leurs patients mettaient en scène, chacun à sa façon, dans le contexte des séances de psychothérapie.

Par conséquent, comme l'examen approfondi de leurs notes le montre, les étudiants ont fait l'expérience intersubjective des phénomènes de transfert et de contre-transfert.

En cherchant à déceler ce que ces phénomènes pouvaient révéler de l'inconscient, il ou elles se sont aperçus qu'il s'agissait principalement de besoins ou de désirs profondément refoulés, parce que les divers drames qui avaient marqué l'évolution infantile ou juvénile des intéressés les avait rendus inavouables.

En prenant conscience des motivations contre-transférentielles qui les incitaient à répondre à ces besoins ou à ces désirs, les psychothérapeutes étudiantins sont parvenus à décoder les aspects maternels ou paternels des mouvements transférentiels dont ils étaient occasionnellement la cible.

Par ailleurs, les aspects affectifs négatifs ou positifs du transfert, c'est-à-dire les manifestations d'hostilité et de méfiance, d'une part, ou d'estime et de confiance, d'autre part, pouvaient s'expliquer dans cette perspective.

En effet, les notes que les étudiants ont rédigées à ce sujet montrent qu'ils ont compris l'origine des manifestations affectives ; cela en déchiffrant leur rapport avec le conflit intrapsychique correspondant aux diverses hypothèses psychodynamiques formulées avec l'aide des superviseurs.

#### V.2.4.4. Résumé de l'appréciation des résultats en fonction des buts particuliers de l'expérience pilote

SYNTHÈSE DE L'APPRÉCIATION DES RÉSULTATS EN FONCTION DES BUTS PARTICULIERS DU CONCEPT EXPÉRIMENTAL	
CIBLE À ATTEINDRE	ESTIMATION DU RÉSULTAT
1. Être attentif aux associations d'idées et aux modulations affectives correspondantes	<p>Ces buts furent atteints avec difficultés en raison :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ de la nature des troubles psychiques des patients intégrés dans l'expérience,</li> <li>▪ de leurs résistances induisant des attitudes souvent déconcertantes.</li> </ul> <p>→ Les étudiant(e)s ont quand même eu la possibilité d'apprendre à y parvenir.</p> <p>→ La supervision les a aidés à trouver des occasions propices pour intervenir de façon appropriée.</p>
2. Remplir les conditions d'une relation psychothérapique	
3. Tenir compte de l'inconscient et des phénomènes de transfert et de contre-transfert	

Au-delà de celle qui a montré que les objectifs généraux avaient pu être atteints, en deuxième approximation, l'appréciation des résultats en fonction des buts particuliers du concept expérimental met en évidence les problèmes posés par les troubles du fonctionnement psychique des patients confiés aux psychothérapeutes étudiants. Il est donc intéressant de chercher à savoir quel a été l'impact de ces troubles sur l'alliance thérapeutique.

#### V.2.5. APPRÉCIATION DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE DANS LE CADRE DES PSYCHOTHÉRAPIES ESTUDIANTINES

L'alliance thérapeutique occupe une place importante dans les conditions requises<sup>LXIX</sup> par l'orientation psychodynamique de la psychothérapie estudiantine<sup>LXIX</sup>. En effet, ce genre d'alliance détermine, entre le psychothérapeute et le patient, une collaboration mutuelle qui implique de part et d'autre, une participation active au processus du traitement.

##### V.2.5.1. L'alliance thérapeutique dans le cadre de la psychothérapie estudiantine en général

A ce propos, Despland (2000, 2006)<sup>90, 97</sup> montre que les ingrédients de cette alliance se situent à la fois sur le plan émotionnel et sur le plan opérationnel, puisqu'ils consistent en un

<sup>LXIX</sup> Cf. supra : II.1.1.2. Importance de l'alliance thérapeutique.

lien affectif, d'une part, et en un accord sur les buts du traitement et sur l'accomplissement des tâches respectives du psychothérapeute ou du patient, d'autre part.

Selon de Roten (2007)<sup>98</sup>, la notion d'alliance thérapeutique rejoint celle d'alliance de travail en impliquant « deux éléments qui s'ajoutent à la relation transfert / contre-transfert : la réalité de la personne du thérapeute, et la rationalité (dans un sens instrumental d'adaptation à l'environnement) de certaines perceptions du patient ». En ce qui concerne la réalité de la personne du psychothérapeute, l'auteur précise que c'est « la notion d'"expérience émotionnelle correctrice" qui reconnaît et met en évidence la personne réelle ». En ce qui concerne les perceptions du patient, il ajoute que la « tradition de la psychologie du moi » permet de considérer que « toutes les réactions du patient [...] ne sont pas uniquement des manifestations transférentielles mais également des aspects d'adaptation du moi à l'environnement »<sup>LXX</sup>.

Par conséquent, en impliquant « des aspects de négociation » l'alliance thérapeutique « fonctionne comme un "accordeur" des perceptions, des attentes et des actions des partenaires, en particulier concernant les tâches à accomplir au cours de la thérapie et les buts que celle-ci se fixe ». De plus, en incluant des « aspects de mutualité » cette alliance « correspond aux différents "accordages affectifs" – ou intersubjectifs – sur lesquels se construit un lien affectif »<sup>LXXI</sup>.

En ce qui concerne la psychothérapie estudiantine, ces considérations sont importantes. En effet de Roten (2007)<sup>98</sup> souligne également que l'alliance thérapeutique n'est pas un mode d'intervention ou une technique thérapeutique en soi. Dès lors elle peut entraîner des « résultats paradoxaux » car « dans la tradition psychodynamique, l'alliance agit principalement comme un catalyseur qui potentialise l'effet des interventions du thérapeute »<sup>LXXII</sup>. Par conséquent, ce ne sont pas forcément les psychothérapeutes appliquant la méthode avec le plus d'expérience qui ont les meilleurs résultats.

Dans ces conditions, nonobstant leur manque d'expérience, les psychothérapeutes étudiants se sont efforcés de développer une alliance thérapeutique avec leurs patients en effectuant un travail psychologique associant une « écoute associative et psychodynamique » à des « interventions spécifiques »<sup>LXXIII</sup>, c'est-à-dire des questions ou des commentaires explicatifs et des élucidations à visée interprétative, comme le proposent Lamboy, Despland et de Roten (2007)<sup>99</sup>.

<sup>LXX</sup> Op. cit., p. 38.  
<sup>LXXI</sup> Ibid., p.38.  
<sup>LXXII</sup> Ibid., p.39.  
<sup>LXXIII</sup> Op. cit., p.165.

### V.2.5.2. Impact des niveaux de fonctionnement psychique sur l'alliance thérapeutique dans le contexte de la psychothérapie estudiantine d'orientation psychodynamique

La synthèse du résultat factuel de l'expérience<sup>LXXIV</sup>, a montré que les indications à la psychothérapie estudiantine avaient admis des patients dont les troubles psychiques avaient de lourdes conséquences sur leur fonctionnement personnel. Dans ces conditions les étudiants ont traité des personnes avec lesquelles l'alliance thérapeutique n'était pas facile à négocier.

Dans un article traitant des différents niveaux de fonctionnement des patients difficiles à traiter par la psychothérapie, Lecours (2005)<sup>100</sup> estime que, de façon générale, toute personne peut avoir deux modes de fonctionnement psychique, l'un du registre névrotique et l'autre du registre non névrotique, c'est à dire pré-psychotique ou psychotique. Selon cet auteur : « il est probable que ces deux modes de fonctionnement soient toujours actifs et agissent en parallèle, et que chaque événement psychique soit traité simultanément par les deux modes chez le patient [...]. Ceci n'empêche pas que l'un des deux types de fonctionnement puisse être prédominant à un moment particulier »<sup>LXXV</sup>.

Cette hypothèse correspond à ce que l'on observe tant dans l'évocation du point de vue personnel des psychothérapeutes estudiantins au sujet de leur activité clinique<sup>LXXVI</sup> que dans l'appréciation de cette activité en fonction des buts particuliers du concept expérimental<sup>LXXVII</sup>. Si l'on fait abstraction du cas de rupture très précoce qui se résume à deux séances dont le contenu ne permet pas de se prononcer à ce sujet, on constate que les indices de fonctionnement non névrotique prédominent la plupart du temps chez les trois patients dont les psychothérapies se sont déroulées jusqu'au terme de l'expérience pilote.

Comme Lecours (2005)<sup>100</sup> l'explique, chez des patients difficiles de ce genre, « le manque de symbolisation rend l'expérience pulsionnelle/affective excessivement intense et concrète [...], ce qui a pour effet de sidérer les capacités de contenance et d'élaboration »<sup>LXXVIII</sup>.

Dans ces conditions, le patient « doit gérer des expériences vécues comme étant douloureusement concrètes, équivalentes aux choses qu'elles tentent de représenter, en mettant impérieusement à contribution une autre personne ou un autre psychisme, comme si l'appareil mental n'était pas achevé et nécessitait un agent métabolique extérieur à soi »<sup>LXXIX</sup>

Par conséquent, « la concrétude des manifestations de contenus mentaux non symboliques fait en sorte qu'ils ont inévitablement un impact sur les autres, qu'ils invitent à l'interaction ». Il en résulte une « prédominance de l'interpersonnel sur l'intrapsychique, typique du fonctionnement non névrotique »<sup>LXXX</sup>

C'est précisément ce qui ressort de l'étude qualitative de l'activité clinique des psychothérapeutes estudiantins. L'examen approfondi de ce que les étudiants ont consigné dans leurs notes montre qu'ils ont été confrontés à ce que Lecours (2005)<sup>100</sup> appelle « l'inconscient à "ciel ouvert" » où « le manque de symbolisation [...] se manifeste entre autres par la concrétude ou l'équivalence fantasme-réalité »<sup>LXXXI</sup>.

En effet, dans un cas, la psychothérapeute estudiantine a dû faire face à des manifestations de type délirant ou hallucinatoire. Dans les deux autres cas les psychothérapeutes estudiantins ont été confrontés à une extériorisation de la conflictualité intrapsychique de leurs patients dans des enjeux relationnels qui se focalisaient sur leur identité personnelle réelle d'étudiants manquant d'expérience, cela en les exposant fréquemment à des attitudes méfiantes, dénigrantes ou hostiles.

Toutefois, Lecours (2005)<sup>100</sup> montre aussi que « le plus névrotique des patients va nécessairement connaître des moments non symboliques et le moins névrotique fera parfois preuve d'un fonctionnement symbolique tout à fait efficace »<sup>LXXXII</sup>. C'est ce qu'on retrouve aussi dans ce que les étudiants ont rapporté de leur activité clinique, notamment lorsqu'ils décrivent certains aspects symboliques de ce qu'ils ont pu élucider à certaines occasions propices.

C'est donc dans ce contexte particulièrement complexe qu'il s'agit d'apprécier dans quelle mesure et de quelle manière l'alliance thérapeutique a pu s'établir dans le cadre des psychothérapies estudiantines. Précédemment, l'importance de l'alliance thérapeutique a été mise en évidence dans l'énoncé des conditions requises par l'orientation psychodynamique de la psychothérapie estudiantine<sup>LXXXIII</sup>. A ce sujet, telle qu'elle est citée par Despland (2000)<sup>90</sup>, l'approche pluridimensionnelle de l'alliance thérapeutique proposée par Gaston (1994)<sup>92</sup> a été prise en considération.

### V.2.5.3. Appréciation de l'alliance thérapeutique dans le contexte de l'activité clinique des psychothérapeutes estudiantins.

LXXX Ibid., p. 94.

LXXXI Op. cit., pp. 93-94.

LXXXII Op. cit., p. 95.

LXXXIII Cf. supra : II.1.1.2. Importance de l'alliance thérapeutique.

LXXIV Cf. supra : V.2.1. Résumé des données objectives.

LXXV Op. cit., p.95.

LXXVI Cf. supra: IV.2. Évocation du point de vue personnel des psychothérapeutes estudiantins au sujet de leur activité clinique.

LXXVII Cf. supra: V.2.4. Appréciation des résultats en fonction des buts particuliers du concept expérimental.

LXXVIII Op. cit., p. 91.

LXXIX Ibid., p. 92.

Les quatre facteurs retenus par cette approche pluridimensionnelle ont été introduits parmi les critères d'appréciations qui ont déterminé l'étude qualitative de l'activité clinique des psychothérapeutes étudiantins. Par conséquent, mis à part le traitement avorté de Madame J. qui a fait défection après deux séances de psychothérapie, on peut effectuer une estimation approximative de l'alliance thérapeutique de cas en cas, à partir de l'évocation du point de vue personnel des psychothérapeutes étudiantins au sujet de leur activité clinique<sup>LXXXIV</sup>.

#### **V.2.5.3.a. Alliance orientée vers le travail psychologique**

Si elle s'est avérée relativement faible dans tous les cas en raison des caractéristiques non névrotiques des troubles psychiques des patients, l'aptitude à contribuer activement à l'élaboration compréhensive des phénomènes psychiques a tout de même un peu varié d'un patient à l'autre :

- Monsieur H. n'a pas fait preuve de l'aptitude à l'introspection qu'il paraissait avoir lors de la séance d'indication. La plupart du temps il s'est retranché dans un discours intellectualisé et digressif. Néanmoins, à de rares occasions, il a participé à l'élucidation des répercussions que sa problématique d'enfant maltraité par un père autoritaire et violent avait sur sa vie actuelle et aussi du vécu d'abandon qui apparaissait occasionnellement dans ce contexte.
- Madame I. s'est généralement exprimée par un discours qui manquait de cohérence, en évoquant des peurs irrationnelles en relation avec des phénomènes hallucinatoires inducteurs d'une idéation subdélirante.

Toutefois en intégrant intelligemment les interventions de soutien explicatif rassurant de la psychothérapeute, elle a fait de grands efforts pour éviter de perdre complètement le contact avec la réalité. De plus, en fin de traitement cette patiente est tout de même parvenue à élucider des thèmes oniriques récurrents en leur trouvant une signification en rapport avec ce qu'elle avait vécu au cours de son adolescence.

- Monsieur K. a manifesté une résistance persistante à la collaboration au travail psychologique que lui proposait son psychothérapeute. Cette résistance se manifestait principalement par une ambivalence qui inhibait ses velléités d'introspection en leur opposant une réticence à évoquer des réminiscences du passé. Par conséquent, la plupart du temps le patient se bornait à focaliser un discours factuel sur les aléas concrets de sa vie relationnelle actuelle.

<sup>LXXXIV</sup> Cf. supra : IV.2. Évocation du point de vue personnel des psychothérapeutes étudiantins au sujet de leur activité clinique.

Dans ces conditions, pour tenter de réduire autant que possible les tendances projectives de son patient, l'étudiant devait saisir toutes les occasions propices pour l'inciter à parler de lui-même plutôt que des autres. Il n'en reste pas moins que le patient pouvait percevoir les dérives paranoïaques occasionnelles de son idéation. De plus en cherchant à élucider l'origine d'un vague sentiment de culpabilité, il est quand même parvenu à parler de son vécu relationnel problématique avec ses parents, notamment à propos de la dérive existentielle qui a marqué son adolescence.

#### **V.2.5.3.b. Alliance orientée vers le processus thérapeutique intersubjectif**

L'investissement affectif des patients dans leurs relations avec les psychothérapeutes étudiantins fut caractérisé par les particularités non névrotiques de leur fonctionnement personnel. En effet, on observe qu'une déficience de l'aptitude à la symbolisation les incitait à s'achopper aux aspects concrets de la situation qui leur attribuait des étudiants comme psychothérapeute dans le cadre d'un dispositif expérimental qui assurait la supervision des traitements.

- Monsieur H. a exprimé son investissement affectif en tentant constamment de transformer la relation thérapeutique intersubjective en une relation interpersonnelle de type familial. En effet, ayant remarqué l'accent valaisan de la psychothérapeute étudiantine, il a constamment évoqué une sorte de parenté avec elle, sous prétexte qu'ils avaient l'un et l'autre des origines montagnardes qui les réunissaient dans une culture alpestre commune.

Dans ces conditions, l'étudiante a dû fréquemment résister aux revendications du patient qui persistait à vouloir obtenir des informations sur sa vie personnelle et familiale.

En adoptant une attitude paternaliste, ce dernier cherchait constamment à contrôler la relation thérapeutique, que ce soit en envoyant une carte postale à l'étudiante pendant ses vacances ou en demandant qu'au début des séances des moments d'intimité relationnelle privilégiée échappe au contrôle des superviseurs.

Cependant, à de rares moments d'authenticité le patient est parvenu à participer à l'élucidation partielle des souffrances qu'il avait endurées sur le plan affectif au cours de son enfance, avant qu'elles se répercutent sur sa vie d'adolescent puis d'adulte.

- Madame I. a investi une grande confiance dans la relation thérapeutique dès le début du traitement, mais cela tout en restant impassible sur le plan affectif.

Cette confiance lui a permis de révéler à la psychothérapeute étudiantine des éléments de son intimité personnelle qu'elle avait gardé secrets vis-à-vis de sa famille.

En effet la patiente a beaucoup touché l'étudiante par sa capacité de lui expliquer sans détour les aléas présents ou passés de sa vie.

Toutefois, le désarroi prépsychotique qu'elle manifestait souvent l'incitait parfois à solliciter du soutien et des conseils pratiques en fin de séance, ce qui poussait sa psychothérapeute à faire des concessions sur l'horaire en prolongeant l'entretien sur le pas de la porte.

- Monsieur K. a régulièrement manifesté beaucoup d'hostilité et de méfiance dénigrante à l'égard du psychothérapeute étudiantin. Il s'achoppait constamment à son statut d'étudiant pour lui reprocher de manquer d'expérience et mettre en doute ses compétences en lui signifiant qu'il avait de la peine à lui faire confiance.

Par conséquent, il extériorisait, sur le plan interpersonnel de la relation thérapeutique, la conflictualité qu'il ne parvenait pas à contenir, notamment en triangulant la relation avec les superviseurs auprès desquels il revendiquait un changement de psychothérapeute. Dans ces conditions la carence de symbolisation entretenait les résistances du patient en inhibant ses possibilités d'accéder à la dimension intersubjective du processus thérapeutique.

Malgré tout, alors qu'il était victime d'une rechute de sa polytoxicomanie, le patient est quand même parvenu à diminuer ses réticences à l'égard de l'étudiant, ce qui lui a permis d'évoquer son vécu relationnel passé et actuel avec ses parents.

A cette occasion, il a participé à sa manière à une élucidation partielle des tenants et aboutissants de sa rébellion contre l'autorité de son père et, dans ce contexte, de la frustration inhérente à l'attitude réservée et soumise de sa mère.

#### **V.2.5.3.c. Engagement affectif et compréhensif du psychothérapeute**

En raison de la prédominance des modalités non névrotiques du fonctionnement psychique de leurs patients, les psychothérapeutes étudiantins ont eu d'importantes difficultés pour développer leur capacité intuitive de ressentir et de détecter les éléments implicites ou latents de la narration associative de leurs patients pour en déceler les aspects symboliques, ce qui les a rendus particulièrement dépendants de la supervision.

- Dans le cas de Monsieur H., la psychothérapeute étudiantine a d'emblée pris conscience que son patient suscitait chez elle des sentiments de type maternel, car elle était profondément touchée par son passé d'enfant maltraité par un père brutal.

Toutefois, elle était décontenancée par l'attitude paternaliste et relativement désinvolte que le patient conservait à son égard, en cherchant à situer le débat sur le plan

interpersonnel concret, pour éviter d'accéder au registre intersubjectif dont la crainte activait chez lui d'importantes résistances.

Dans ces circonstances, l'étudiante éprouvait de la déception en constatant que son rôle de psychothérapeute était contesté et qu'elle devait constamment s'efforcer de le préserver en résistant aux revendications de son patient.

Cette déception se mêlait à la crainte de provoquer un excès de frustration par ses refus réitérés de satisfaire des demandes inappropriées.

Avec l'aide des superviseurs, elle a perçu les aspects symboliques du scénario relationnel qui se jouait ainsi dans le cadre de la psychothérapie.

En effet, elle a mis ses refus d'accéder aux désirs de son patient en relation avec les coups qu'il recevait autrefois de son père, c'est-à-dire une maltraitance dont elle cherchait au contraire à le protéger en raison de son investissement affectif de type maternel.

- Dans le cas de Madame I., la psychothérapeute étudiantine fut touchée par la confiance sans réserve que lui témoignait sa patiente.

Dans ce qu'elle a témoigné au sujet de ses sentiments, il apparaît que l'étudiante s'est montrée réceptive à la sincérité émouvante de sa patiente, lorsque celle-ci évoquait les peurs que lui inspiraient ses hallucinations, en acceptant courageusement d'être confrontée à l'irrationalité des éléments subdélirants de ses propos, afin d'obtenir de l'aide pour conserver et renforcer son contact avec la réalité.

Dans ce contexte, en écoutant ce que sa patiente lui racontait en évoquant l'histoire de sa vie personnelle et familiale, l'étudiante a perçu que la demande d'aide correspondait symboliquement à un impérieux besoin de soutien maternel compréhensif auquel elle s'est efforcée de répondre le mieux possible tout au long du traitement.

- Dans le cas de Monsieur K. le psychothérapeute étudiantin fut profondément touché par la gravité de la dérive existentielle provoquée par la polytoxicomanie récidivante de son patient.

En raison des risques que ce dernier encourait tant dans sa santé que dans sa vie sociale, il s'est fait beaucoup de souci pour lui.

Dans ces circonstances, alors qu'il restait impressionné par la rupture précoce du premier traitement qu'il avait tenté d'effectuer dans le cadre du dispositif expérimental, l'étudiant a beaucoup investi affectivement la relation thérapeutique, en raison de ses préoccupations pour la survie du patient qu'il craignait de perdre au propre comme au figuré.

Cet investissement lui a permis de supporter la récurrence de l'hostilité dénigrante du patient qui prétendait manquer de confiance en lui et vouloir changer de psychothérapeute, tout en continuant de se présenter régulièrement à ses rendez-vous pour continuer d'obtenir le soutien psychologique dont il avait besoin.

Par conséquent, jusqu'au terme prévu, l'étudiant et son patient ont réussi malgré tout à conserver une relation thérapeutique où les efforts d'empathie de l'un visaient à réduire autant que possible les manifestations d'antipathie de l'autre.

Avec l'aide des superviseurs le psychothérapeute étudiantin a perçu que, sur le plan symbolique, son rôle de psychothérapeute avait permis à son patient d'exprimer son agressivité envers ce que ses parents, et plus particulièrement son père, avaient représenté pour lui au cours de son adolescence ; cela dans un enjeu potentiellement réparateur, dans la mesure où la relation thérapeutique avait résisté à ses provocations et à ses velléités de rupture.

#### ***V.2.5.3.d. Instauration et maintien d'un consensus au sujet du procédé thérapeutique et des objectifs du traitement***

Les particularités non névrotiques du fonctionnement psychique des patients ont également eu une incidence sur l'établissement et l'entretien d'une entente avec les psychothérapeutes étudiantins au sujet de leurs rôles respectifs et des tâches particulières qui en découlent, dans la perspective d'assurer l'évolution du processus thérapeutique en direction des buts convenus.

– Monsieur H. a donné l'impression qu'il acceptait de contribuer à la compréhension des phénomènes psychologiques et relationnels qui avaient une influence défavorable sur sa santé psychique et physique.

Il semblait avoir décidé de suivre les conseils de son médecin traitant somaticien qui l'encourageait à effectuer une psychothérapie susceptible de l'aider à mieux supporter les facteurs de stress et à apaiser son anxiété, dans le but de favoriser le traitement de son hypertension artérielle ainsi que la reprise progressive de son activité professionnelle.

Il s'est donc régulièrement présenté aux rendez-vous, selon l'horaire, le rythme et la durée des rencontres prévus par le cadre du traitement.

En revanche, il a toujours contesté l'utilité du rôle de la psychothérapeute étudiantine dans le processus thérapeutique.

En effet, ses résistances à la dimension intersubjective de ce processus l'incitaient constamment à tenter de le réduire à la réalisation d'une banale discussion au sujet des aléas de la vie en général.

De plus au moment où son hypertension s'est avérée suffisamment stabilisée pour qu'il puisse reprendre le travail à plein temps, le patient a remis en question l'objectif thérapeutique qu'il avait semblé accepter auparavant ; cela sous prétexte qu'il n'aimait pas son travail et qu'il aurait voulu qu'on l'aide à changer de profession.

– Madame I. a lucidement accepté de participer à un travail psychologique destiné à l'aider à comprendre la nature et l'origine des peurs qui l'assaillaient fréquemment dans sa vie quotidienne.

Dans cette perspective, le but du traitement consistait à dédramatiser les épisodes de déréalisation angoissante dont elle souffrait ; cela en clarifiant l'aspect illusoire des phénomènes hallucinatoires et en expliquant le caractère irrationnel des idées de persécution qui en découlaient.

Etant donné qu'elle faisait confiance à la psychothérapeute étudiantine, la patiente n'a jamais remis en question cet objectif.

Au contraire, elle a collaboré avec l'étudiante pour tenter de l'atteindre dans toute la mesure du possible.

Par conséquent elle a participé activement aux séances de psychothérapie, en contribuant intelligemment à l'élaboration compréhensive des épisodes critiques qu'elle évoquait.

Néanmoins, la psychothérapeute étudiantine a été obligée d'assouplir le cadre du traitement en prolongeant la durée de quelques rencontres, pour répondre à un impérieux besoin de soutien rassurant et structurant.

En effet, occasionnellement, au moment du terme habituel de la séance, la patiente a manifesté une anxiété si intense qu'elle nécessitait d'être apaisée par des explications et des conseils qu'il eut été inadéquat de renvoyer à la séance suivante.

Quoi qu'il en soit à la fin de la période de traitement, l'alliance thérapeutique avait favorisé une atténuation des épisodes de déréalisation et un renforcement du contact avec la réalité dont la patiente était satisfaite.

– Monsieur K. a contribué à la définition de l'objectif thérapeutique en formulant le désir d'élaborer la compréhension psychologique des difficultés personnelles et relationnelles qu'il éprouvait en suivant la cure de désintoxication qu'il effectuait dans le cadre d'un programme de réhabilitation psychosociale.

Il demandait aussi qu'on l'aide à comprendre les raisons profondes qui l'avaient poussé à quitter sa famille pour dériver dans la toxicomanie.

En cours de traitement le patient n'a pas remis en question les buts de la psychothérapie ni le procédé thérapeutique lui-même, mais il a contesté le fonctionnement du dispositif expérimental qui lui attribuait, comme psychothérapeute, un étudiant dont il n'a pas cessé de dénigrer les compétences sous prétexte qu'il manquait d'expérience.

Dans ces conditions il n'y avait guère de consensus sur les possibilités ou la manière d'entretenir une collaboration thérapeutique.

Il n'en reste pas moins qu'après avoir demandé un aménagement de l'horaire des séances de psychothérapie au début du traitement, le patient a relativement bien respecté le cadre du traitement, en se présentant régulièrement à l'heure aux rendez-vous et en s'adaptant à la durée des séances.

La rechute intercurrente de sa toxicomanie ne l'a pas empêché de continuer sa psychothérapie en supportant que l'étudiant résiste aux tentatives de manipulation qui visaient à le faire sortir de son rôle pour l'inciter à agir le soutien par des interventions concrètes plutôt que de le dispenser sur le plan psychologique.

Finalement, en dépit de sa fragilité, l'alliance thérapeutique s'est avérée suffisante pour que le patient arrive à effectuer lui-même les démarches que l'étudiant l'encourageait à effectuer pour reprendre sa cure de désintoxication là où il l'avait interrompue.

#### V.2.5.4. Résumé de l'appréciation de l'alliance thérapeutique

SYNTHÈSE DE L'APPRÉCIATION DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE DANS LE CADRE DE LA RÉALISATION DES PSYCHOTHÉRAPIES ESTUDIANTINES	
CIBLE À ATTEINDRE	ESTIMATION DU RÉSULTAT
1. Alliance orientée vers le travail psychologique	La contribution des patients à la compréhension psychologique de leur problématique intrapsychique a varié d'un patient à l'autre mais s'est avérée relativement limitée dans tous les cas, en raison d'une fluctuation de la motivation et d'une insuffisance de l'introspection
2. Alliance orientée vers le processus thérapeutique intersubjectif	L'investissement affectif des patients dans la relation thérapeutique a été altéré par une carence de symbolisation qui les incitait à s'achopper concrètement à au statut des étudiants qui devaient être supervisés pour pallier un manque d'expérience, ce qui était source de réactions inappropriées, de mises à l'épreuve et de provocations.
3. Engagement affectif et compréhensif du psychothérapeute	Malgré d'importantes difficultés, les psychothérapeutes estudiantins se sont investis de manière empathique, compréhensive et affective dans la relation thérapeutique. En s'adaptant à l'attitude parfois hostile, dénigrante, désinvolte ou irrationnelle de leurs patients, ils sont parvenus à percevoir les éléments implicites des associations de leurs patients pour en déceler les aspects symboliques avec l'aide des superviseurs.
4. Consensus au sujet du procédé thérapeutique et des objectifs du traitement	Les particularités non névrotiques du fonctionnement psychique des patients ont perturbé leur entente avec les psychothérapeutes estudiantins au sujet de leurs rôles respectifs, des tâches particulières qui en découlent, et des buts à atteindre.

En première approximation, l'appréciation effectuée en fonction des objectifs généraux de l'expérience pilote a tout d'abord confirmé la supposition que l'exercice de la psychothérapie estudiantine selon le modèle londonien était réalisable à Lausanne sans poser de problème majeur sur le plan institutionnel. En deuxième approximation, l'appréciation effectuée en fonction des buts particuliers du concept expérimental a montré que les psychothérapeutes estudiantins ont été mis à rude épreuve en raison de la nature des troubles qui affectaient le fonctionnement psychique de leurs patients. Enfin, en troisième approximation, l'appréciation

de l'alliance thérapeutique en fonction des paramètres empruntés à l'approche pluridimensionnelle de l'alliance thérapeutique proposée par Gaston (1994)<sup>92</sup> a mis en évidence les problèmes inhérents à l'attribution de cas difficiles à des psychothérapeutes néophytes, notamment en ce qui concerne l'accès à la dimension intersubjective de la relation psychothérapique. Dans ces conditions, les étudiants ont dû s'adapter à la précarité des contributions de leurs patients à l'alliance thérapeutique, ce qui les a amenés à faire preuve d'un engagement affectif et compréhensif intense et persévérant.

### **V.3. COMMENTAIRE DE LA RÉALISATION DES PSYCHOTHÉRAPIES ESTUDIATINES**

En substance, l'appréciation des résultats de l'expérience pilote en fonction de ses objectifs généraux et de ses buts particuliers aboutit à deux constatations principales :

#### ▪ Sur le plan institutionnel

Les données objectives montrent que la mise en place et le fonctionnement du dispositif expérimental se sont déroulés dans des conditions conformes au modèle de référence.

Les moyens institutionnels à disposition étaient adaptés aux objectifs généraux qui ont donc été atteints de manière relativement satisfaisante

#### ▪ Sur le plan de l'activité clinique

Les données objectives montrent que les trois étudiants ont eu l'occasion de s'initier à la pratique psychothérapeutique durant plusieurs mois en bénéficiant d'une supervision intensive.

Toutefois les diagnostics de la pathologie en cause révèlent, dans tous les cas, que cette initiation a confronté les psychothérapeutes étudiants à des personnes très perturbées et particulièrement difficiles à traiter. En effet, les données subjectives signalent que les étudiants étaient régulièrement mis à l'épreuve par des patients qui les bousculaient fréquemment dans leur rôle de psychothérapeute en les provoquant de manière déconcertante.

Par conséquent, l'appréciation des résultats dévoile d'importantes limites en ce qui concerne les possibilités d'atteindre les buts particuliers du concept expérimental dans ces conditions. Il est donc nécessaire de compléter cette appréciation par des commentaires au sujet des problèmes constatés en ce qui concerne la sélection des patients, la préparation et la réalisation des psychothérapies ainsi que l'encadrement des étudiants.

### **V.3.1. A PROPOS DE L'IMPORTANCE DES TROUBLES ET DU MODE DE SÉLECTION DES PATIENTS**

Dans le cadre d'un dispositif institutionnel destiné à la psychothérapie estudiantine, il est important que la gravité des troubles psychologiques des patients ne compromette pas les possibilités des étudiants de les traiter correctement. Heine (1962)<sup>11</sup> à propos de l'expérience de Chicago ainsi que Wolff et al. (1985)<sup>13</sup> à propos des expériences de Londres et de Heidelberg se sont prononcés à ce sujet en insistant sur la nécessité de sélectionner les patients en tenant compte des limites de ces possibilités.

Wolff et al. (1985)<sup>13</sup> se référaient principalement au diagnostic psychiatrique en définissant des critères d'inclusion restrictifs par rapport aux troubles non névrotiques de la personnalité. A Heidelberg, comme à Londres, les patients traités par les étudiants présentaient principalement une comorbidité associant des troubles somatiques fonctionnels avec des troubles psychiques de type névrotique.

En revanche, Heine (1962)<sup>11</sup> donnait une importance prépondérante aux conséquences du fonctionnement personnel sur le plan pratique. En effet, quel que soit le diagnostic, il proposait d'intégrer de préférence des patients dont la stabilité existentielle était susceptible de favoriser une présence régulière aux séances de psychothérapie, afin d'éviter que l'étudiant se sente incompetent si le patient venait irrégulièrement aux rendez-vous. Cet auteur accordait également beaucoup d'importance au désir de participer activement au traitement ; cela pour éviter de sélectionner des patient(s) dont les résistances pourraient provoquer trop de difficultés pour les étudiants et nécessiter une durée de traitement incompatible avec le fonctionnement d'un dispositif de psychothérapie estudiantine. Ainsi, dans l'expérience de Chicago, les troubles psychotiques n'ont pas été retenus comme critère d'exclusion, à condition que les antécédents, la situation existentielle et la motivation de la personne concernée permettent de prévoir une participation suffisamment active et régulière à la psychothérapie.

Par ailleurs les deux auteurs précités estimaient qu'une psychopathologie modérée et circonscrite ou l'apparition récente des troubles pouvait assurer une bonne évolution du traitement. Cependant, Malan (1963)<sup>101</sup> a constaté que ces deux critères ne jouaient qu'un rôle mineur sur le pronostic des patients et qu'ils semblaient nettement moins importants que d'autres facteurs. En ce qui concerne les critères de sélection, il pensait que la motivation à collaborer au traitement était le seul critère réellement important. Selon lui une fluctuation de la motivation n'excluait pas un bon résultat pour autant, étant donné que le phénomène de la résistance se manifeste généralement dans toute forme de psychothérapie et interfère avec l'évolution de la motivation. Néanmoins une faiblesse persistante ou une réduction

progressive de la motivation sont des indices de mauvais pronostic. Au contraire, la vigueur ou l'accroissement progressif de la détermination à participer au traitement pour comprendre les tenants et aboutissants des problèmes psychiques témoignent d'un bon pronostic.

Les patients qui ont participé à l'expérience pilote lausannoise étaient tous traités en première intention pour des problèmes somatiques dans le cadre de la policlinique médicale universitaire. L'indication à la psychothérapie estudiantine se fondait généralement sur la constatation qu'une composante psychopathologique influençait fortement l'évolution du syndrome dont ils étaient affectés. En l'occurrence, comme le montrent les données objectives de cette étude, il s'agissait de troubles psychiques importants<sup>LXXXV</sup>, c'est-à-dire :

- *Personnalité névrotique à traits obsessionnels et abandonniques (Monsieur H.)*
- *Personnalité prépsychotique avec trouble dissociatif de l'identité non spécifique (Madame I.)*
- *Séquelles de syndrome post-traumatique dans le cadre d'une névrose du caractère (Madame J.)*
- *Polytoxicomanie chez une personnalité borderline (Monsieur K.)*

Les références précitées à la littérature traitant du même sujet orientent le commentaire du choix des patients sur deux plans différents : celui de la psychopathologie en cause, d'une part et celui de la motivation à collaborer au traitement, d'autre part.

Dans le cadre de l'expérience pilote étudiée, le dispositif était provisoire, ce qui ne permettait pas de susciter de nombreuses demandes, raison pour laquelle le choix des patients s'est avéré très limité. Dans le contexte des séances du groupe d'indication à la psychothérapie, les patients sélectionnés par les somaticiens se sont déclarés motivés pour effectuer une psychothérapie. Dans ces conditions, c'est principalement la motivation déclarée par les personnes concernées qui est entrée en ligne de compte, alors que la nature de leurs troubles psychiques n'a eu qu'une importance secondaire dans l'admission des patients. Or les travaux précédemment cités de Lecours (2005)<sup>100</sup> ont montré que de tels troubles psychiques rendent les patients particulièrement difficiles à traiter par la psychothérapie d'orientation psychodynamique, en raison d'une prédominance de phénomènes du registre non-névrotique dans le contexte de leur fonctionnement psychique<sup>LXXXVI</sup>. C'est précisément ce qui a posé de grands problèmes dans la réalisation des psychothérapies estudiantines.

<sup>LXXXV</sup> Cf. supra : V.2.1. Résumé des données objectives et V.2.2. Estimation globale du résultat.

<sup>LXXXVI</sup> Cf. supra : V.2.5.2. Impact des niveaux de fonctionnement psychique sur l'alliance thérapeutique dans le contexte de la psychothérapie estudiantine d'orientation psychodynamique.

Dans les cas de Madame J et de Monsieur H., il s'est avéré que les médecins somaticiens qui les suivaient depuis longtemps ont fortement insisté sur leur avis qu'une psychothérapie serait profitable, mais cela sans parvenir à les en convaincre suffisamment. De plus, cet avis survenait à un stade de l'évolution où ces praticiens montraient qu'ils ne pouvaient plus continuer eux-mêmes de leur apporter un soutien compréhensif régulier comme ils l'avaient fait auparavant.

Lors des deux séances qui ont précédé la rupture précoce de son traitement, Madame J. avait déclaré que son médecin somaticien l'avait écoutée avec empathie et l'avait beaucoup aidée par un soutien psychologique lorsqu'elle se trouvait en arrêt de travail. Par conséquent, il est probable qu'elle s'est sentie délaissée et qu'elle n'a pas admis d'avoir été adressée au dispositif de psychothérapie estudiantine. En effet, après sa défection précoce elle a aussi rompu toute relation avec le somaticien.

Tout au long de sa psychothérapie, Monsieur H. a montré que sa motivation n'était pas très authentique, entre autres lorsqu'il a déclaré que la psychothérapie ne servait à rien mais qu'il venait rencontrer la psychothérapeute estudiantine pour faire plaisir à son médecin-traitant habituel. Par ailleurs la carence de symbolisation inhérente aux troubles non névrotiques de son fonctionnement psychique l'a détourné d'une introspection digne de ce nom pour l'inciter à s'intéresser obstinément à la réalité concrète de la situation existentielle de l'étudiante.

A la différence des patients précédents, Madame I. et Monsieur K. avaient spontanément demandé à effectuer un travail psychologique sur eux-mêmes en faisant preuve d'une motivation plus authentique. C'est la raison pour laquelle l'indication à la psychothérapie a été posée dans les deux cas, en dépit du fait que la psychopathologie en cause se situait à la frontière des critères d'exclusion.

En effet, malgré des structures de personnalité de type prépsychotique ou borderline à trait paranoïaque, ces deux patients ont persisté à chercher à comprendre l'origine et la nature de leurs troubles psychiques en participant régulièrement aux séances de psychothérapie.

Néanmoins les évocations subdélirantes de Madame I. tout comme la méfiance hostile et dénigrante de Monsieur K. ont considérablement compliqué la tâche des psychothérapeutes estudiantins auxquels, ils ont été attribués.

### **V.3.2. A PROPOS DU CAS DE RUPTURE PRÉCOCE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE**

Il est évident que la rupture précoce d'une psychothérapie estudiantine a un impact majeur sur l'étudiant qui s'y trouve confronté, notamment parce qu'il se sent fortement remis en question quant à sa capacité de jouer correctement le rôle d'un psychothérapeute. Il craint d'être responsable de la rupture en se demandant quelle erreur il a pu commettre.

Comme le signale Despland (1990,1994)<sup>102, 103</sup>, les études à ce sujet montrent que l'interruption prématurée de traitements psychothérapeutiques est relativement fréquente. Dans l'étude que cet auteur a effectuée à Lausanne, il a constaté qu'à peine plus d'un dixième (11,5%) du collectif étudié (390 cas de psychothérapie) avaient interrompu le traitement avant la huitième séance. Parmi ces cas d'interruption précoce, la rupture avait eu lieu avant la quatrième séance dans une très grande majorité des cas (90%). De plus, le motif est resté inconnu dans près de la moitié des ruptures (44%). Par conséquent, étant donné que cela correspond à ce que l'on retrouve de façon plus générale dans l'étude lausannoise, on peut estimer que ce qui est arrivé dans le cas de Madame J. n'a rien d'exceptionnel.

Quoi qu'il en soit, l'étudiant était particulièrement décontenancé par le fait que cette patiente avait rompu tout contact sans donner aucune explication et qu'il n'avait aucun moyen de comprendre ce qui ne lui avait pas convenu dans le cadre du traitement.

En ce qui concerne les motifs de rupture, Despland (1990,1994)<sup>102, 103</sup> a confirmé ce que l'on trouve ailleurs dans la littérature. De manière générale lorsque les motifs sont évoqués, il s'agit par ordre de fréquence : d'empêchements indépendants de la volonté du patient (39%), d'une amélioration subjective de son état qui inhibe le besoin de consulter (35%) ou d'une insatisfaction à propos du traitement ou du thérapeute (26%).

Dans le cas de Madame J., la survenue d'un empêchement semble peu plausible. En effet, lors de la deuxième séance annulée, elle avait déclaré que les circonstances qui avaient provoqué l'annulation du précédent rendez-vous étaient exceptionnelles et elle avait confirmé que l'horaire des séances lui convenait toujours. Compte-tenu du fait que l'évolution des troubles était déjà relativement longue, il semble peu vraisemblable que l'évocation de ceux-ci durant les deux premières séances ait suffisamment soulagé la patiente. Dès lors, si l'on se réfère aux informations obtenues dans le cadre du groupe d'indication puis lors des deux séances auxquelles s'est résumée la psychothérapie, l'hypothèse qui semble la plus vraisemblable est celle que Madame J. doutait de la composante psychique de ses troubles et qu'elle n'a pas supporté que l'on cherche à élucider les tenants et aboutissants psychologiques des événements traumatisants qui lui avaient fait perdre le sentiment illusoire qu'elle pouvait maîtriser tous les aléas de son existence. Ainsi on peut supposer que la rupture a restitué chez elle une impression de maîtrise sur la réalité.

### V.3.3. A PROPOS DE LA PRÉPARATION ET DE L'ENCADREMENT DES ÉTUDIANTS

La description et la mise en œuvre du dispositif expérimental a présenté la manière par laquelle les étudiants ont été préparés à leur rôle de psychothérapeute et encadrés durant

leurs psychothérapies<sup>LXXXVII</sup>. Comme précédemment mentionné, la structure et l'organisation du dispositif expérimental se sont inspirées principalement du modèle anglo-saxon tel qu'il a été développé à Londres<sup>13</sup> et tel qu'il est encore utilisé actuellement<sup>14, 15</sup>. Cependant, plusieurs éléments de la préparation et la supervision des étudiants distinguent l'expérience pilote lausannoise.

#### V.3.3.1. Préparation et formation des étudiants au rôle de psychothérapeute

C'est durant leurs stages cliniques que les étudiants ont eu la possibilité de participer à l'expérience pilote lausannoise. À ce stade de leur cursus, les futurs psychothérapeutes estudiantins avaient déjà reçu la formation à la psychologie médicale dispensée dans le cadre des cours de médecine psycho-sociale. Mais leur formation dans le domaine de la psychiatrie était encore rudimentaire, car ils n'avaient pas encore suivi la partie des cours de psychiatrie qui était programmée à un stade ultérieur de leurs études. Ils n'avaient donc que des connaissances théoriques limitées en ce qui concerne la psychopathologie. Dans ces conditions, les étudiants avaient besoin d'une préparation à l'activité clinique qu'ils allaient entreprendre.

Comme la description de l'organisation, de la mise en œuvre et du fonctionnement du dispositif expérimental lausannoise l'a précédemment montré<sup>LXXXVIII</sup>, la préparation des étudiants lausannois s'est réalisée en trois stades intégrés dans le déroulement de l'expérience :

- Dans un premier temps, avant le début de l'expérience, les superviseurs ont dispensé des informations générales et des conseils techniques en ce qui concerne la conduite des entretiens, la négociation du contrat thérapeutique, l'instauration et le maintien du cadre de traitement et la manière d'effectuer des interventions. A ce propos, ils ont insisté sur la nécessité de se limiter à un soutien empathique en début de traitement. Ils ont aussi expliqué qu'il fallait laisser libre cours aux évocations associatives des patients en attendant les occasions propices aux élucidations, à partir du moment où l'alliance thérapeutique s'avère suffisante pour cela.
- Dans un deuxième temps, au cours de leur participation au groupe d'indication, les étudiants ont eu l'occasion de recevoir des informations au sujet des troubles psychiques particuliers des patients qu'ils allaient traiter par la suite. A cette occasion, comme le montre les descriptions élaborées des cas traités consignées dans les

<sup>LXXXVII</sup> Cf. supra : II.1.2.6. Supervision, II.1.2.7 Préparation du début de l'expérience et II.2.1.3 Préparation du début des traitements.

<sup>LXXXVIII</sup> Cf. supra : II.1.2. Description du dispositif expérimental et II.2.1 Mise en œuvre du dispositif expérimental.

dossiers cliniques<sup>LXXXIX</sup>, les superviseurs ont informé les étudiants au sujet des troubles psychiques particuliers des patients qui leur étaient attribués. En dirigeant la discussion à ce sujet, ils ont aussi aidé les étudiants à comprendre le fonctionnement psychique des personnes en question et à formuler des hypothèses psychodynamiques au sujet de la conflictualité intrapsychique à élucider.

- Dans un troisième temps, au cours du déroulement des psychothérapies, dans le cadre des séances hebdomadaires de supervision, les superviseurs ont continué la formation initiée lors des deux étapes précédentes. En effet, comme le montrent les divers éléments des dossiers cliniques, les discussions qui ont eu lieu dans le cadre des séances de supervision ont permis aux étudiants d'élaborer la compréhension de leur activité clinique, que ce soit en ce qui concerne les manifestations des troubles psychiques et leurs répercussions sur le fonctionnement personnel de leurs patients ou à propos des aspects techniques, affectifs et relationnels du rôle de psychothérapeute qu'ils avaient à assumer.

Si les étudiants lausannois ont pu trouver rassurant de ne pas avoir besoin de maîtriser de vastes connaissances nosologiques ou des concepts théoriques spécifiques complexes pour effectuer une expérience de psychothérapie estudiantine, il n'en reste pas moins que les cas difficiles qui leur ont été attribués les ont mis à rude épreuve. Leurs notes témoignent des craintes éprouvées avant la première séance puis tout au long du traitement : peur de ne pas savoir comment faire, peur d'être insuffisant ou de nuire à leur patient.

Les étudiants anglais ne recevaient aucun enseignement particulier au sujet de la psychopathologie au cours de leur participation au dispositif londonien de psychothérapie estudiantine. En effet le modèle de référence avait montré qu'une formation théorique approfondie dans le domaine de la nosologie psychiatrique n'était pas nécessaire. Cependant dans les différents chapitres consacrés à cette problématique, nos collègues anglais avaient déjà relevé que les multiples appréhensions des étudiants indiquaient qu'il était nécessaire d'apprécier de quelle manière le bagage théorique et pratique de l'étudiant psychothérapeute doit se constituer et se développer<sup>94, 95, 104</sup>.

#### **V.3.3.1.a. Maîtriser les craintes vis-à-vis du rôle de psychothérapeute**

Dans son étude de 1983, Oldham<sup>63</sup> a montré que le fait d'être responsabilisé en tant que psychothérapeute semblait augmenter beaucoup l'anxiété. En effet, une importante proportion des étudiants qui avaient la possibilité de s'occuper d'un patient durant leur stage de psychiatrie rapportait qu'ils avaient été très angoissés par cette responsabilité. Selon cet

<sup>LXXXIX</sup> Cf. supra : III.2. Description rétrospective de l'activité clinique des psychothérapeutes estudiantins.

auteur, l'étudiant psychothérapeute devrait pouvoir commencer par observer le travail d'un aîné avant d'avoir lui-même à diriger une psychothérapie.

En Angleterre, Sturgeon (1985)<sup>104</sup> également mentionné que de très nombreuses craintes assaillent le novice au moment de débiter sa première psychothérapie. Par conséquent, hormis les objectifs de formation, c'est aussi pour cette raison qu'à Londres chaque nouvel étudiant est intégré dans un groupe de supervision déjà constitué.

Pour autant qu'elle soit possible, l'observation d'un pair ou d'un aîné semble ainsi permettre au novice de désamorcer un bon nombre des interrogations et des inquiétudes générées par la nouvelle responsabilité qu'il doit assumer. Malheureusement, dans le cadre d'une étude pilote, *de facto* les étudiants lausannois n'ont pas eu la possibilité d'intégrer un groupe de supervision composé par des pairs, puisqu'ils étaient les premiers à tenter l'expérience.

Cependant, les discussions qui ont eu lieu, avant le début des thérapies avec les superviseurs ont permis aux étudiants de parler ouvertement de leurs idées préconçues au sujet de la psychothérapie, de verbaliser leurs craintes vis-à-vis de leur rôle de thérapeute et d'écouter ce que les aînés plus expérimentés pouvaient leur expliquer à ce propos. Cela leur a permis d'être plus confiants au moment de rencontrer chacun leur patient.

Toutefois, il faut également relever que les appréhensions des étudiants étaient contrebalancées par leur motivation et leur enthousiasme. Tous aspiraient à établir une relation chaleureuse avec leurs patients, en espéraient pouvoir les aider à aller mieux.

#### **V.3.3.1.b. Apprendre les concepts théoriques ou vivre l'expérience**

Dans l'introduction de leur ouvrage sur la psychothérapie estudiantine, Wolff et al. (1985)<sup>105</sup> ont abordé la question de savoir quelle est l'utilité d'un enseignement théorique préalable sur la psychopathologie et ses rapports avec les concepts psychodynamiques et le processus psychothérapeutique. Ils relatent que les initiés du projet anglo-saxon ont débattu à ce sujet en se demandant si un tel enseignement pouvait rendre les étudiants plus confiants et plus efficaces dans leur travail avec les patients. Finalement, il s'est avéré que les concepts théoriques ne prenaient du sens que lorsqu'ils pouvaient être mis en relation avec le matériel clinique discuté lors des séances de supervision.

Désirant abroger certains dogmes, Casement (1990)<sup>96</sup> montre que c'est l'expérience en soi qui est importante et qu'elle est nécessaire à la compréhension de la théorie. De plus il souligne la valeur du « non savoir » en mentionnant que « l'habileté thérapeutique ne repose pas sur des connaissances que l'on peut opposer à l'ignorance »<sup>XC</sup>. Il parle même

<sup>XC</sup> Op. cit., p. 10.

d'« ignorance acceptable » pour souligner le fait qu'un novice doit admettre qu'il ne peut pas tout savoir. La théorie est une chose et la pratique en est une autre.

Dans le cadre de la psychothérapie estudiantine, il est donc important de comprendre la théorie par l'exercice de la pratique et non le contraire. Ce qui compte n'est donc pas de savoir, mais de chercher, de trouver et de comprendre avec le patient quels sont ses problèmes et quelles solutions il peut envisager de leur apporter.

Wolff et al. (1985)<sup>13</sup> ont observé que la qualité de la relation thérapeutique variait d'un étudiant à un autre. Selon eux, l'expérience montre en général, que tous les candidats à la psychothérapie estudiantine ont les aptitudes nécessaires pour parvenir à établir une relation de confiance stable avec leurs patients. Dans une relation psychothérapeutique élémentaire, c'est l'écoute qui est primordiale. L'étudiant va donc découvrir combien une écoute empathique attentive et compréhensive est importante. Même sans chercher à analyser ce que dit le patient, mais simplement en l'aidant à comprendre comment fonctionnent ses relations interpersonnelles, l'étudiant peut déjà induire un changement favorable dans son évolution.

Selon Casement (1990)<sup>96</sup>, il se peut même que le néophyte ait une innocente facilité pour découvrir la problématique de son patient, puisqu'en raison de son bagage restreint, il n'est pas enclin à chercher d'emblée des références à l'expérience ou à la théorie. D'ailleurs, quel que soit le niveau d'expérience et de connaissance du psychothérapeute, il est important qu'il soit capable de laisser de côté ce qu'il croit savoir d'un patient pour être disposé à écouter ce qu'il ou elle lui raconte avec une compréhension dépourvue d'*a priori*. Reprenant ce que Bion a proposé avant lui, Casement a retenu la nécessité de débiter chaque séance « sans mémoire, sans désir et sans compréhension »<sup>XCI</sup>. Cette attitude incite le praticien à remettre en question son diagnostic et ses préjugés, en l'amenant à ne pas interpréter l'histoire du patient de manière à ce qu'elle corresponde à la théorie.

Dès lors, s'agissant du dispositif de psychothérapie estudiantine lausannoise, on peut aussi estimer qu'au lieu d'avoir été préjudiciable au travail des débutants, le manque de connaissances théoriques ou d'expérience pratique a pu, au contraire, leur donner la faculté de profiter d'une certaine forme de candeur qui favorisa leur activité clinique.

Cette opinion est largement partagée par nos collègues anglo-saxons<sup>10, 14, 15</sup>, raison pour laquelle ils ne proposent aucune formation théorique aux étudiants désireux rejoindre leur groupe de psychothérapie estudiantine. Toutefois, dans leur dispositif permanent, bien avant de commencer son activité clinique personnelle, chaque nouveau venu est intégré dans un groupe de supervision afin de pouvoir se préparer au travail de psychothérapeute en

assistant comme auditeur aux séances de supervision de ses collègues. Peu à peu, en écoutant ce que décrivent ses collègues, le novice apprend en quoi consiste la psychopathologie qui affecte le fonctionnement psychique de leurs patients, comment cerner la problématique qui en résulte, comment formuler des hypothèses psychodynamiques et comment conduire le travail psychologique à visée psychothérapeutique. Il s'agit donc bel et bien d'une formation préalable au cours de laquelle l'apprentissage des concepts théoriques prend du sens dans un contexte pratique.

En définitive il s'avère que le meilleur moyen de préparer un candidat à la psychothérapie estudiantine consiste à lui donner la possibilité de prendre part à un groupe de supervision déjà en fonction, plusieurs mois avant de commencer son activité psychothérapeutique personnelle.

### **V.3.3.2. Encadrement des étudiants**

Dans le cadre d'un dispositif de psychothérapie estudiantine, il est primordial d'encadrer les étudiants qui ne sont pas formés à ce type de traitement. Pour ce faire, leur activité clinique doit être contrôlée par des psychiatres et psychothérapeutes possédant une grande expérience clinique, d'une part, et ayant l'habitude de superviser de plus jeunes collègues, d'autre part. Comme ce qui précède vient de le montrer, en l'occurrence, outre le contrôle destiné à assurer que l'activité des néophytes reste de bonne qualité, la supervision a un rôle majeur sur le plan pédagogique puisque c'est elle qui va progressivement étoffer le bagage théorique des étudiants

#### **V.3.3.2.a. Nécessité d'une supervision régulière et relativement intensive**

Conduire une psychothérapie de soutien d'orientation psychodynamique est un exercice difficile qui nécessite une certaine maturité de la part des étudiants. Wolff et al. (1985)<sup>13</sup> considèrent que les notions de transfert, de projection et d'identification peuvent être comprises facilement par les psychothérapeutes estudiantins. En revanche, ils estiment que les étudiants parviennent difficilement à détecter les sentiments transférentiels de leurs patients. De plus ils relèvent qu'il n'est pas facile pour les novices de s'habituer au fait que ce genre de sentiments n'est pas dirigé contre eux-mêmes en tant que personnes mais qu'il s'adresse à ce qu'ils représentent pour leurs patients, dans le contexte de ce qui se réactualise de son histoire dans le cadre de la relation thérapeutique. Dans une telle situation, l'analyse d'un superviseur est indispensable pour éviter que l'étudiant se sente trop impliqué personnellement et devienne angoissé. Le superviseur a donc un double rôle difficile car il doit répondre simultanément aux attentes de conseils pratiques ou d'explications théoriques des étudiants, d'une part, mais également à leur besoin de

<sup>XCI</sup> Op. cit., p. 10.

réassurance face aux difficultés relationnelles auxquelles leur activité clinique les expose, d'autre part.

Par ailleurs, Wolff et al. (1985)<sup>13</sup>, de même que Glass (1986)<sup>106</sup>, abordent un problème très important. Dans certains cas, surtout au début de la psychothérapie, les évocations des patients peuvent éventuellement entrer en résonance avec des problèmes personnels des étudiants. Le cas échéant, c'est leurs propres problèmes que les étudiants pourraient être tentés de résoudre, que ce soit par l'intermédiaire de leur activité de psychothérapeute ou par celui de la supervision. En tant qu'ainé expérimenté, le superviseur jouera en quelque sorte le rôle d'un parent qui fixe les règles et rappelle les limites de l'exercice de la psychothérapie. En effet, si d'aventure l'émergence d'une conflictualité intrapsychique non résolue devait apparaître chez un psychothérapeute étudiant et que ses propres mécanismes de défense limitent sa capacité d'intervenir de façon appropriée, le superviseur serait amené à rendre l'étudiant attentif à cette interférence. Dans ces conditions, la supervision irait au-delà d'un processus d'enseignement et de formation, dans la mesure où elle viserait aussi à apaiser les problèmes émotionnels de l'étudiant pour éviter qu'ils interfèrent malencontreusement avec le processus thérapeutique. Dans de telles circonstances, il est aussi possible que l'étudiant exprime des sentiments transférentiels envers son superviseur. A ce propos, Ekstein et Wallerstein (1958)<sup>107</sup> se sont demandés dans quelle mesure la supervision pourrait correspondre à une psychothérapie indirecte et implicite des supervisés. Mais ils ont retenu qu'il y a une différence fondamentale entre les deux formes d'accompagnement psychologique. Cette différence réside dans les objectifs propres de chacune d'elle : le but de la psychothérapie est la résolution des conflits intrapsychiques, alors que le but de la supervision est d'augmenter les compétences et l'habileté des supervisés dans le travail psychothérapeutique qu'ils effectuent avec leurs patients<sup>XCII</sup>.

Certes, il faut maîtriser le risque d'interférences malencontreuses entre les problèmes psychiques des psychothérapeutes et ceux de leurs patients. C'est la raison pour laquelle il est habituellement exigé que les psychothérapeutes effectuent une psychothérapie personnelle parallèlement à leur formation théorique et pratique à la psychothérapie. Une telle exigence n'était évidemment pas envisageable dans le cadre de l'expérience de psychothérapie étudiante à Lausanne, laquelle d'ailleurs proposait une initiation et non une formation à proprement parler, et *a fortiori* dans le cadre d'une expérience pilote.

<sup>XCII</sup> Ekstein et Wallerstein (1958) in Glass (1986).

Quoi qu'il en soit aucun indice de telles interférences malencontreuses de ce genre n'a été détecté lors de la supervision de l'activité clinique des psychothérapeutes étudiants lausannois.

Cela dit, s'agissant de psychothérapies de soutien d'orientation psychodynamique, il ne faut pas oublier que le processus thérapeutique se situe dans le cadre d'une relation intersubjective où des sentiments contre-transférentiels répondent aux sentiments transférentiels. Dans ces conditions, il est inévitable que, d'une manière ou d'une autre, la problématique intrapsychique des patients entre plus ou moins en résonance avec celle des psychothérapeutes. L'essentiel est donc que les phénomènes contre-transférentiels restent contenus et maîtrisés par les psychothérapeutes, afin qu'ils ne provoquent pas d'attitudes ou d'interventions inappropriées.

Dans l'expérience lausannoise, l'un des buts du concept expérimental était précisément d'initier les étudiants à la prise en considération de l'inconscient. Or, Schneider (1995)<sup>70</sup> a démontré qu'à partir du moment où il utilise une méthode de psychothérapie « où l'inconscient intervient », un praticien n'échappe pas à l'obligation de se remettre personnellement en question par une réflexion sur lui-même. Dans ces conditions, la supervision de sa pratique correspond forcément, dans une certaine mesure, à ce que Schneider appelle « une espèce de psychothérapie centrée sur la profession »<sup>XCIII</sup>.

Wolff et al. (1985)<sup>13</sup> ont aussi montré qu'il est très important que les sentiments transférentiels et contre-transférentiels soient détectés et pris en considération dans toute la mesure du possible, que ce soit lorsqu'ils se manifestent dans les séances de psychothérapie ou également lorsqu'ils se manifestent en situation de supervision. En effet, dans cette circonstance, l'analyse de la situation par les superviseurs favorise la formation et aussi le développement personnel des étudiants. En effet, l'évocation des sentiments et la compréhension du vécu émotionnel ressenti dans le contexte de leurs discussions avec les superviseurs a également une valeur formative non négligeable dans la perspective de l'acquisition des compétences relationnelles. Ce qui est confirmé par Carsen (1984)<sup>108</sup> lorsqu'il estime que la relation avec un superviseur capable d'empathie donne l'exemple d'une attitude d'écoute compréhensive. Dans ces conditions, le superviseur offre alors un modèle d'identification.

Dans le cadre de l'expérience pilote lausannoise, les superviseurs ont accompagné les psychothérapeutes étudiants en jouant leur rôle d'une manière que les étudiants ont beaucoup appréciée. En effet, il ressort de leurs notes à ce sujet qu'ils se sont sentis compris, et rassurés quand il le fallait. De plus, l'examen des comptes-rendus de supervision

<sup>XCIII</sup> Op. cit., p. 279.

montre que les phénomènes transférentiels et contre-transférentiels ont été détectés, discutés et analysés autant que possibles dans tous les cas.

#### **V.3.3.2.b. Supervision en groupe ou individuelle**

Le modèle de référence est constitué par un dispositif de psychothérapie estudiantine permanent, où le nombre d'étudiants à superviser est trop grand pour que la supervision puisse être individuelle. Par conséquent, les responsables du dispositif anglais ont instauré des séances de supervision en petits groupes dits « ouverts », c'est-à-dire où de nouveaux arrivants viennent remplacer ceux qui ont terminé leur expérience d'étudiants psychothérapeute<sup>XCIV</sup>. Ces groupes sont dirigés par un seul superviseur. Cette solution de groupe permanent ouvert a l'avantage de favoriser une dynamique relationnelle entre les novices et les étudiants déjà expérimentés. Les anciens peuvent discuter avec les nouveaux pour les faire bénéficier des réflexions découlant des problèmes auxquels ils ont déjà été confrontés ou en apportant des éléments de réponses aux questions qu'ils se sont posés. L'ambiance de ces groupes doit être conviviale et le superviseur veille à ce que chacun des participants ait la possibilité de s'exprimer librement sans craindre d'être jugé<sup>95</sup>.

Dans le cadre limité de l'expérience pilote lausannoise, un large appel d'offre n'était possible ni pour les étudiants ni pour les patients. Par conséquent, le petit nombre de personnes adressées au dispositif expérimental a considérablement limité les possibilités de sélection. Dans ces conditions les indications à la psychothérapie estudiantine ont été posées dans des cas qui se trouvaient à la limite des critères d'inclusion. En raison de la difficulté des cas qui leur étaient attribués, il fallait que les trois étudiants qui ont participé à l'expérience puissent bénéficier d'une supervision aussi régulière et intensive que possible.

Dans un premier temps, ces trois étudiants ont été supervisés en groupe par deux superviseurs. Chacun des étudiants avait été attribué à l'un ou l'autre des superviseurs qui était ainsi le principal responsable de la psychothérapie. Pour assurer la régularité de la supervision, cette solution permettait aussi que les superviseurs se remplacent mutuellement lorsque l'un ou l'autre était absent. De plus, la supervision a aussi été effectuée par le directeur du dispositif expérimental, à une occasion où les deux superviseurs avaient dû s'absenter simultanément. Loin de constituer un problème, ces changements occasionnels de superviseur ont apporté des nuances enrichissantes dans l'appréciation des différentes situations que les étudiants leurs ont présentées.

Lors du traitement des trois premiers patients, les séances de supervision ont eu lieu avant les séances hebdomadaires de psychothérapie. Cette organisation permettait aux étudiants de faire le point avec leurs superviseurs peu avant de rencontrer leur patient, ce qui était

sécurisant. En moyenne, chaque étudiant avait l'occasion de présenter deux semaines sur trois l'évolution de la psychothérapie qu'il conduisait.

Pour des raisons indépendantes du concept expérimental, au terme des psychothérapies qu'elles ont conduites, les deux étudiantes ont quitté le dispositif expérimental peu après le début décalé de la deuxième psychothérapie conduite par l'étudiant qui avait perdu sa première patiente en raison d'une rupture précoce du traitement. Par conséquent, lors de cette dernière psychothérapie, l'étudiant a été supervisé individuellement après chaque séance hebdomadaire, la régularité de la supervision restant assurée par les mêmes possibilités de remplacement qu'auparavant.

Durant cette quatrième et dernière psychothérapie estudiantine, au cours de la rechute de sa polytoxicomanie, le patient est occasionnellement devenu récalcitrant à tel point que le superviseur a dû participer à une séance de psychothérapie pour venir en aide à l'étudiant. Ce genre de solution exceptionnelle était prévu par le modèle de référence. En effet, à ce sujet, Wolff et al. (1985)<sup>13</sup> estiment qu'en cas de crises évolutives majeurs, les psychothérapeutes estudiantins doivent avoir la possibilité de demander à leur superviseur un soutien extraordinaire.

#### **V.3.4. A PROPOS DES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES PSYCHOTHÉRAPEUTES ESTUDIATINS**

L'initiation des futurs médecins à la psychothérapie pose un certain nombre de problèmes qui ne sont pas faciles à résoudre. De manière générale, les étudiants n'ont un véritable accès à la pratique clinique que durant les stages qu'ils effectuent dans les divers services de médecine hospitalière ou ambulatoire, d'habitude un an ou deux avant la fin de leur formation prégraduée. Dans ces conditions, ils sont confrontés à la souffrance humaine et à la gravité des maladies qui la provoquent alors que leurs connaissances théoriques sont encore limitées et que le temps à disposition pour leur initiation à la pratique clinique est relativement bref.

Dans le champ de la psychiatrie, les difficultés inhérentes aux limites temporelles ou à la lourdeur de la psychopathologie incitent les étudiants stagiaires à modérer leurs ambitions thérapeutiques. Avec l'aide de leurs superviseurs ils apprennent à débusquer les pièges tendus par les désirs de toute puissance et à accepter les limites d'une activité thérapeutique temporaire. En effet, comme le mentionne Reid(2006)<sup>109</sup> en formulant un paradoxe : « il est nécessaire d'accepter d'échouer pour peut-être éventuellement réussir. En effet, la réussite

<sup>XCIV</sup> Op. cit., p. 30.

comme seule issue possible ou le refus de l'échec signe, côté thérapeute, un fonctionnement psychique sous l'égide de la toute puissance de la pensée »<sup>XCV</sup>

Dans le cadre d'une expérience pilote telle que celle qui a été réalisée à Lausanne, le but principal était de sensibiliser les étudiants aux principaux facteurs de l'effet thérapeutique propre de la relation médecin-malade, c'est-à-dire l'écoute empathique et compréhensive des associations apparaissant dans le discours spontané des patients ainsi que la prise en considération de l'inconscient et des phénomènes de transfert et de contre-transfert. Ce but ambitieux, mais essentiel, a tout naturellement orienté le choix de la méthode de traitement vers une forme de psychothérapie de soutien d'orientation psychodynamique accessible aux praticiens généralistes adeptes de la méthode de Balint, telle qu'elle est conçue par l'école lausannoise de psychologie médicale<sup>XCVI</sup>.

Comme Schneider (1976)<sup>3</sup> l'a expliqué : « Si les thérapies de soutien sont fréquentes en médecine, surtout au cours des maladies chroniques aussi bien somatiques que psychiques, on peut décrire sous le nom de *psychothérapie de soutien* une forme de traitement intermédiaire entre la thérapie de soutien, d'une part, et la psychothérapie analytique de l'autre. Dans la thérapie de soutien, l'action du médecin consiste uniquement à étayer et à consolider la personnalité du malade, à l'aider à accroître ses moyens défensifs pour qu'il puisse mieux supporter les conflits dont on n'aborde que le côté conscient et surtout l'aspect interpersonnel, si cela est absolument nécessaire, alors que l'on ne touche pas au conflit intrapsychique inconscient. Pour ces raisons, il s'agit d'une thérapie et non pas d'une psychothérapie. Dans la psychothérapie de soutien, au contraire, même si le médecin se contente d'une action de support, il l'effectue en tenant compte de la situation conflictuelle interpersonnelle et intrapsychique et de ses aspects inconscients. »<sup>XCVII</sup>

Dans ce contexte, la sensibilisation des psychothérapeutes étudiantins aux principaux facteurs de l'effet thérapeutique propre de la relation médecin-malade débouche sur un apprentissage particulièrement subtil et complexe. En effet, l'exercice de la psychothérapie étudiantine de soutien psychodynamique constitue un champ d'expérience intermédiaire, entre celui de la thérapie de soutien qu'il faut apprendre à dépasser et celui de la psychothérapie d'inspiration analytique proprement dite où il ne faut pas s'aventurer par des interprétations inappropriées ou sauvages, notamment celles du transfert qu'il s'agit d'éviter, comme le conseille Schneider (1976)<sup>3</sup>. En montrant qu'il s'agit non seulement de sentiments d'estime affectueuse mais aussi d'hostilité réprobatrice, cet auteur estime que l'apparition de

<sup>XCV</sup> Op. cit., p. 294.

<sup>XCVI</sup> Cf. supra : I.3. Modèle expérimental et II.1.1. Conditions requises par l'orientation psychodynamique de la psychothérapie étudiantine.

<sup>XCVII</sup> Op. cit., pp. 157-158.

sentiments transférentiels est naturelle lorsqu'une relation psychothérapeutique se crée mais, lorsqu'il s'agit d'une psychothérapie de soutien, il précise que « contrairement à ce qui se passe dans une psychothérapie d'inspiration analytique, il [le psychothérapeute] n'en fait jamais mention et ne les interprète pas au patient. Il les admet comme tels, sans y faire la moindre allusion et s'abstient naturellement d'exprimer les sentiments qu'il éprouve à l'égard du patient. »<sup>XCVIII</sup>

Par conséquent c'est uniquement lors des séances de supervision que les sentiments transférentiels ou contre-transférentiels doivent être explicitement mentionnés ou exprimés et analysés en tant que tels. Pour les psychothérapeutes étudiantins, la difficulté réside en l'occurrence dans le fait qu'ils doivent apprendre à ne pas se sentir personnellement atteints par les sentiments transférentiels de leurs patients, afin de pouvoir s'abstenir de réagir intempestivement vis-à-vis de ceux-ci et attendre la prochaine supervision pour élucider les tenants aboutissants de ce qu'ils ont observé ou ressenti.

En ce qui concerne ce que les psychothérapeutes représentent dans le transfert, les travaux de Watters (1980)<sup>110</sup> et Casement (1990)<sup>96</sup> donnent des informations pertinentes. Chacun à sa manière, ces auteurs observent que les patients utilisent leurs psychothérapeutes comme une cible de représentation, cela de la manière et au moment qui leur conviennent. Dans ces conditions, ce qui se passe dans la relation thérapeutique est de l'ordre du *comme si* et non du *comme ça*. Dès lors, l'image du psychothérapeute et les sentiments ressentis à son égard ne correspondent pas à sa personne réelle mais au personnage dont les patients vont l'investir pour revivre de façon idéalisée les relations traumatisantes de leur existence. Dans ce contexte, les patients n'ont pas besoin que la relation thérapeutique soit une bonne expérience car ils peuvent projeter sur leurs psychothérapeutes les mauvais côtés de l'objet qui était impliqué à l'origine de ce qui se réactualise. Les patients se sentent soutenus dans la remise en question de leur conflictualité intime par le fait que les psychothérapeutes, qu'ils traitent comme « mauvais objet » restent neutres et bienveillants, sans s'effondrer ni chercher à se venger. A la faveur de cette stabilité, les patients obtiennent la possibilité de revisiter leur problématique relationnelle et de ressentir des sentiments qu'ils n'avaient pas pu exprimer jusqu'alors.

Etant donné qu'il s'agit pour eux de s'initier à l'orientation psychodynamique de la psychothérapie de soutien, les psychothérapeutes étudiantins sont confrontés à la difficulté d'explorer la dimension transférentielle et contre-transférentielle de la relation thérapeutique dans le cadre de la supervision, pour en tenir compte sans y faire directement allusion dans leur activité clinique auprès des patients.

<sup>XCVIII</sup> Ibid., p. 158.

Dans cette perspective, comme le montre Casement (1990)<sup>96</sup>, les psychothérapeutes doivent s'efforcer de préserver la qualité *comme si* de la relation, en assurant la stabilité et la fiabilité du cadre thérapeutique. Mais, tout en assurant cette stabilité et cette fiabilité, ces psychothérapeutes doivent aussi savoir s'adapter, sans rester rigides, afin d'apporter une réponse empathique aux changements de besoins du patient.

En se référant à ce qu'ils ont compris en discutant avec les superviseurs, les psychothérapeutes étudiants doivent donc apprendre à s'adapter aux aléas des évocations associatives, pour intervenir de façon appropriée au moment opportun, que ce soit pour élucider un aspect de la problématique conflictuelle en cause, si une occasion propice se présente, ou pour répondre à un besoin infantile anachronique de soutien réconfortant qui se réactualise chez l'adulte.

Or cet apprentissage se réalise dans des conditions où, comme l'explique Gilliéron (1981)<sup>111</sup> alors que les patients et les psychothérapeutes sont influencés par des mouvements transférentiels, la situation en *face-à-face* entraîne une confusion entre les fantasmes et la réalité. Dans le contexte de l'étude qualitative de l'activité clinique des psychothérapeutes étudiants<sup>XCIX</sup>, l'appréciation de l'alliance thérapeutique<sup>C</sup> a montré que c'est ce genre de confusion qui a provoqué les plus importantes difficultés pour les étudiants. En effet, en raison de la prédominance des particularités non névrotiques de leurs fonctionnements personnels, les patients se sont considérablement achoppés aux aspects concrets de la réalité personnelle des étudiants qu'on leur a attribués comme psychothérapeutes. Il en résulta toutes sortes de manifestations difficiles à supporter, que ce soit une revendication persévérante et désinvolte d'obtenir des renseignements sur la vie personnelle de l'étudiante, dans le cas de Monsieur H., ou une méfiance dénigrante persistante à propos du manque d'expérience de l'étudiant, dans le cas de Monsieur K., ou encore un recours désemparé occasionnel à l'étudiante perçue comme une mère substitutive, dans le cas de madame I.

Au vu de toutes les difficultés qui viennent d'être évoquées, on peut se demander si elles n'ont pas contrecarré outre mesure l'initiation des étudiants aux principaux facteurs de l'effet thérapeutique propre de la relation médecin-malade.

Cependant, si l'on considère leur activité clinique dans son ensemble, on constate que les psychothérapeutes étudiants lausannois sont parvenus à mener à terme les épisodes de traitements qu'on leur a confiés en obtenant un résultat relativement satisfaisant.

<sup>XCIX</sup> Cf. supra : IV. Étude qualitative de la réalisation des psychothérapies étudiantes.

<sup>C</sup> Cf. supra : V.2.5. Appréciation de l'alliance thérapeutique dans le cadre des psychothérapies étudiantes.

En définitive on peut donc estimer que c'est précisément parce qu'ils ont été mis à rude épreuve par les difficultés rencontrées que les étudiants ont bénéficié de l'initiation proposée dans le cadre de l'expérience pilote à laquelle ils ont participé. En effet, comme les documents qu'ils ont rédigés au sujet de leur activité clinique le montrent, ce sont ces difficultés qui les ont amenés à se poser beaucoup de questions à propos de leur rôle, de leurs réactions, de leurs émotions, de leurs attitudes et de leurs interventions. Par conséquent toutes ces questions ont donné matière à un travail de supervision approfondi qui s'est avéré profitable.

## CHAPITRE VI

### VI. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

**Thème : Tenants et aboutissants de l'expérience lausannoise de psychothérapie estudiantine**

- Bilan de l'expérience pilote
- Leçons à tirer des difficultés rencontrées par les psychothérapeutes estudiantins
- Perspectives de réalisations ultérieures

## **VI.1. BILAN DE L'EXPÉRIENCE PILOTE**

De l'appréciation et de la discussion des résultats on peut tirer un bilan nuancé. À la constatation satisfaisante que les objectifs généraux de l'expérience, d'une part, et les buts particuliers du concept expérimental, d'autre part, ont été atteints dans toute la mesure du possible, ce bilan articule la prise en considération des difficultés rencontrées dans le cadre de l'indication à la psychothérapie estudiantine puis dans celui de la réalisation de ces psychothérapies par les étudiants.

### **VI.1.1. ARGUMENTS EN FAVEUR DE LA RÉUSSITE DE L'EXPÉRIENCE**

Sans revenir en détail sur le contenu de l'évaluation et de la discussion qui précèdent, il suffit de rappeler succinctement l'aboutissement de l'appréciation des résultats effectuée par approximations successives.

#### **▪ En première approximation :**

Il s'agissait d'apprécier globalement les résultats sur la base des données objectives concernant les événements factuels et les actions concrètes repérables dans la documentation à disposition au sujet du déroulement de l'expérience.

Effectuée en fonction des objectifs généraux de l'expérience pilote, cette première appréciation a confirmé la supposition que l'exercice de la psychothérapie estudiantine selon la méthode mise en œuvre à l'« University College Hospital » de Londres était réalisable à Lausanne. En effet, la constitution d'un dispositif expérimental conforme au modèle londonien s'est avérée possible avec les moyens habituels du Service de psychiatrie de liaison du CHUV, sans poser de problème majeur sur le plan institutionnel.

La mise en œuvre, de ce dispositif a montré que les étudiants engagés dans l'expérience ont eu la possibilité de se sensibiliser aux principaux facteurs de l'effet thérapeutique de la relation médecin-malade, en effectuant, jusqu'au terme prévu, sous la supervision régulière et approfondie de psychiatres et psychothérapeutes expérimentés, une forme de psychothérapie de soutien d'orientation psychodynamique conçue par l'école lausannoise de psychologie médicale de manière à ce qu'elle soit accessible aux praticiens généralistes adeptes de la méthode Balint.

#### **▪ En deuxième approximation :**

Il s'agissait d'apprécier plus particulièrement la réalisation des psychothérapies estudiantines, à partir de l'étude qualitative de l'activité clinique des étudiants<sup>CI</sup>, fondée sur

<sup>CI</sup> Cf. supra : IV. Étude qualitative de la réalisation des psychothérapies estudiantines.

les données subjectives tirées de leurs notes dans les divers documents constituant les dossiers cliniques à disposition.

Effectuée en fonction des buts particuliers du concept expérimental, cette deuxième appréciation a montré que les étudiants se sont efforcés d'être attentifs aux associations d'idées et aux modulations affectives qu'ils pouvaient détecter dans le discours de leurs patients qu'ils laissaient s'exprimer librement.

De plus, avec l'aide de leurs superviseurs, les étudiants sont parvenus, autant que possible, à déceler des phénomènes transférentiels et contre-transférentiels dont ils ont discuté en séance de supervision et dont ils ont tenu compte lors des rencontres avec leurs patients mais cela sans les mentionner ou les interpréter en tant que tels, conformément à la méthode de psychothérapie qu'ils s'exerçaient à appliquer.

Par conséquent, il s'avère que les étudiants ont réussi, de manière générale, à remplir les conditions d'une relation psychothérapique.

Cependant, cette deuxième appréciation montre aussi que les psychothérapeutes estudiantins ont été mis à rude épreuve, en raison de la nature des troubles qui affectaient le fonctionnement psychique de leurs patients. En effet leurs notes signalent aussi les nombreuses difficultés auxquelles ils ont été confrontés, en raison de l'impact de la psychopathologie en cause sur la relation thérapeutique. Dans ces conditions ils ont dû régulièrement recourir au soutien compréhensif et didactique de leurs superviseurs pour parvenir à trouver des occasions propices pour intervenir de façon appropriée.

#### **▪ En troisième approximation :**

Il s'agissait plus spécifiquement d'apprécier l'alliance thérapeutique en fonction de paramètres empruntés à l'approche pluridimensionnelle proposée par Gaston (1994)<sup>92</sup> ; soit ce qui oriente l'alliance vers le travail psychologique, d'une part, et vers le processus thérapeutique intersubjectif d'autre part ; ainsi que ce qui fortifie l'alliance par l'engagement affectif et compréhensif du psychothérapeute et par l'entretien d'un consensus au sujet du procédé thérapeutique et des objectifs du traitement<sup>CII</sup>.

Egalement effectuée à partir de l'étude qualitative de l'activité clinique des étudiants, cette troisième approximation a montré que, dans leur situation de psychothérapeutes néophytes, les étudiants ont été mis à rude épreuve par l'attribution de cas particulièrement difficiles à traiter.

En effet, tout en participant régulièrement aux séances de psychothérapie, leurs patients faisaient preuve d'un fonctionnement psychique qui altérait considérablement leur

<sup>CII</sup> Citée par Despland (2000)<sup>90</sup>.

contribution au travail psychologique en cours. De plus, la déficience d'aptitude à la symbolisation caractérisant ce type de fonctionnement a inhibé l'investissement de la dimension intersubjective de la relation thérapeutique par des achoppements aux aspects concrets de la réalité personnelle des étudiants. Par ailleurs le consensus sur les buts du traitement a été remis en question dans deux cas sur trois.

Par conséquent c'est par son fondement sur l'engagement affectif et compréhensif, empathique, persévérant et relativement intense de chaque psychothérapeute étudiantins que l'alliance thérapeutique s'est avérée suffisamment établie pour que les trois psychothérapies puissent se dérouler régulièrement jusqu'au terme convenu.

Il s'avère en effet que, malgré les difficultés, chacun à sa façon, les trois psychothérapeutes étudiantins sont suffisamment parvenus à assurer la stabilité et la fiabilité du cadre thérapeutique pour que leurs patients se sentent soutenus dans la recherche de solutions à leurs problèmes psychiques. En bénéficiant de cette stabilité, les patients ont revisité leur problématique relationnelle en ayant la possibilité de traiter leur psychothérapeute comme un mauvais objet (Monsieur H. et Monsieur K.) ou comme un parent substitutif (Madame I.).

Dans l'aide bienveillante, empathique et didactique de leurs superviseurs, les psychothérapeutes étudiantins ont trouvé les ressources qui leur ont permis de s'adapter souplement aux besoins de leurs patients et de supporter leurs attitudes ou leurs manifestations affectives, cela en restant suffisamment neutres et bienveillants pour parvenir à éviter des réactions défensives malencontreuses.

Dès lors, on peut estimer que les trois psychothérapies débouchent sur un résultat positif non négligeable. En effet, Monsieur H. est parvenu à reprendre son activité professionnelle à plein temps, à la faveur de la stabilisation de son hypertension en cours de traitement ; Madame I. est parvenue à dédramatiser ses expériences de déréalisation et à apaiser ses angoisses en renforçant son contact avec la réalité ; Monsieur K. est parvenu à émerger de la rechute de sa toxicomanie en acceptant de reprendre sa cure de désintoxication là où il l'avait interrompue de façon intempestive, cela en manifestant l'intention de poursuivre à la consultation d'un psychiatre installé le travail psychothérapeutique amorcé avec le psychothérapeute étudiantin.

### **VI.1.2. LEÇONS À TIRER DES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES PSYCHOTHÉRAPEUTES ESTUDIANTINS**

Comme on l'a vu précédemment, par la force des choses, tant l'offre que la demande étaient considérablement restreintes dans le cadre limité de l'expérience pilote lausannoise. Dans ces conditions les possibilités de sélection des patients étaient évidemment rétrécies.

Par conséquent, le groupe d'indication a été amené à prendre quelques libertés par rapport aux critères définis dans le cadre du concept expérimental<sup>CIII</sup> puisqu'ils ont admis des cas qui se trouvaient à la limite des critères d'inclusion (prépsychose dans le cas de Madame I.) si ce n'est légèrement au-delà de la frontière des critères d'exclusion (polytoxicomanie en voie de désintoxication dans le cas de Monsieur K.).

Bien que le bilan de l'expérience pilote ait montré qu'elles n'étaient pas rédhibitoires, les difficultés inhérentes à ce genre d'indication incitent à la réflexion à propos des critères d'indication à la psychothérapie étudiantine.

#### **VI.1.2.1. Prolégomènes à la sélection des patients**

Comme la discussion à propos de la sélection des patients l'a précédemment montré<sup>CIV</sup>, les auteurs qui se sont prononcés à ce sujet abordent la question du bassin de recrutement et insistent soit sur le type de pathologie, soit sur la motivation susceptible de prédire une alliance de travail suffisante.

##### **▪ En ce qui concerne le bassin de recrutement**

Wolff et al. (1985)<sup>13</sup> rapportent qu'à Londres et à Heidelberg, où une réplique du dispositif londonien a été mise en œuvre, les patients adressés aux psychothérapeutes étudiantins présentaient principalement des troubles somatiques fonctionnels associés à des troubles psychiques qui en aggravaient l'évolution. Il en ressort que le bassin de recrutement privilégié se situait dans le cadre des services de médecine interne ou de soins généraux.

S'agissant du contexte lausannois, c'est aussi un service de médecine générale (la Polyclinique médicale universitaire) qui a adressé le plus de patients au dispositif expérimental, c'est-à-dire trois sur quatre. Le quatrième patient a été adressé par l'intermédiaire du Service de psychiatrie de à la demande du médecin généraliste consultant de l'établissement socio-éducatif où il se trouvait.

Il semble que ce genre de bassin de recrutement s'impose, étant donné que la possibilité d'effectuer la psychothérapie étudiantine vise essentiellement à sensibiliser de futurs médecins généralistes ou internistes aux principaux facteurs de l'effet thérapeutique propre de la relation médecin-malade, en les initiant à la psychothérapie selon une méthode inspirée de Balint.

##### **▪ En ce qui concerne le type de pathologie**

Comme précédemment mentionné, alors que dans l'expérience de Chicago Heine (1962)<sup>11</sup> élargissait les critères d'indication jusqu'aux troubles de type psychotique pour autant qu'ils

<sup>CIII</sup> Cf. supra : II.1.2.3. Indication à la psychothérapie étudiantine.

<sup>CIV</sup> Cf. supra : V.3.1. A propos de l'importance des troubles et du mode de sélection des patients.

ne compromettent pas la stabilité existentielle et la motivation pour une psychothérapie, ultérieurement, en se référant aux expériences de Londres et de Heidelberg, Wolff et al. (1985)<sup>13</sup> ont proposé une sélection plus restrictive en préconisant que les indications soient réservées à des troubles psychiques de type névrotique.

L'expérience lausannoise a mis en évidence les inconvénients des cas où le fonctionnement psychique évolue sur un mode prépsychotique ou borderline. Par conséquent à plus forte raison que le modèle de référence est celui de Londres, il paraît judicieux de considérer que les indications à la psychothérapie estudiantine s'adressent de préférence à des troubles de type névrotique où l'aptitude à la symbolisation favorise l'investissement transférentiel de la dimension intersubjective de la relation thérapeutique.

#### ▪ En ce qui concerne la motivation

À l'instar de Heine (1962)<sup>11</sup> dans l'ancien modèle de Chicago, le groupe d'indication lausannoise a élargi les critères d'indication en privilégiant les indices de stabilité existentielle et de motivation à la psychothérapie.

Cet élargissement s'est avéré relativement opportun dans un cas, celui de Madame I. qui avait déjà fait l'expérience d'un traitement psychiatrique et psychothérapique par le passé et qui réussissait à poursuivre des études universitaires malgré l'importance de ses troubles. Bien qu'elle ait consulté en urgence pour des lombalgies, elle était consciente que ses troubles étaient principalement psychiques et elle a demandé elle-même de pouvoir accéder à un traitement psychologique au médecin somaticien qui l'a traitée en première intention.

En revanche dans les trois autres cas, les motivations formulées lors des séances du groupe d'indication se sont avérées beaucoup plus fragiles qu'il n'y paraissait au premier abord. Chacun à sa manière, Monsieur H. et Madame J. ont montré qu'ils avaient subi l'influence de leur médecin traitant généraliste sans se laisser vraiment convaincre de l'utilité d'une psychothérapie dans leur cas particulier. Quant à Monsieur K. sa motivation était empreinte de l'ambivalence qu'il manifestait vis-à-vis de sa cure de désintoxication à laquelle il cherchait une échappatoire.

Par conséquent, dans l'hypothèse où de plus nombreuses demandes élargiraient les possibilités de sélection, on peut estimer qu'il serait judicieux que les superviseurs effectuent un ou deux entretiens d'épreuve pour tester la motivation dans le cadre des investigations préalables à la séance du groupe d'indication.

#### VI.1.2.2. Prolégomènes à l'investigation des patients

Précédemment, dans le cadre de l'appréciation des résultats, les problèmes posés par les troubles du fonctionnement psychique des patients confiés aux psychothérapeutes

estudiantins ont orienté la discussion au sujet de l'impact de ces troubles sur l'alliance thérapeutique<sup>CV</sup>. A ce propos les hypothèses de Lecours (2005)<sup>100</sup> se sont avérées pertinentes, étant donné qu'elles correspondent à ce que l'on constate en examinant ce que les psychothérapeutes estudiantins ont observé ou éprouvé au cours de leur activité clinique.

Rappelons ici que cet auteur part du principe que toute personne peut avoir deux modes de fonctionnement psychique, l'un du registre névrotique et l'autre du registre non névrotique, c'est à dire prépsychotique ou psychotique. Ce principe l'amène à supposer qu'« il est probable que ces deux modes de fonctionnement soient toujours actifs et agissent en parallèle, et que chaque événement psychique soit traité simultanément par les deux modes chez le patient » ; de plus il est précisé que « ceci n'empêche pas que l'un des deux types de fonctionnement puisse être prédominant à un moment particulier »<sup>CVI</sup>. Par ailleurs Lecours explique qu'en cas de prédominance du registre non névrotique « le manque de symbolisation rend l'expérience pulsionnelle/affective excessivement intense et concrète [...], ce qui a pour effet de sidérer les capacités de contenance et d'élaboration »<sup>CVII</sup>. Par conséquent, le patient « doit gérer des expériences vécues comme étant douloureusement concrètes »<sup>CVIII</sup> et il en résulte une « prédominance de l'interpersonnel sur l'intrapsychique, typique du fonctionnement non névrotique »<sup>CIX</sup>.

En ce qui concerne la sélection des patients lors de l'indication à la psychothérapie estudiantine, cette référence incite à penser qu'il serait utile de déterminer dans quelle mesure le mode de fonctionnement non névrotique est susceptible de prédominer dans le fonctionnement psychique des personnes qui entrent en ligne compte.

A ce propos il est utile de se référer aux travaux de Despland et Schild-Paccaud (1996)<sup>112</sup> au sujet de « la prépsychose comme organisation de personnalité de l'adulte ». Dans cet ouvrage, les auteurs ont élaboré une discussion des problèmes posés par la psychothérapie des prépsychoses en s'intéressant aux caractéristiques cliniques des patients « chez qui ce diagnostic a été retenu à l'examen psychologique effectué au moyen de tests projectifs (Rorschach et TAT) »<sup>CX</sup>. Au cours de leur discussion, ces auteurs se réfèrent à Bergeret (1974)<sup>113</sup> pour constater qu'« il n'existe pas de correspondance entre présentation clinique et structure de personnalité. Des symptômes phobiques ou dépressifs peuvent être autant mis en évidence chez des patients fonctionnant sur un registre névrotique que sur un

CV Cf. supra : V.2.5.2. Impact des niveaux de fonctionnement psychique sur l'alliance thérapeutique dans le contexte de la psychothérapie estudiantine d'orientation psychodynamique.

CVI Op. cit., p.95.

CVII Ibid., p. 91.

CVIII Ibid., p. 92.

CIX Ibid., p. 94.

CX Op. cit., p. 67.

registre psychotique ; seule une appréhension de la place et de l'économie du symptôme dans le fonctionnement psychique autorise un diagnostic que l'on peut qualifier de structurel »<sup>CXI</sup>. Cette constatation va dans le même sens que les suppositions précitées de Lecours (2005)<sup>100</sup>, mais en montrant l'utilité d'investigations psychologiques appropriées pour déterminer dans quelle mesure les modalités de fonctionnement psychique relèvent du registre névrotique ou du registre psychotique.

Par ailleurs, dans un travail au sujet des mécanismes de défense qui interviennent dans le fonctionnement psychique sur le plan psychodynamique, Despland, Drapeau, et De Roten (2001)<sup>114</sup> discutent des « outils permettant d'étudier les mécanismes de défense à des fins de recherche » en mentionnant les « auto-questionnaires » qui « ont été développés afin de mettre en évidence les mécanismes de défense utilisés par les patients », cela en estimant que « l'avantage de ces méthodes tient à leur simplicité et au fait qu'elles représentent une économie de temps pour les cliniciens, tout en préservant la fidélité ». Entre autres, ils mentionnent également « les mesures projectives » notamment par le test de Rorschach<sup>CXII</sup>.

Par conséquent, dans l'hypothèse de l'éventuelle mise en œuvre d'un dispositif permanent de psychothérapie estudiantine à Lausanne, en ce qui concerne les investigations préliminaires des personnes qui entrent en ligne de compte pour l'indication à ce genre de psychothérapie, il serait probablement utile de prévoir un examen psychologique permettant de déterminer dans quelle mesure les modalités de fonctionnement psychique relèvent du registre névrotique ou du registre psychotique au moyen d'un auto-questionnaire ou d'un test projectif.

Compte tenu de leurs travaux à ce sujet, les chercheurs de l'Institut de psychothérapie du Département de psychiatrie du CHUV pourraient contribuer au choix de l'outil approprié.

### **VI.1.2.3. Prolégomènes à la préparation des étudiants candidats à l'exercice de la psychothérapie estudiantine**

Dans ce qui précède<sup>CXIII</sup>, en se référant aux travaux de Ball (1963)<sup>10</sup>, Wolff (1985)<sup>13</sup> et Shoenberg (1992, 1998)<sup>14, 15</sup>, les considérations formulées au sujet de la préparation et de la formation des étudiants au rôle de psychothérapeute ont débouché sur la constatation que le meilleur moyen de préparer un candidat à la psychothérapie estudiantine consiste à lui donner la possibilité de prendre part à un groupe de supervision déjà en fonction, plusieurs mois avant de commencer son activité psychothérapeutique personnelle.

<sup>CXI</sup> Op. cit., pp. 68-69.

<sup>CXII</sup> Op. cit., pp. 117-118.

<sup>CXIII</sup> Cf. supra : V.3.3.1. Préparation et formation des étudiants au rôle de psychothérapeute et V.3.3.2.b. Supervision en groupe ou individuelle.

En effet dans un dispositif de psychothérapie estudiantine permanent, pour autant que l'offre attire régulièrement un nombre relativement important d'étudiants motivés, les auteurs de référence ont démontré l'efficacité pédagogique de l'instauration de petits groupes de supervision, fonctionnant à long terme de manière ouverte, afin que de nouveaux arrivants viennent remplacer ceux qui ont achevé leur expérience d'étudiants psychothérapeutes. Dans ces conditions, sous la direction d'un superviseur qui veille à ce que la convivialité permette à chaque participant de s'exprimer sans craindre d'être jugé, il se crée une dynamique de groupe incitant les novices à discuter avec les étudiants déjà expérimentés en leur posant des questions. Ainsi en écoutant le discours de leurs collègues plus avancés et les commentaires du superviseur, les novices peuvent acquérir des connaissances en ce qui concerne la psychopathologie qui affecte le fonctionnement psychique des patients, les hypothèses psychodynamiques au sujet de la problématique qui en résulte, et les interventions favorisant le travail psychologique à visée psychothérapeutique. Dès lors, après avoir participé comme auditeur aux séances de supervision durant un certain temps, les étudiants auront acquis un bagage qui leur permettra de commencer leur activité psychothérapeutique personnelle dans de bonnes conditions, cela sans qu'un enseignement théorique particulier soit nécessaire.

Par conséquent, toujours dans l'hypothèse de l'éventuelle mise en œuvre d'un dispositif permanent de psychothérapie estudiantine à Lausanne, il serait judicieux d'envisager une préparation de ce genre pour les psychothérapeutes estudiantins. Toutefois l'étude rétrospective de l'expérience pilote montre qu'il ne serait pas inutile de fournir aux étudiants une documentation écrite, pour favoriser leur initiation progressive par quelques notions théoriques synthétiques au sujet de la psychothérapie de soutien d'orientation psychodynamique.

## **VI.2. QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE AU SUJET DE L'EXPÉRIENCE PILOTE ÉTUDIÉE**

En dépit du fait qu'il n'ait pas jugé nécessaire de présenter le projet d'expérience pilote de la psychothérapie estudiantine et celui de son évaluation rétrospective ultérieure à la Commission d'éthique de la recherche, le promoteur de l'expérimentation s'était préoccupé des aspects éthiques de la réalisation de ce projet. En effet, tant lors de la préparation du dispositif expérimental que lors de sa mise en œuvre, le Professeur Guex a mis l'accent sur ces aspects à plusieurs occasions<sup>CXIV</sup>.

<sup>CXIV</sup> Cf. supra : I.1. Introduction et II.1.3. Problème éthique posé par le dispositif expérimental utilisé.

Par conséquent, au-delà des enjeux psychologiques ou cliniques de la psychothérapie estudiantine, un examen approfondi des questions d'éthique trouve sa place dans l'évaluation de ce genre de pratique thérapeutique.

Les considérations qui vont suivre ne prétendent en aucune manière réparer une omission artificiellement *a posteriori*. En effet, de nombreuses années plus tard, il est impossible de déterminer de quelle manière et sous quelle forme le projet eût été présenté à la Commission d'éthique de la recherche par le directeur de l'expérience, si ce dernier avait jugé nécessaire de le faire. De même, il serait totalement aberrant de tenter d'imaginer comment cette Commission se serait prononcée si la présentation avait eu lieu.

En revanche, ce travail de thèse a été soumis à l'examen d'un éthicien, le Professeur Benaroyo qui a formulé un ensemble de remarques au sujet des questions d'éthique qui se posent à propos de l'expérience pilote étudiée.

Pour tenir compte des remarques de l'éthicien, nous avons estimé utile de compléter les conclusions de notre étude par un questionnement élaboré, qui s'inspire des questions d'éthique qu'il a énoncées.

Etant donné qu'elles sont formulées par le chercheur qui a participé à l'expérimentation avant d'effectuer l'étude rétrospective qui l'évalue, les considérations inhérentes à ce questionnement découlent évidemment d'un point de vue qui reste subjectif. Cela étant, ces considérations n'ont pas d'autre but que celui de témoigner du souvenir des réflexions éthiques qui furent énoncées de manière informelle, sans laisser de trace écrite particulière dans les documents à disposition, tant par le Professeur Guex que par les superviseurs ou les étudiants, lors des discussions qui eurent lieu lors de la préparation du dispositif expérimental puis au cours de la réalisation des psychothérapies estudiantines.

En l'absence de documents écrits sur lesquels il puisse se fonder pour préciser les souvenirs, ce témoignage n'a pas la prétention de reconstituer les discussions qui ont eu lieu à l'époque lointaine de l'expérience pilote. Il s'agit d'une réflexion personnelle élaborée avec recul, en arrivant au terme de ce travail de thèse, sur la base des divers éléments de la relation et de l'évaluation de l'expérience pilote étudiée.

### **VI.2.1. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES AU SUJET DE LA NATURE DE LA RECHERCHE EN QUESTION**

Rappelons que la recherche porte sur une démarche qui s'est déroulée en deux phases successives : tout d'abord la réalisation étroitement supervisée de psychothérapies de soutien d'orientation psychodynamique par trois étudiants en médecine avancés, lors d'un équivalent *ad hoc* de stage en psychiatrie dans le cadre du Service de psychiatrie de liaison

du CHUV ; ensuite, l'évaluation qualitative rétrospective de cette réalisation. Il faut donc distinguer catégoriquement ces deux phases qui ne sont pas de même nature :

- *L'expérience pilote lausannoise de psychothérapie estudiantine*

C'est-à-dire une démarche clinique intégrée dans la formation prégraduée d'étudiants très intéressés par la psychologie médicale. En l'occurrence, il s'agissait essentiellement d'encadrer ces étudiants stagiaires dans une initiation à une méthode de psychothérapie couramment utilisée depuis de très nombreuses années.

En première intention, le but de cette initiation était de sensibiliser ces étudiants aux aspects thérapeutiques que la relation médecin-malade peut avoir en elle-même.

Dans cette perspective, l'objectif consistait à leur apprendre à être attentif à ce que le patient exprime en parlant librement (que ce soit par association d'idées ou par les modulations affectives correspondantes), cela pour dépasser les conditions d'une relation médecin-malade banale, afin de remplir celles d'une relation psychothérapique en parvenant à tenir compte de l'inconscient et en se sensibilisant aux phénomènes de transfert et de contre-transfert.

- *L'étude naturaliste rétrospective de la constitution et du fonctionnement du dispositif institutionnel mis en œuvre pour réaliser l'expérience pilote*

C'est-à-dire une démarche évaluative de type qualitatif qui relève des sciences humaines plutôt que des sciences expérimentales à proprement parler.

En l'occurrence, en seconde intention, il s'agissait essentiellement de déterminer dans quelle mesure les objectifs déterminés par le concepteur de l'expérience pilote avaient été atteints, à savoir : expérimenter le modèle londonien en l'adaptant au contexte lausannois ; trouver les moyens institutionnels de réaliser des psychothérapies estudiantines dans le cadre du Service de psychiatrie de liaison du CHUV ; montrer comment l'expérience de la psychothérapie estudiantine permet d'apprendre en quoi consiste la fonction thérapeutique de la relation médecin-malade ; apprécier la finalité et la faisabilité de la psychothérapie estudiantine dans le cadre du cursus universitaire prégradué de la Faculté de Biologie et de Médecine de Lausanne.

L'articulation de ces deux phases situe cette recherche dans le registre de la recherche-action. En effet, conformément à la définition de Carr et Kemmis (1983)<sup>115</sup> citée par Lapassade (1993)<sup>116</sup>, l'expérimentation en question correspondait à « une forme de recherche effectuée par des praticiens à partir de leur propre pratique ». Il s'agissait d'une méthode empirique qui consistait à associer une recherche sur le plan théorique et des interventions sur le plan pragmatique d'une activité médicale particulière, afin de transposer

des acquis théoriques dans une pratique naturelle d'initiation à la psychothérapie de soutien d'orientation psychodynamique et d'en tirer de l'enseignement<sup>CXV</sup>.

Ce genre de psychothérapie est une forme de traitement de type herméneutique bien connue depuis longtemps et couramment pratiquée dans le cadre du Service de psychiatrie de liaison où se situait l'expérience pilote. On pouvait donc estimer qu'un essai d'initiation estudiantine à ce genre de psychothérapie, dans le cadre d'un équivalent de stage de psychiatrie, ne devait pas être considéré de la même manière que les études expérimentales prospectives de nouvelles thérapeutiques (par exemple médicamenteuses) dont le projet doit nécessairement être soumis à l'approbation d'une Commission d'éthique de la recherche.

A tort ou à raison, on a estimé qu'il en allait de même pour l'évaluation effectuée en deuxième intention, car il s'agissait d'une étude naturaliste rétrospective qui n'avait plus aucun impact sur la manière dont l'expérience pilote avait été conceptualisée puis réalisée à l'époque.

Par conséquent, c'est dans le cadre de l'éthique médicale en général, davantage que dans celui de la bioéthique de la recherche expérimentale, qu'il faut situer le questionnement éthique au sujet de l'expérience pilote étudiée.

A ce propos, en abordant de manière générale la question de « l'éthique et de l'herméneutique du soin », Benaroyo (2010)<sup>117</sup> attire l'attention sur le fait qu'en se développant, la bioéthique « a eu tendance à dissoudre imperceptiblement les liens qui l'unissent aux dimensions humanistes de la médecine, sans peut-être réaliser qu'en formulant ses questionnements à partir du moule éthico-juridique encadrant les développements biotechnologiques, elle participe activement à cette dissolution ». Ensuite l'auteur déclare que « la question reste ouverte aujourd'hui de savoir dans quelle mesure l'éthos de la bio-éthique – figure de proue de l'éthique biomédicale contemporaine – est adapté aux conditions de l'exercice quotidien du soin. Comment intégrer cet éthos au sein d'une éthique de la responsabilité qui ne peut manquer d'être interpellée par l'altérité de la personne malade, dont le dénuement et la souffrance constituent un appel à l'aide mobilisant une sollicitude sans laquelle le respect de la dignité humaine s'avérerait dénué de tout point d'appui authentique ? ». La formulation de cette question amène Benaroyo à insister « sur

<sup>CXV</sup> Références : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/recherche-action/67012>  
<http://dictionnaire.reverso.net/francais-definition/recherche-action>  
[http://www.vadeker.net/corpus/lapassade/recherche\\_action.html](http://www.vadeker.net/corpus/lapassade/recherche_action.html)  
<http://fr.wikipedia.org/wiki/Recherche-action>  
<http://www.mediadico.com/dictionnaire/definition/recherche-action>

l'importance de mener une réflexion sur la finalité de l'action clinique et plus particulièrement sur le statut du soin dans l'agir médical »<sup>CXVI</sup>.

En revenant au cas particulier de la psychothérapie estudiantine, sans le négliger totalement pour autant, il convient donc de s'écarter quelque peu du « moule éthico-juridique encadrant les développements biotechnologiques », puisque c'est l'accompagnement thérapeutique des patients qui entre en ligne de compte ici, plutôt que la biotechnologie à proprement parler. Dès lors, qu'en est-il du « statut du soin dans l'agir médical » en l'occurrence ?

Cette question nous amène à prendre en considération l'éthique particulière de la psychothérapie conçue comme un soin qui, selon Racamier (1987)<sup>118</sup> « s'adresse au moi du sujet » et dont la finalité découle de « méthodes et d'attentions destinées à préserver et à renforcer la santé psychique des patients »<sup>CXVII</sup>.

Dans ce contexte, ce que Benaroyo (2010)<sup>117</sup> entend par l'agir médical ne correspond pas à des actes techniques effectués à l'aide d'instruments matériels, mais consiste en une démarche relationnelle « dans la mesure où la clinique – conçue comme un acte de soin – est un art de la re-possibilisation », cela dans des conditions où « l'exercice du soin fait appel aux dimensions narratives et discursives de l'agir médical dans les trois registres suivants : la relation clinique, le déploiement de la sagesse pratique et l'exercice de la responsabilité éthique du soignant ». En parlant des « moments langagiers » qu'il situe dans ces trois registres, l'auteur évoque l'ouverture d'une voie clinique dont les caractéristiques peuvent correspondre aux principaux aspects de la psychothérapie. En effet il mentionne « d'une part, une exploration des contenus et des structures narratives des expériences et des discours des patients, de leur entourage et des soignants, et d'autre part, la prise de conscience par les soignants de l'importance de créer – dans un climat de confiance et d'hospitalité – une mise en intrigue du projet de soin qui permette au malade de (re)devenir l'acteur du rétablissement de son identité narrative altérée par la maladie »<sup>CXVIII</sup>.

C'est donc en focalisant l'attention sur les divers aspects intersubjectifs de la relation médecin-malade qu'il faut élaborer une réflexion au sujet des problèmes éthiques posés par la psychothérapie estudiantine.

## VI.2.2. CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES AU SUJET DES ASPECTS ÉTHIQUES DE L'EXPÉRIENCE PILOTE

La psychothérapie (en tant que soin relationnel) et l'éthique du soin (en tant que telle) sont très étroitement liées par ce que leurs principaux aspects leur confèrent de mutuel. En effet,

<sup>CXVI</sup> Op. cit., p. 23.  
<sup>CXVII</sup> Op. cit., p. 627.  
<sup>CXVIII</sup> Op. cit., p. 36.

comme le montre Barrier (2010)<sup>119</sup>, « Le soin est d'abord relation, il se donne dans une relation. Ceci implique de reconnaître une dimension éthique au soin, dans son caractère essentiellement relationnel. Mais, d'une certaine façon, toute relation éthique à l'autre est une relation de soin. Toute relation qui prend en considération l'autre comme digne, *en lui-même*, d'attention et de respect est déjà une relation de soin »<sup>CXIX</sup>.

C'est à partir de cette assertion que nous allons examiner les aspects éthiques de l'organisation de la mise en œuvre et du fonctionnement du dispositif expérimental qui a permis la réalisation des psychothérapies estudiantines à Lausanne.

Pour cela, en nous référant au Manuel d'éthique médicale de l'Association Médicale Mondiale<sup>83</sup>, nous partons du principe qu'« une réflexion éthique pose des questions sur les valeurs, les droits et les responsabilités » et nous retenons la notion que « dans sa définition la plus simple, l'éthique est l'étude de la moralité – une réflexion et une analyse attentive et systématique des décisions et comportements moraux, passés, présents ou futurs ». Dans ce contexte, la moralité est définie comme « la mesure de valeur d'une prise de décision et du comportement humain ». Restant entendu que « selon ces définitions, l'éthique est principalement affaire de *savoir*, alors que la moralité concerne le *faire*. » et que « le lien étroit qui unit ces deux termes réside dans le souci de l'éthique de fournir des critères rationnels qui permettent de décider ou d'agir d'une certaine manière plutôt que d'une autre »<sup>CXX</sup>.

Par ailleurs, nous retiendrons également que, hormis le respect des droits humains, le savoir être et le savoir faire, les « valeurs fondamentales de la médecine » sont principalement :

- La « compassion » définie comme la compréhension et la sensibilité aux souffrances d'autrui.
- La « compétence » définie comme la capacité de maintenir un bon niveau de connaissances scientifiques, de savoir faire technique et de savoir être sur le plan de la moralité et des comportements relationnels.
- L'« autonomie » définie comme la capacité d'autodétermination face à la nécessité de résoudre un problème clinique en faisant des choix et en prenant des décisions en fonction de l'intérêt, du bien-être et du maintien ou du rétablissement de la santé du patient.<sup>CXXI</sup>

A partir de ce que nous venons de mentionner, nous allons examiner, de manière critique, ce que l'on peut dire à propos du respect des principes de l'éthique médicale, lors de la réalisation de l'expérience lausannoise de psychothérapie estudiantine.

#### VI.2.2.1. En ce qui concerne le choix des patients et l'indication à la psychothérapie estudiantine

Pour déterminer ce qu'il en est à ce sujet, il faut prendre en considération les démarches successives qui ont abouti au recrutement des patients intégrés dans l'expérience pilote.

Dans un premier temps, les médecins généralistes ont sélectionné parmi leurs patients des personnes dont les problèmes psychiques perturbaient le traitement de leur affection somatique, malgré la médication psychotrope qu'ils leur avaient prescrite. Estimant qu'une psychothérapie pourrait les aider à résoudre ces problèmes, ils leur ont proposé de répondre à l'offre du dispositif expérimental.

Ensuite, dans un deuxième temps, ces patients ont été présentés à un groupe d'indication à la psychothérapie composé des superviseurs, des psychothérapeutes estudiantins et dirigé par le Professeur Guex<sup>CXXII</sup>. Sur la base des informations transmises par les généralistes, le groupe d'indication a effectué une brève investigation psychologique, afin d'observer l'affectivité, les aptitudes cognitives et la capacité d'introspection des personnes présentées, pour évaluer leur accessibilité à une psychothérapie de soutien d'orientation psychodynamique. Dans les cas où cette accessibilité fut jugée suffisante, les intervenants du groupe d'indication ont proposé une psychothérapie estudiantine aux personnes concernées en leur expliquant en quoi consistait ce genre de traitement. Les patients qui ont accepté la proposition furent inclus dans l'expérience.

Sur le plan de l'éthique médicale, il faut donc mettre en question le choix des médecins généralistes, d'une part, et la décision du groupe d'indication d'autre part.

Qu'en est-il de la démarche par laquelle les généralistes ont fait leur choix ? Tout d'abord, ils ont détecté des problèmes psychiques et s'en sont préoccupés. En cela, ils ont fait preuve de compassion puisqu'ils ont été sensibles à la souffrance de leurs patients. Ensuite, constatant que le traitement qu'ils effectuaient s'avérait insuffisant pour apaiser cette souffrance, ils ont décidé de faire appel à des thérapeutes d'une autre spécialité médicale que la leur. Par conséquent, en cherchant à compléter le traitement effectué par leurs soins par une solution destinée à favoriser le rétablissement de la santé psychique de leurs patients, à notre avis, ils ont respecté la directive éthique qui stipule : « lorsqu'un examen ou

CXIX Op. cit., p. 156.  
CXX Op. cit., p. 9.  
CXXI Op. cit., pp. 17-18.

CXXII Cf. supra : II.1.2. Description du dispositif expérimental et II.2.1. : Mise en œuvre du dispositif expérimental.

traitement dépasse ses capacités, le médecin devrait consulter un confrère possédant les compétences requises ou adresser le patient à ce confrère »<sup>CXXIII</sup>.

Par ailleurs, qu'en est-il du procédé par lequel les responsables du dispositif expérimental ont inclus dans l'expérience les patients qui leur étaient adressés ? On constate que ce procédé correspond à la méthode traditionnellement utilisée dans le cadre du Département de psychiatrie du CHUV, à savoir : encadrer les psychothérapeutes débutants par des psychothérapeutes bien formés et expérimentés dans une investigation en groupe qui leur apprend à déterminer dans quelle mesure une forme particulière de psychothérapie est indiquée ou non dans le cas particulier d'un patient donné.

Dans ces conditions, abstraction faite de la psychopathologie observable, les critères d'inclusion dans l'expérience correspondaient aux critères d'indication au mode de psychothérapie envisagé, c'est-à-dire à la psychothérapie de soutien d'orientation psychodynamique. En l'occurrence, il s'agissait de déterminer si les patients avaient une faculté d'introspection suffisante pour participer à la détection et à l'élucidation psychologique de la conflictualité intrapsychique qui influençait leur fonctionnement mental et relationnel. De plus, il s'agissait aussi de s'assurer que leurs aptitudes cognitives leur permettaient de comprendre en quoi consiste la méthode de psychothérapie proposée, notamment à propos des rôles respectifs du psychothérapeute et du patient, dans le cadre d'une relation intersubjective où l'on peut "*tout dire librement*", pour exprimer verbalement ce qui vient à l'esprit, mais où il faut "*s'abstenir d'agir*", pour éviter de réaliser concrètement les fantasmes qui émergent dans le champ de conscience. Enfin il fallait encore percevoir une motivation affirmée pour la compréhension psychologique de soi-même à la faveur d'une mise en question de sa façon d'être au monde et d'entrer en relation avec ses semblables.

Dès lors, d'autant qu'ils incluent l'obtention du consentement éclairé dont nous reparlerons par la suite, à notre avis, les critères d'indication/inclusion<sup>CXXIV</sup> tiennent compte de ce que Barrier (2010)<sup>119</sup> entend par « relation éthique à l'autre »<sup>CXXV</sup>. En effet, dans la mesure où ils concernent le fonctionnement psychique personnel des patients plutôt que l'aspect psychopathologique de leurs troubles, ces critères s'adressent à l'originalité et à la singularité des personnes concernées ; ce qui revient à les considérer comme digne d'attention et de respect par eux-mêmes plutôt qu'en tant que porteurs de symptômes.

Quant aux critères d'exclusion<sup>CXXVI</sup>, ils correspondaient aux contre-indications à l'instauration fonctionnelle d'une psychothérapie de soutien d'orientation psychodynamique ; c'est-à-dire :

CXXIII Cf. Manuel d'éthique médicale de l'AMM<sup>93</sup>, pp. 39-40.

CXXIV Cf. supra : II.1.2.3. Indication à la psychothérapie estudiantine.

CXXV Op. cit., p. 156.

CXXVI Ibid. supra : II.1.2.3. Indication à la psychothérapie estudiantine.

les manifestations de troubles psychiques constituant un obstacle rédhibitoire à une collaboration appropriée au travail psychothérapeutique, soit celles d'un état dépressif avec risque suicidaire important, celles d'une psychose évolutive floride altérant gravement le contact avec la réalité ou celles d'un trouble de la personnalité excluant la mutualité relationnelle.

Ces considérations nous amènent à aborder un problème très important dans le domaine de l'éthique médicale et que Mauron (2004)<sup>120</sup> énonce de la manière suivante : « Le bien du patient a été de tout temps le principe directeur de l'action médicale et de la relation médecin-patient (cf. le Serment d'Hippocrate): la médecine est, en quelque sorte "là pour ça". Ce principe représente donc le moteur, l'énergie morale qui sous-tend toute action de soigner. De plus, il a de tout temps été reconnu que l'action médicale au bénéfice du patient est inévitablement liée à des risques, d'où le principe de non-maléfience souvent évoqué par la maxime *primum non nocere* (tout d'abord, ne pas nuire). Ces deux principes sont donc le plus souvent à considérer ensemble. Ils enjoignent de tenir compte soigneusement du rapport bénéfice-risque et bénéfice-fardeau associé à l'acte médical. »<sup>CXXVII</sup>.

Qu'en était-il du rapport bénéfice-risque et bénéfice-fardeau dans le cadre de l'expérience pilote de psychothérapie estudiantine ?

Comme nous l'avons déjà relevé précédemment, le Professeur Guex, directeur de l'expérience, et les superviseurs ont abordé les problèmes éthiques de la psychothérapie estudiantine avec les psychothérapeutes estudiantins lors de la préparation et de la mise en œuvre du dispositif expérimental. A cette occasion le rapport bénéfice-risque et bénéfice-fardeau a été évalué de manière générale sous ses deux aspects.

En tant que démarche thérapeutique de nature purement psychologique, la psychothérapie de soutien d'orientation psychodynamique n'est en aucune manière invasive sur le plan somatique. En revanche, elle peut l'être sur le plan psychique, dans la mesure où elle remet en question le fonctionnement psychosocial de la personne traitée en explorant ses fondements inconscients.

Au-delà des bénéfices découlant de l'amélioration du fonctionnement psychosocial que la psychothérapie est susceptible de provoquer, les risques inhérents à cette remise en question sont essentiellement les passages à l'acte (acting) qui peuvent éventuellement être déclenchés par l'évolution du patient en cours de traitement. Ces passages à l'acte peuvent être dangereux pour le patient lui-même (tentative de suicide ou démarche impulsive préjudiciable) ou pour autrui (comportement agressif potentiellement violent ou préjudiciable à l'égard de l'entourage).

CXXVII Op. cit., p. 1.

C'est la raison pour laquelle les tendances suicidaires dépressives, l'altération grave du contact avec la réalité par une psychose floride et l'impulsivité inhérente à un trouble majeur de la personnalité ont été retenus dans les critères de contre-indication / exclusion que nous avons mentionnés dans ce qui précède.

Quant au fardeau, il résulte principalement des contraintes inhérentes au respect du cadre de la psychothérapie ; c'est-à-dire s'astreindre à venir participer une fois par semaine à une séance de psychothérapie et celle de respecter les consignes concernant l'agenda et l'horaire tout en supportant la charge émotionnelle inhérente à l'évocation des problèmes existentiels.

S'agissant d'une recherche, en se référant à la déclaration d'Helsinki<sup>121</sup>, le Manuel d'éthique médicale de l'AMM<sup>83</sup> formule la prescription suivante : « l'investigateur doit démontrer que les risques encourus par les sujets ne sont pas déraisonnables ou démesurés par rapport aux bénéfices attendus dont ils peuvent même ne pas bénéficier. Il y a ici le risque qu'un résultat indésirable (préjudice) se présente. Ses deux composantes sont: (1) la probabilité que le préjudice se présente (de très forte à très faible); (2) la gravité du préjudice (d'insignifiant à une incapacité permanente grave, voire la mort) »<sup>CXXVIII</sup>.

En ce qui concerne les patients inclus dans l'expérimentation lausannoise de la psychothérapie estudiantine, au cours de l'examen clinique qu'ils ont effectué lors des séances du groupe d'indication, le directeur de l'expérience, et les superviseurs – soit des cliniciens compétents et expérimentés – ont observé attentivement la réactivité psychique, le degré d'impulsivité, le niveau de spontanéité du discours et les caractéristiques de l'attitude relationnelle des patients concernés, afin de s'assurer, de cas en cas, que les risques encourus s'avéraient admissibles et qu'ils n'étaient pas démesurés par rapport aux bénéfices que l'on pouvait raisonnablement attendre de la réalisation des psychothérapies estudiantines.

Il s'agissait d'une recherche-action où, bien que ces deux cibles d'observation soient relativement indissociables, l'évaluation rétrospective prévue devait se focaliser de préférence sur la qualité de l'activité clinique des psychothérapeutes estudiantins plutôt que sur l'évolution des troubles psychiques des patients sous l'effet de cette activité. Dans ces conditions, les principaux sujets de l'expérience étaient les étudiants stagiaires eux-mêmes. Par conséquent, le rapport bénéfice-risque et bénéfice-fardeau doit aussi être pris en considération en ce qui les concerne.

S'agissant des psychothérapeutes estudiantins, au-delà du bénéfice attendu par l'acquisition de connaissances théoriques et de compétences thérapeutiques, il entre en ligne de compte

<sup>CXXVIII</sup> Op. cit., pp. 104-105.

qu'ils étaient eux aussi exposés à un risque de déstabilisation psychoaffective ainsi qu'à un fardeau émotionnel non négligeable, dans la mesure où l'équilibre des liens entre leur fonctionnement psychoaffectif et leur inconscient était ébranlé par les phénomènes de transfert et de contre-transfert. Les tenants et aboutissants de ces risques et de ce fardeau ont été abordés au cours de leur préparation à la psychothérapie estudiantine, si bien que c'est en toute connaissance de cause qu'ils se sont engagés dans l'expérience, cela en acceptant que les données concernant leurs réactions affectives et comportementales soient utilisées comme prévu pour l'évaluation rétrospective de leur activité clinique.

Cela dit, il faut reconnaître que cette évaluation a tout de même montré que les psychothérapeutes ont été soumis à rude épreuve par le fardeau émotionnel et relationnel inhérent aux traitements psychothérapeutiques qu'ils ont effectués. Nous y reviendrons plus loin dans des considérations au sujet du déroulement des psychothérapies estudiantines<sup>CXXIX</sup>.

#### **VI.2.2.2. En ce qui concerne le consentement éclairé des patients intégrés dans l'expérience**

Dans l'ouvrage intitulé : Nouvelle encyclopédie de bioéthique, Parizeau (2001)<sup>122</sup> formule une définition simple du consentement éclairé en déclarant qu'« en médecine, le consentement du patient se définit comme l'acte autorisant le médecin à mettre en œuvre un traitement spécifique qu'il a au préalable expliqué ». Après quoi les auteurs précisent que « pour le patient, donner son consentement à un traitement médical, c'est faire le choix, en connaissance de cause, d'une part d'accepter d'entreprendre ce traitement particulier (principe d'autodétermination) et d'autre part d'autoriser la mise en œuvre de ce traitement sur son propre corps (principe du respect de l'intégrité physique). Ce traitement peut être de nature thérapeutique ou expérimentale »<sup>CXXX</sup>.

En précisant leur définition, ces auteurs ont montré que, de manière générale, la bioéthique se préoccupe principalement des aspects somatiques de l'activité médicale, puisqu'ils mentionnent exclusivement le respect de l'intégrité physique.

D'ailleurs en lisant le manuel d'éthique médicale de l'Association Médicale Mondiale, si l'on constate que les problèmes inhérents aux aspects psychologiques de l'administration des soins sont pris en considération, on remarque néanmoins qu'il n'y a aucune mention de la psychothérapie parmi les traitements ou soins évoqués car, dans ce traité, tous les exemples ne concernent que l'administration de médicaments, les actes chirurgicaux ou encore les gestes médicaux impliquant une manipulation du corps des patients.

<sup>CXXIX</sup> Cf. infra: VI.2.2.7. En ce qui concerne le déroulement des psychothérapies estudiantines.  
<sup>CXXX</sup> Op. cit., p. 229.

Par conséquent, la discussion des aspects éthiques de l'expérience lausannoise de psychothérapie estudiantine nécessite un certain décalage rationnel, pour ajuster les principes éthiques à ce mode de traitement particulier.

En fait, la psychothérapie de soutien d'orientation psychodynamique consiste en une adaptation médicale professionnalisée et méthodique de la relation d'aide interpersonnelle. N'intervenant pas directement sur le corps des patients puisqu'elle s'adresse uniquement à leur vie psychique, elle peut tout de même avoir des effets somatiques indirects sous l'effet des phénomènes psychosomatiques qu'elle peut apaiser. Dans son contexte, il n'en reste pas moins que c'est essentiellement le respect de l'intégrité psychique qui entre en ligne de compte.

Quoi qu'il en soit, comme le déclare Mauron (2004)<sup>123</sup> « le consentement libre et éclairé est essentiel tant dans la pratique ordinaire des soins que dans la recherche. En effet, on peut dire que le "noyau dur" du principe d'autonomie est un principe d'autorisation : fondamentalement, la permission du patient est requise pour toute action sur sa personne, comme par exemple une intervention médicale »<sup>CXXXI</sup>.

A ce propos, selon Mandofia-Berney, Ummel et Mauron (1995)<sup>124</sup>, il faut encore préciser que « le corollaire du droit d'accepter, c'est évidemment celui de refuser: le refus autonome et informé d'un traitement ». Ces auteurs ajoutent que « l'autre corollaire du consentement informé, c'est le devoir d'informer qui en résulte pour le médecin, avec tout ce que cela implique d'effort et d'imagination pour trouver le langage approprié »<sup>CXXXII</sup>.

En restant sur le plan des exemples de pratiques médicales impliquant une action physique sur le corps des patients, Parizeau (2001)<sup>122</sup> introduit diverses nuances dans la réflexion au sujet du consentement éclairé de la manière suivante : « Pour tout geste médical, le consentement est demandé au patient de façon plus ou moins explicite. Par exemple, le consentement à l'auscultation, qui implique que le médecin manipule des parties du corps du patient est généralement tacite, voire présumé. Le consentement à des tests de routine (prise de sang pour la glycémie, par exemple) peut être implicite ou verbal. Par contre, le consentement à l'acte opératoire est formalisé puisque exigé »<sup>CXXXIII</sup>.

Dans le cadre de l'expérience lausannoise de psychothérapie estudiantine, le consentement éclairé des patients a été obtenu verbalement lors de la présentation des patients au groupe d'indication à la psychothérapie. A cette occasion, après leur avoir expliqué en quoi consiste le mode de traitement proposé avec ses avantages et ses risques ou inconvénients, le

<sup>CXXXI</sup> Op. cit., p. 3.

<sup>CXXXII</sup> Mandofia-Berney, Ummel et Mauron (1995)<sup>124</sup> in Mauron (2004)<sup>123</sup>.

<sup>CXXXIII</sup> Op. cit., p. 229.

Professeur Guex et les superviseurs se sont assurés qu'ils avaient bien compris à quoi ils s'engageaient en l'acceptant, notamment lorsqu'ils les ont questionnés pour tester leurs motivations afin de vérifier qu'ils assumaient personnellement la demande plutôt que de suivre passivement une suggestion de leur médecin généraliste.

En l'occurrence, il s'agit d'un consentement verbal. A ce sujet, la Déclaration d'Helsinki<sup>121</sup> se prononce de la manière suivante : « Lors de toute étude, la personne se prêtant à la recherche doit être informée de manière appropriée des objectifs, méthodes, financement, conflits d'intérêts éventuels, appartenance de l'investigateur à une ou des institutions, bénéfices attendus ainsi que des risques potentiels de l'étude et des contraintes qui pourraient en résulter pour elle. Le sujet doit être informé qu'il a la faculté de ne pas participer à l'étude et qu'il est libre de revenir à tout moment sur son consentement sans crainte de préjudice. Après s'être assuré de la bonne compréhension par le sujet de l'information donnée, le médecin doit obtenir son consentement libre et éclairé, de préférence par écrit. Lorsque le consentement ne peut être obtenu sous forme écrite, la procédure de recueil doit être formellement explicitée et reposer sur l'intervention de témoins. »<sup>CXXXIV</sup>.

Pour examiner dans quelle mesure la procédure expérimentale en question est susceptible de correspondre aux directives de la Déclaration d'Helsinki, il est nécessaire de rappeler textuellement ici ce que nous avons précédemment déclaré au sujet du consentement obtenu des patients qui ont participé à l'expérience ; à savoir que :

- D'une part : *L'information destinée à l'obtention du consentement éclairé des patients expliquait clairement qu'ils seraient traités dans le cadre du Service de psychiatrie de liaison du CHUV, par des étudiants en médecine avancés pratiquant dans les mêmes conditions qu'un jeune médecin-assistant récemment diplômé et engagé dans les institutions de la psychiatrie publique ambulatoire. C'est-à-dire que l'activité thérapeutique de ces étudiants serait régulièrement supervisée par des psychiatres psychothérapeutes qualifiés et expérimentés pour garantir la qualité du traitement. Dans ces conditions, les séances de psychothérapie ainsi validées seraient facturées à l'assurance maladie, conformément aux modalités assécurologiques en vigueur.*
- D'autre part : *Tous les patients qui ont librement accepté d'être traités par des étudiants en médecine ont aussi été informés que la psychothérapie qu'ils allaient suivre se déroulerait dans le contexte d'une expérience pilote qui ne dépasserait pas un an et qu'à son terme, s'ils en ressentaient le besoin, ils auraient la possibilité de poursuivre leur psychothérapie avec un autre psychothérapeute formé dans le même service. Par*

<sup>CXXXIV</sup> Op. cit., Chap. B, chiffre 22.

ailleurs, ils ont aussi été informés que leur droit de renoncer au traitement en cours de route serait respecté s'ils formulaient le désir irrévocable de ne pas continuer la psychothérapie dans les conditions offertes par le dispositif expérimental.

- Et enfin : Il a également été précisé que le résultat de cette expérience pilote ferait l'objet d'un travail de thèse de doctorat en médecine. Les patients qui ont pris part à cette expérience en étaient conscients et ils ont accepté que les données les concernant soient utilisées sous une forme anonymisée<sup>CXXXV</sup>.

Qu'en est-il de la correspondance avec les directives de la Déclaration d'Helsinki de l'Association Médicale Mondiale ?

Pour répondre à cette question, nous allons reconsidérer les informations qui viennent d'être évoquées en les situant, point par point, dans les différents thèmes d'information prescrits par la Déclaration d'Helsinki qui stipule que les personnes participant à une recherche doivent recevoir des explications en ce qui concerne :

- **Les objectifs :**

Il s'agissait d'expérimenter une méthode d'initiation à la pratique de la psychothérapie ayant pour but de sensibiliser des étudiants en médecine avancés aux aspects thérapeutiques que la relation médecin-malade peut avoir en elle-même. Par conséquent, les patients concernés ont été informés qu'ils allaient être traités dans le cadre d'une consultation ambulatoire spécialement organisée pour permettre à de futurs médecins d'acquérir une première expérience pratique de la psychothérapie.

- **La méthode :**

Il s'agissait de tester la faisabilité de la psychothérapie estudiantine dans le cadre du dispositif expérimental. Par conséquent, les patients concernés ont été informés au sujet du fonctionnement de ce dispositif. A ce propos, on leur a expliqué que les psychothérapeutes estudiantins étaient des étudiants en médecine qui avaient déjà acquis, au cours de leur études, des connaissances théoriques et des compétences pratiques qui leur permettaient de s'initier à la psychothérapie, lors d'un stage de psychiatrie clinique spécialement organisé pour cela, dans le service de psychiatrie de liaison du CHUV, où ils seraient régulièrement supervisés par des psychiatres et psychothérapeutes qualifiés et expérimentés, de manière à ce que la qualité des traitements effectués soit garantie.

<sup>CXXXV</sup> Cf. supra : II.1.2.4. Consentement éclairé des patients intégrés dans l'expérience.

- **Le financement :**

A ce sujet, on a expliqué aux patients concernés que les étudiants stagiaires allaient pratiquer la psychothérapie dans des conditions correspondant à celles d'un jeune médecin-assistant, récemment diplômé et engagé dans les institutions de la psychiatrie publique ambulatoire. Sur la base de cet argument, les patients ont été informés que les psychothérapies seraient facturées à leur assurance maladie, conformément aux dispositions asséculo-logiques en vigueur dans le cadre du CHUV pour les délégations de traitement aux étudiants en médecine stagiaires qui pratiquent sous la supervision et la responsabilité d'un médecin-cadre diplômé expérimenté.

- **Les conflits d'intérêts éventuels :**

En l'occurrence, il s'agissait de proposer un complément psychothérapeutique à un traitement somatique ambulatoire, dans le cadre d'une collaboration interservices au mandat que la Faculté de biologie et de médecine attribue au CHUV pour initier à la pratique clinique des étudiants en médecine effectuant un stage de psychiatrie. Par conséquent, à tort ou à raison, les intervenants du groupe d'indication à la psychothérapie ont estimé qu'il n'y avait pas de conflit d'intérêt à mentionner. Dans ces conditions, le problème du financement n'a pas été signalé comme tel, nous y reviendrons plus loin.

- **L'appartenance institutionnelle des personnes intervenant dans le cadre de l'expérimentation :**

Lors de leur présentation au groupe d'indication à la psychothérapie, en faisant connaissance avec le directeur de l'expérience, les superviseurs et les psychothérapeutes estudiantins, les patients furent clairement renseignés sur l'institution où se déroulait l'expérience thérapeutique à laquelle ils allaient participer (en l'occurrence, le service de psychiatrie de liaison du CHUV), et sur le statut respectif des divers intervenants dans le cadre de cette institution (en l'occurrence, chef de service, médecins-cadres et étudiants en médecine stagiaires).

- **Les bénéfices attendus, les risques potentiels et les contraintes de l'expérience :**

Comme nous l'avons mentionné précédemment<sup>CXXXVI</sup>, le rapport bénéfice-risque et bénéfice-fardeau de la psychothérapie de soutien d'orientation psychodynamique a

<sup>CXXXVI</sup> Cf. supra : VI.2.2.1. En ce qui concerne le choix des patients et l'indication à la psychothérapie estudiantine.

été évalué de manière générale lors de la préparation des étudiants à la mise en œuvre du dispositif expérimental. Ensuite, lors des séances d'indication à la psychothérapie, le directeur de l'expérience et les superviseurs se sont assurés, de cas en cas, que ce rapport s'avérait raisonnablement admissible pour chacun des patients qui allaient participer à l'expérience. Cela étant, ces patients furent informés que la psychothérapie proposée leur donnerait la possibilité de parler d'eux-mêmes en toute liberté, en évoquant spontanément ce qui leur viendrait à l'esprit, cela en bénéficiant d'une écoute bienveillante, compréhensive et exempte de jugement quels que soient les sentiments ou les fantasmes qu'ils auraient à évoquer. A ce propos, il fut précisé que la psychothérapie consisterait en des entretiens individuels ambulatoires dont l'intimité resterait protégée par le secret médical que les psychothérapeutes estudiantins et leurs superviseurs s'engageaient à respecter. C'est dans cette perspective que les intervenants du groupe d'indication à la psychothérapie ont montré aux patients les bénéfices qu'ils pouvaient attendre de la psychothérapie proposée, notamment une diminution de la tension psychique ou de l'anxiété sous l'effet de la compréhension psychologique des tenants et aboutissants de leurs problèmes existentiels ou relationnels. D'autre part, en décrivant les règles inhérentes au respect du cadre de la psychothérapie, les intervenants ont également parlé des risques et contraintes que les patients auraient à supporter. A ce propos ils les ont avertis qu'ils devraient s'astreindre au rythme régulier du traitement en s'adaptant à l'agenda et à l'horaire établi pour programmer la succession des séances, qu'ils devraient faire l'effort de parler d'eux-mêmes face à un thérapeute restant neutre et refusant de dévoiler quoi que ce soit de sa vie personnelle, et aussi qu'ils devraient supporter des frustrations ou des émotions parfois pénibles dans un cadre thérapeutique où l'on peut tout dire à condition de ne pas agir concrètement ce qui est exprimé verbalement.

- **La faculté de ne pas participer à l'étude et la liberté de revenir à tout moment sur son consentement sans crainte de préjudice :**

Comme il se doit, les patients ont été informés qu'ils pouvaient décider librement d'accepter ou, au contraire, de refuser la psychothérapie estudiantine proposée. De plus, on les a également informés qu'en cas d'acceptation, s'ils décidaient ultérieurement de révoquer leur consentement, ils pourraient renoncer à poursuivre l'expérience de psychothérapie estudiantine sans que son interruption soit préjudiciable pour eux. En discutant de cette éventualité, on leur a signalé que, le cas échéant, il serait préférable d'éviter une rupture tacite. A ce propos on leur a expliqué qu'il serait tant dans leur intérêt que dans celui de leur psychothérapeute estudiantin d'accepter un ultime entretien destiné à prendre congé, en élucidant les motifs de la

terminaison prématurée du traitement, afin d'éviter des malentendus susceptibles de faire subsister un contentieux relationnel irrésolu.

- **L'assurance de la bonne compréhension des informations reçues :**

En discutant avec eux de leurs motivations, en répondant à leurs questions ou en les questionnant au sujet du traitement proposé, les intervenants du groupe d'indication à la psychothérapie se sont assurés que les patients avaient bien compris les informations qu'on leur avaient données. De plus, ils ont vérifié que leurs aptitudes cognitives permettaient de supposer qu'ils auraient la possibilité de collaborer valablement à un travail de compréhension psychologique des tenants et aboutissants de leurs problèmes psychiques ou des difficultés relationnelles qui en découlent.

- **L'obtention d'un consentement libre et éclairé :**

Ce qui précède montre que les initiateurs ont obtenu un consentement verbal dans des conditions qui paraissent respecter les prescriptions de l'Association Médicale Mondiale, tout au moins dans les grandes lignes.

Toutefois, étant donné qu'il s'agissait de consentir à des psychothérapies estudiantines, il faut encore aborder d'autres questions. L'éthique médicale nous amène à nous interroger au sujet des circonstances dans lesquelles l'indication à la psychothérapie estudiantine a été posée, c'est-à-dire celles de la présentation des patients concernés au groupe d'indication. En effet, il faut tenter de déterminer jusqu'à quel point la capacité de discernement des patients concernés leur permettait, en de telles circonstances, de percevoir pertinemment ce qu'ils choisissaient en acceptant d'être traités par des étudiants en médecine, avancés certes, mais dépourvus d'expérience dans le domaine de la psychothérapie.

Cette interrogation introduit notamment la question de savoir si les patients étaient suffisamment informés au sujet des tenants et aboutissants de la pratique clinique supervisée lorsqu'ils ont consenti à être traités par des psychothérapeutes estudiantins. Les données à disposition<sup>CXXXVII</sup> permettent de donner des éléments de réponse à cette question.

Rappelons que, lorsque les patients ont rencontré le groupe d'indication à la psychothérapie, leurs interlocuteurs les ont informés au sujet de leurs statuts, de leurs fonctions et de leurs rôles respectifs, avant de leur expliquer que les psychothérapies estudiantines correspondaient à un traitement délégué à des étudiants en médecine stagiaires pratiquant sous la supervision et la responsabilité de médecins-cadres expérimentés, dans une

<sup>CXXXVII</sup> Cf. supra : II.1.2.4. Consentement éclairé des patients intégrés dans l'expérience ; II.1.2.6. Supervision et II.2.1.2. Séances du groupe d'indication.

situation analogue à celle d'un médecin assistant diplômé. Par conséquent, d'autant qu'ils avaient par ailleurs montré qu'ils disposaient d'aptitudes cognitives suffisantes pour entreprendre le travail de compréhension psychologique correspondant à la psychothérapie proposée et que leurs interlocuteurs avaient répondu à leurs questions à ce sujet, on peut raisonnablement estimer que les patients concernés avaient relativement bien compris dans quelles conditions ils seraient traités s'ils acceptaient que ce soit par des étudiants stagiaires dépourvus d'expérience mais suffisamment encadrés et supervisés pour travailler correctement.

Reste la question de savoir si les patients présentés au groupe d'indication avaient effectivement la possibilité de choisir s'ils voulaient être traités par des étudiants en médecine ou par des médecins diplômés.

Ils savaient qu'ils n'avaient pas ce choix s'ils acceptaient d'être traités dans le dispositif expérimental auquel ils étaient adressés. Cependant, ils savaient aussi qu'ils étaient libres de refuser la proposition de psychothérapie estudiantine sans conséquence préjudiciable pour eux. Dès lors, on peut estimer qu'ils avaient suffisamment confiance dans leurs médecins généralistes pour penser qu'en cas de refus, ces derniers les aideraient à trouver une autre solution correspondant mieux à leurs attentes ; en tous les cas, le résultat de notre étude n'a rien montré qui permette de supposer le contraire.

Quoi qu'il en soit, bien que les consentements obtenus fussent vraisemblablement suffisamment éclairés par les informations et les explications données au cours de la séance d'indication à la psychothérapie, il subsiste encore des questions à propos de leur forme verbale et du degré de liberté dans lequel ils ont été formulés.

### VI.2.2.3. En ce qui concerne le choix de la forme verbale du consentement éclairé

En énonçant les principes fondamentaux applicables à toute forme de recherche médicale, la Déclaration d'Helsinki stipule que le consentement doit être obtenu « de préférence par écrit » en concédant que « lorsque le consentement ne peut être obtenu sous forme écrite, la procédure de recueil doit être formellement explicitée et reposer sur l'intervention de témoins ». De plus il est précisé qu'il faut « être particulièrement prudent si le sujet se trouve [...] dans une situation de dépendance ou est exposé à donner son consentement sous une forme de contrainte. Il est alors souhaitable que le consentement soit sollicité par un médecin bien informé de l'étude mais n'y prenant pas part et non concerné par la relation sujet-investigateur »<sup>CXXXVIII</sup>.

Commençons par examiner pour quelles raisons le choix d'un consentement verbal peut s'avérer justifié en l'occurrence.

Parizeau (2001)<sup>122</sup> remarque que « la procédure de consentement, qui affirme l'autonomie du patient et sa capacité de juger de son propre bien, s'ouvre donc sur la possibilité d'une alliance thérapeutique entre le médecin et le patient. Ce dialogue permet alors l'échange mutuel d'information, l'instauration de la confiance et la négociation vers une finalité thérapeutique commune. Cette dynamique particulière, qui peut s'instaurer dans la relation patient-médecin, débute avec la procédure de consentement »<sup>CXXXIX</sup>.

Par ailleurs, selon Moutel (2005)<sup>125</sup> « il convient de préciser que dans l'esprit des juristes, le consentement dans les pratiques de soins peut demeurer verbal et n'a pas besoin d'être écrit » car « Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement, sinon, bien évidemment, de guérir le malade (ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué), du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs »<sup>CXL</sup>. Cette remarque amène l'auteur à déclarer qu'« en pratique, [...], l'écrit signé par le patient n'est pas le moyen le plus adapté pour apporter la preuve d'une bonne information. De plus, il est contraire à la nature de la relation médecin-patient dans laquelle la signature peut être perçue comme un acte de défiance et de protection. [...]. Enfin, de nombreux travaux sur la relation médecin-patient, et le point de vue de nombreux médecins et juristes, soulignent que la nature de la relation médicale doit rester dans l'oralité »<sup>CXLI</sup>.

Que peut-on en déduire à propos de la manière dont les responsables de l'expérience pilote ont obtenu le consentement éclairé des patients inclus dans la recherche ?

A notre avis, les considérations des auteurs que nous venons de citer sont particulièrement pertinentes en ce qui concerne la pratique de la psychothérapie sur laquelle porte notre étude ; c'est-à-dire une pratique médicale où le processus thérapeutique se fonde essentiellement sur l'écoute de la parole.

D'autant qu'elle est bien connue et couramment pratiquée depuis de nombreuses années, qu'elle ne provoque aucune atteinte à l'intégrité physique et qu'elle est beaucoup moins invasive sur le plan psychique que les méthodes psychanalytiques qui vont plus en profondeur, en elle-même, la psychothérapie de soutien d'orientation psychodynamique proposée dans le cadre de l'expérience pilote ne comportait pas les risques visés par les

<sup>CXXXIX</sup> Op. cit., p. 231.

<sup>CXL</sup> Op. cit., p. 5. NB : Moutel se réfère ici à la jurisprudence française en citant l'arrêt Mercier du 20 mai 1936 qui définissait la nature de la relation contractuelle entre un patient et son médecin.

<sup>CXLI</sup> Ibid., pp. 5-6.

<sup>CXXXVIII</sup> Op.cit., Chap. B., chiffres 22 et 23.

précautions qu'exigent les traitements chirurgicaux ou la recherche fondamentale portant sur l'administration d'une nouvelle substance médicamenteuse.

Dans ces conditions, en dépit de sa justification par le respect de l'autonomie des sujets, l'obtention formelle d'un consentement écrit aurait probablement eu l'inconvénient d'éveiller des soupçons infondés par un excès de précaution contre des risques éventuels. En effet, les patients auraient vraisemblablement été sensibles à l'aspect administratif et procédurier d'une démarche écrite. Par conséquent, il n'est pas déraisonnable de supposer qu'ils auraient eu tendance à considérer la signature d'un document écrit principalement comme la prévention d'éventuelles plaintes qu'ils pourraient avoir à formuler en cours de traitement à l'encontre des psychothérapeutes étudiants.

C'est pour cette raison que les responsables de l'expérience pilote ont décidé que l'obtention d'un consentement oral était plus appropriée que celle d'un consentement écrit. Ils ont donc fait ce choix pour éviter d'altérer l'autonomie de pensée et l'instauration de la confiance mutuelle qui doivent favoriser la dynamique relationnelle qui s'installe entre le psychothérapeute et le patient, lors de la négociation du contrat thérapeutique destiné à formuler un consensus au sujet des objectifs du traitement et de la manière de tenter de les atteindre.

#### **VI.2.2.4. En ce qui concerne d'éventuels facteurs de dépendance ou de contrainte lors de l'obtention du consentement éclairé**

Sur le plan de l'éthique, il faut aussi se poser la question de savoir dans quelle mesure les patients inclus dans l'expérience auraient pu se trouver dans une situation de dépendance qui les eut amenés à donner leur consentement sous une certaine forme de contrainte.

Etant donné son rapport aux principes d'autonomie, de dignité ou d'intégrité, cette question nous amène à aborder au préalable celle de la vulnérabilité. En effet, selon Kemp et Rendtorff (2001)<sup>126</sup>, la vulnérabilité « est l'objet de tout principe moral en ce qu'elle est un appel à la responsabilité et signale les limites de toute liberté. Les êtres vulnérables sont ceux chez qui les principes d'autonomie, de dignité ou d'intégrité courent le risque d'être menacés ou violés. »<sup>CXLII</sup>. Or, puisqu'ils sont affectés de troubles somatiques compliqués par une comorbidité psychique importante, les patients concernés sont évidemment des personnes particulièrement vulnérables. Reste à déterminer dans quelle mesure cette vulnérabilité était susceptible de limiter leur aptitude à donner leur consentement avec suffisamment de liberté et de responsabilité.

<sup>CXLII</sup> Op. cit., p. 869.

Pour effectuer cette estimation, il faut d'abord retenir que tous les patients concernés faisaient preuve d'une autonomie sociale plus ou moins affirmée d'une personne à l'autre, mais en tous les cas suffisante pour leur permettre de suivre un traitement ambulatoire auprès d'un médecin généraliste qu'ils avaient consulté spontanément et dont ils suivaient librement les prescriptions.

Ensuite il faut tenir compte du fait que lors de leur présentation au groupe d'indication à la psychothérapie, ces patients étaient accompagnés de leurs médecins généralistes, lesquels connaissaient notre recherche mais n'avaient aucun autre rôle à y jouer que celui d'adresser leurs patients au dispositif expérimental. Par conséquent, ces médecins généralistes ont assisté à la discussion lorsque le Professeur Guex et les superviseurs ont évalué les motivations des patients, en s'assurant qu'ils reprenaient effectivement la demande de psychothérapie à leur propre compte plutôt que de suivre passivement la proposition de leur médecin-traitant pour lui faire plaisir. A cette occasion, en tant que témoins de l'obtention du consentement verbal, les médecins généralistes ont pu affirmer qu'ils n'avaient aucun intérêt personnel à ce que leurs patients participent ou non à l'expérience de psychothérapie étudiante. Ils ont pu dire aussi que, de toute manière, en ce qui les concernait, un consentement ou un refus ne changerait rien aux soins qu'ils leur prodiguaient et surtout, dans un cas comme dans l'autre, que les décisions de leurs patients n'auraient pas d'influence sur la relation qu'ils avaient établie avec eux.

Dès lors, bien que des facteurs de dépendance ou de contrainte relatives ne puissent être totalement exclus en pareille circonstance, à notre avis, il y a de bonnes raisons de penser que le consentement verbal des sujets de l'expérience fut obtenu avec un degré d'autonomie et de responsabilité qui suffisait pour en garantir la validité.

#### **VI.2.2.5. En ce qui concerne le financement des psychothérapies étudiantes et d'éventuels conflits d'intérêt à ce sujet**

Pour terminer en ce qui concerne le consentement, il faut encore aborder la question de la facturation des psychothérapies étudiantes aux assurances maladie des patients. Comme nous l'avons mentionné précédemment, les patients inclus dans l'expérience ont été informés que les psychothérapies seraient facturées à leur assurance maladie, conformément aux dispositions asséculogiques en vigueur dans le cadre du CHUV, pour les délégations de traitement aux étudiants en médecine stagiaires qui pratiquent sous la supervision et la responsabilité d'un médecin-cadre diplômé expérimenté. D'autant qu'elle correspondait à ce qui est normalement effectué dans le cadre de la psychiatrie publique, cette explication était logique ; aucun patient n'a formulé d'objection à ce sujet. Dont acte.

Rétrospectivement, sur la base des données à disposition, il est impossible de savoir ce qui se serait passé à l'époque en cas d'objection.

Restant entendu que la légitimité des dispositions asséculo-logiques présidant à la facturation de l'activité clinique des étudiants stagiaires dans le cadre du CHUV n'a pas à être remise en question ici, en l'occurrence, il faut se poser la question de savoir si un conflit d'intérêts a interféré avec ce mode de financement, étant donné qu'en tant que telle, une recherche ne devrait pas à être financée pas les assurances maladie.

Quels sont donc les intérêts qui entrent en ligne de compte ? Tout d'abord, il y a l'intérêt des patients qui sont en droit d'attendre que leur assurance maladie finance les prestations thérapeutiques dont ils ont besoin, mais il y a de même l'intérêt des assurances maladie – et, au-delà, l'intérêt de la communauté des assurés – qui sont en droit d'attendre que les coûts de la santé ne soient pas augmentés par des facturations inappropriés. Ensuite il y a l'intérêt du CHUV qui est en droit de percevoir les honoraires correspondant aux prestations pour lesquelles il met des ressources humaines et matérielles à disposition. Par ailleurs, sur un autre plan, il y a l'intérêt de la Faculté de biologie et de médecine qui est en droit d'attendre du CHUV qu'il offre aux étudiants stagiaires des opportunités effectives d'initiation à la pratique clinique. Enfin il y a encore l'intérêt de la communauté sociale qui est en droit d'attendre que la relève médicale soit assurée par la formation pré- et post-graduée de médecins praticiens compétents.

Dans les conditions particulières, d'une recherche-action telle que l'expérience pilote de psychothérapie estudiantine, à notre avis, il n'est pas déraisonnable d'estimer que tous ces intérêts convergeaient plutôt que d'entrer en conflit.

Comme nous l'avons montré dans ce qui précède<sup>CXLIII</sup>, l'expérimentation en question correspondait à « une forme de recherche effectuée par des praticiens à partir de leur propre pratique » en associant recherche théorique et activité clinique pour valider cette pratique dans le cas particulier de la psychothérapie estudiantine.

Par conséquent, le problème du financement se posait sur deux plans distincts : celui de la pratique clinique où les psychothérapies estudiantines pouvaient être facturées en tant que telles, d'une part, et celui de la recherche où l'intendance du dispositif expérimental a été financée indépendamment par le budget institutionnel du Service de psychiatrie de liaison du CHUV. Dès lors, à notre avis, il est permis de supposer qu'il n'y a pas eu un conflit d'intérêt susceptible de provoquer une entorse à l'éthique en ce qui concerne le financement de l'expérience pilote.

<sup>CXLIII</sup> Cf. supra : VI.2.1. Considérations générales au sujet de la nature de la recherche en question.

#### VI.2.2.6. En ce qui concerne le procédé d'anonymisation utilisé pour protéger l'identité des patients dans le cadre de l'étude rétrospective de l'expérience pilote

Barnett (2011)<sup>127</sup> relève que la présentation d'un patient dans une étude clinique et la rédaction d'informations à son sujet dans une publication peuvent être utiles pour faire progresser les connaissances médicales. Toutefois, il souligne l'importance des précautions qui doivent être prises le cas échéant, car l'obtention de l'autorisation d'utiliser à cette fin des informations au sujet d'un patient et de son traitement peut porter préjudice à l'alliance thérapeutique.

En abordant le même sujet, Sieck (2011)<sup>128</sup> constate que, depuis longtemps, les études cliniques au sujet des patients en psychothérapie ont donné matière à des publications didactiques ou de recherche qui ont beaucoup d'utilité, car elles font évoluer les méthodes de traitement en relatant des interventions qui se sont avérées efficaces. A ce propos, en répertoriant les moyens qui permettent aux cliniciens de rédiger des publications au sujet de leurs patients, l'auteur en énumère trois : l'obtention du consentement éclairé, l'utilisation d'un déguisement de l'identité des patients et la création de cas composites combinant des informations provenant de plusieurs cas semblables. Ensuite, il observe que de nombreux cliniciens utilisent une combinaison de ces différents moyens, mais il insiste sur l'importance du consentement éclairé.

Dans le cadre de l'expérience pilote, les informations données pour obtenir le consentement éclairé des sujets mentionnaient explicitement que le résultat de cette expérimentation ferait l'objet d'un travail de thèse de doctorat en médecine. Dans cette perspective, tous les patients ont accepté que les données les concernant soient utilisées sous une forme anonymisée.

Par conséquent, en réalisant l'étude rétrospective nous avons choisi d'utiliser un procédé d'anonymisation qui déguise l'identité des patients concernés (en les désignant par des initiales fictives), qui change les âges et les sexes et qui modifie les professions et les situations sociales ou familiales, de telle manière que les patients soient totalement méconnaissables dans les études de cas où leurs histoires et leur traitements sont rapportés<sup>CXLIV</sup>.

De même, nous nous sommes aussi abstenus de révéler l'identité des psychothérapeutes estudiantins, en raison du fait qu'ils ont mentionné beaucoup d'informations sur eux-mêmes dans les documents à disposition et qu'ils sont, en définitive, la principale cible de l'évaluation rétrospective de l'expérience pilote.

<sup>CXLIV</sup> Cf. supra : II.1.2.5. Procédé d'anonymisation.

A notre avis, les raisons qui viennent d'être évoquées permettent d'estimer que les règles déontologiques concernant le respect du secret médical n'ont pas été transgressées dans le cadre de notre étude. Par ailleurs, nous examinerons plus loin s'il en fut de même à l'époque, lors de l'exercice de la supervision dans le cadre de l'expérience pilote<sup>CXLV</sup>.

#### VI.2.2.7. En ce qui concerne le déroulement des psychothérapies estudiantines

Conformément à la liberté de pensée et de parole, à la responsabilité individuelle et au respect réciproque que l'éthique médicale introduit dans la mutualité de la relation médecin-malade, au début du traitement, les psychothérapeutes estudiantins ont élaboré avec leurs patients un contrat thérapeutique verbal déterminant les objectifs à atteindre, les règles à respecter, les droits et les devoirs inhérents à leurs rôles respectifs dans le cadre du traitement, ainsi que les précautions à prendre pour prévenir les risques susceptibles de perturber sa réalisation.

De cette manière, le consentement éclairé obtenu lors de la séance du groupe d'indication fut explicitement réactualisé dans la formulation du contrat déterminant le cadre du traitement, lors de l'instauration de la relation thérapeutique, au cours de la première séance de psychothérapie.

Par la suite, comme le montre le résultat de l'évaluation qualitative de leur activité clinique et de leurs considérations subjectives à ce sujet<sup>CXLVI</sup>, au fil des séances, les psychothérapeutes estudiantins se sont efforcés de conserver une attitude et un comportement conformes à ce que l'éthique médicale considère comme les principales valeurs fondamentales de la médecine, soit la compassion, la compétence et l'autonomie<sup>CXLVII</sup>.

En étant attentif aux manifestations des troubles psychiques de leurs patients et en écoutant avec attention l'évocation de leurs problèmes psychiques ou relationnels, en accueillant avec empathie les manifestations de leur désarroi émotionnel occasionnel et, le cas échéant, en supportant avec bienveillance leurs réactions inquiétantes, provocantes ou agressives, les psychothérapeutes estudiantins ont fait preuve de compassion en manifestant de la compréhension et de la sensibilité aux souffrances ainsi exprimées.

Par ailleurs, en approfondissant leurs acquis théoriques, en tenant compte des hypothèses psychodynamiques élaborées avec les superviseurs, en suivant les conseils pratiques de ces derniers et en se soumettant régulièrement à l'appréciation critique du groupe de

<sup>CXLV</sup> Cf. infra : VI.2.2.9. En ce qui concerne la supervision de l'activité clinique des psychothérapeutes estudiantins.

<sup>CXLVI</sup> Cf. supra : III.2. Description rétrospective de l'activité clinique des psychothérapeutes estudiantins et IV.2. Évocation du point de vue personnel des psychothérapeutes estudiantins au sujet de leur activité clinique.

<sup>CXLVII</sup> Cf. Manuel d'éthique médicale de l'AMM<sup>83</sup>, pp. 17-18.

supervision, les psychothérapeutes estudiantins se sont donné les moyens de développer leurs compétences en s'efforçant de maintenir un bon niveau de connaissances scientifiques, de savoir faire technique et de savoir être sur le plan de la moralité et des comportements relationnels.

De plus, en accompagnant des patients affectés de troubles psychiques importants, ils ont assumé courageusement la confrontation à des manifestations psychopathologiques relativement difficiles à traiter. Par conséquent, dans le cadre des séances où ils devaient se déterminer personnellement pour formuler l'intervention qui leur paraissait appropriée en l'occurrence, ils ont été capables d'autonomie, en montrant une aptitude à l'autodétermination face à la nécessité de résoudre un problème clinique en faisant des choix et en prenant des décisions en fonction de l'intérêt, du bien être et du maintien ou du rétablissement de la santé de leurs patients.

#### VI.2.2.8. En ce qui concerne l'adéquation du choix des patients par rapport au degré de formation des psychothérapeutes

L'évaluation de l'activité clinique des psychothérapeutes estudiantins a montré qu'ils avaient été mis à rude épreuve par la psychopathologie de leurs patients, dont les manifestations se sont avérées difficiles à traiter

La confrontation à ces difficultés ayant suscité le développement de leurs compétences cliniques, les étudiants se sont finalement déclarés satisfaits de leur initiation. Toutefois, eu égard à leur état de novices dépourvus d'expérience préalable, il faut tout de même se demander si les indications étaient suffisamment appropriées à la psychothérapie estudiantine.

En examinant dans quelles circonstances et de quelle manière s'est déroulée la sélection des patients qui furent confiés aux psychothérapeutes estudiantins, on met en évidence un facteur temporel et un facteur méthodologique qui eurent une grande influence sur la mise en œuvre du dispositif expérimental.

Sur le plan temporel, dès qu'un petit groupe d'étudiants suffisamment formés en psychologie médicale et bien motivés pour tenter l'expérience fut réuni, il fallait que les psychothérapies estudiantines puissent se réaliser dans un timing compatible avec la planification des études médicales des intéressés. Dans ces conditions, les médecins généralistes avaient peu de temps pour trouver des patients susceptibles d'être adressés au dispositif expérimental.

Sur le plan méthodologique, en fonction des objectifs pragmatiques d'une recherche-action portant sur la pratique clinique elle-même, plutôt que sur son efficacité dans le traitement d'une pathologie précisément définie, les critères d'inclusion ou d'exclusion n'ont pas été

déterminés en fonction d'un diagnostic particulier. Au contraire, quel que soit le diagnostic, c'est essentiellement l'accessibilité à la psychothérapie qui entrait en ligne de compte.

Par conséquent, alors qu'il s'agissait d'attribuer, à brève échéance, un patient à chacun des psychothérapeutes estudiantins, le groupe d'indication n'a eu qu'un choix très limité pour la sélection des patients. C'est donc parce que l'éventail des possibilités était considérablement restreint, qu'en concertation avec les étudiants concernés, les responsables du projet ont décidé d'inclure des patients affectés de syndromes psychopathologiques importants mais qui paraissaient, malgré tout, suffisamment aptes et motivés pour entreprendre le travail de compréhension psychologique inhérent à la psychothérapie proposée.

En cours de traitement, comme il est naturel que cela se produise dans le cadre d'une psychothérapie de soutien d'orientation psychodynamique, la problématique intrapsychique des patients n'a pas tardé à s'extérioriser dans la relation thérapeutique. Cependant, en raison de l'influence des divers syndromes psychopathologiques sur le fonctionnement psychosocial respectif des patients, cette extériorisation a été alourdie de différentes manières selon les cas, que ce soit par des phénomènes de déréalisation, par des tentatives de manipulation ou de provocation et par l'expression de sentiments de méfiance ou d'hostilité.

L'évaluation rétrospective du déroulement des psychothérapies a donc montré que la sélection des patients avait posé un problème, dans la mesure où les conséquences de troubles psychiques potentiellement difficiles à affronter pour des étudiants stagiaires<sup>CXLVIII</sup> ont vraisemblablement été sous-estimées au profit de l'opportunité d'une mise en œuvre rapide du dispositif expérimental.

C'est la raison pour laquelle les problèmes posés par la nature des troubles psychiques et la manière d'en tenir compte ont été évoqués et discutés a posteriori dans les considérations que nous avons formulées dans ce qui précède au sujet de la sélection des patients susceptibles de bénéficier d'une psychothérapie estudiantine<sup>CXLIX</sup>.

Il n'est pas utile de revenir ici sur les cas particuliers des patients inclus dans une expérience pilote qui devait forcément débiter rapidement et se dérouler dans un délai limité. En effet, cette expérience a été effectuée dans une perspective d'avenir, celle de la réalisation

<sup>CXLVIII</sup> Cf. supra : V.2.5.2. Impact des niveaux de fonctionnement psychique sur l'alliance thérapeutique dans le contexte de la psychothérapie estudiantine d'orientation psychodynamique.

<sup>CXLIX</sup> Cf. supra : V.3.1. À propos de l'importance des troubles et du mode de sélection des patients.

éventuelle d'un dispositif de psychiatrie estudiantine installé à long terme où le facteur temporel n'imposerait plus de mêmes contraintes<sup>CL</sup>.

Dans cette perspective, c'est plus généralement qu'il faut aborder les aspects éthiques de la sélection des patients. Pour cela, à notre avis, au-delà des principes de compassion ou de compétence, il faut évoquer le principe de non-discrimination.

A ce propos le manuel d'éthique médicale de l'Association Médicale Mondiale<sup>83</sup> signale une divergence problématique. D'une part il y a la volonté de refuser que « des considérations [...] de maladie ou d'infirmité<sup>CLI</sup> [...] puissent s'interposer entre [le] devoir [du médecin] et [son] patient »<sup>CLII</sup>. D'autre part il y a « le droit de pouvoir refuser un patient, à l'exception des cas d'urgence. [...] pour] des raisons légitimes à un tel refus, comme un emploi du temps chargé, le manque de qualifications pédagogiques ou de spécialisation ». En revendiquant ce droit pour des raisons considérées comme légitimes, « les médecins peuvent facilement, même s'ils n'ont pas à se justifier, pratiquer la discrimination sans être tenus pour responsables »<sup>CLIII</sup>.

En raison de la lourdeur des répercussions sur la relation thérapeutique de la psychopathologie importante dont ils sont affectés, les patients dits difficiles devraient logiquement être confiés à des psychothérapeutes bien formés et très expérimentés. Or, généralement installés dans un cabinet privé, ou exerçant une pratique privée à temps partiel en milieu institutionnel, très demandés et donc très occupés par un agenda professionnel surchargé, ceux-ci sont difficiles à atteindre et très peu accessibles pour ce genre de patients, si ce n'est après un long délai d'attente.

En raison de leur formation encore rudimentaire et de leur manque d'expérience, les psychothérapeutes estudiantins devraient logiquement effectuer leur initiation à la psychothérapie en traitant uniquement des patients considérés comme faciles, c'est-à-dire des personnes modérément affectées par une problématique psychique relativement bénigne. Or ces patients dits faciles sont précisément ceux qui peuvent attendre sans trop d'inconvénients qu'un psychothérapeute expérimenté de leur choix soit disponible. Au contraire, les patients considérés comme difficiles n'ont habituellement pas cette possibilité.

<sup>CL</sup> Cf. supra : VI.1.2.1. Prolégomènes à la sélection des patients et infra : VI.3. Perspectives d'avenir.

<sup>CLI</sup> NB : dans l'énumération des considérations en question, en plus de la maladie ou l'infirmité qui sont retenues seules ici pour des raisons de clarification de l'argumentation, la citation complète mentionne également l'âge, la croyance, l'origine ethnique, le sexe, la nationalité, l'affiliation politique, la race, l'inclinaison sexuelle, le statut social ou des quelconques autres facteurs.

<sup>CLII</sup> Citation partielle tirée de la déclaration de Genève de l'AMM et correspondant à la 8<sup>ème</sup> des 11 résolutions constituant l'engagement à prendre au moment de devenir membre de la profession médicale (Cf. Manuel d'éthique médicale de l'AMM<sup>83</sup> pp. 18 et 38).

<sup>CLIII</sup> Op. cit., pp. 38-39.

En effet les conséquences psychosociales de leurs troubles psychiques importants nécessitent un traitement qui puisse commencer le plus rapidement possible. C'est la raison pour laquelle ils sont adressés à la psychiatrie publique où ils sont confiés à des médecins-assistants en voie de formation ou à des étudiants en médecine stagiaires en voie d'initiation à la pratique clinique.

Par conséquent, s'il fallait absolument que les psychothérapeutes novices ne traitent que les patients considérés comme faciles, qui ne s'adressent que rarement aux institutions de la psychiatrie publique où les médecins effectuent leur formation pré- et post graduée, on aboutit forcément à une impasse. En effet, dans ces conditions, faute d'un nombre suffisant de cas appropriés, les jeunes médecins ou futurs médecins n'auraient pas l'occasion de s'initier à la psychothérapie dans de bonnes conditions, alors que le traitement des troubles psychiques relativement graves devrait se limiter à la pharmacothérapie en privant les patients dits difficiles d'un accès complémentaire à une psychothérapie digne de ce nom.

Dès lors, dans le domaine de la psychothérapie estudiantine, pour ne pas commettre une discrimination fondée sur la nature des troubles psychiques en cause, par la force des choses, il faut accepter que les psychothérapeutes estudiantins soient amenés à soigner des patients relativement difficiles à traiter.

Cela dit, si un dispositif de psychothérapie estudiantine installé à long terme se réalise à l'avenir, lors de l'évaluation de l'indication à la psychothérapie de soutien d'orientation psychodynamique, il conviendra d'investiguer l'accessibilité des patients à ce genre de traitement d'une manière plus approfondie que lors de l'expérience pilote, afin d'éviter de mettre les psychothérapeutes estudiantins à trop rude épreuve. C'est la raison pour laquelle, dans les conclusions de notre étude, nous proposons des investigations préliminaires plus structurées que celles qui furent effectuées au cours de l'expérimentation initiale, sous la forme d'un examen psychologique approfondi et intégrant des tests appropriés<sup>CLIV</sup>.

#### **VI.2.2.9. En ce qui concerne la supervision de l'activité clinique des psychothérapeutes estudiantins**

Dans le domaine de la psychothérapie médicale, la déontologie prescrit que la supervision est indispensable non seulement durant la période d'initiation puis de formation, mais aussi, par la suite, tout au long de la carrière professionnelle du psychothérapeute ; cela pour développer puis maintenir à un bon niveau les aptitudes relationnelles et les compétences techniques, notamment le savoir être (en terme d'attitude conforme au rôle du thérapeute dans la relation médecin-malade) et le savoir faire (en termes de formulation des interventions questionnantes, élucidantes, interprétatives, explicatives ou

<sup>CLIV</sup> Cf. supra, VI.1.2.2. Prolégomènes à l'investigation des patients.

psychopédagogiques, selon la méthode utilisée).

Habituellement, dans le cadre de leur pratique clinique, les médecins psychothérapeutes restent les seuls responsables des traitements qu'ils effectuent, en déterminant librement les interventions thérapeutiques qui leurs paraissent appropriées. Lors de la formation post-graduée ou continue, la supervision est indépendante du cadre institutionnel (établissement sanitaire) ou privé (cabinet médical) de la pratique personnelle des supervisés, où elle est dépourvue de fonction hiérarchique et où elle ne prend aucune responsabilité puisqu'elle n'y intervient pas directement. Dans ces conditions, lors des séances de supervision individuelle ou en groupe auxquelles ils participent, les médecins psychothérapeutes ne révèlent pas l'identité des patients dont ils mentionnent le cas pour discuter de leurs interventions thérapeutiques. Dès lors, étant donné qu'ils décident librement dans quelle mesure ou de quelle manière ils vont en tenir compte, la supervision fait partie des moyens qu'ils se donnent pour effectuer correctement leur travail selon les principes d'autonomie et de responsabilité. Par conséquent, ils n'ont pas à informer leurs patients à ce sujet, pour les mêmes raisons qu'ils estiment ne pas avoir à les renseigner au sujet de la littérature scientifique qu'ils consultent et des colloques ou congrès auxquels ils assistent.

Bien qu'elle eût une valeur formatrice analogue dans le contexte de l'expérience pilote, la supervision de la psychothérapie estudiantine ne s'exerçait évidemment pas dans les mêmes conditions. En effet, comme nous l'avons déjà dit précédemment, l'activité clinique des psychothérapeutes estudiantins correspondait à un traitement délégué à des étudiants en médecine stagiaires qui pratiquaient sous la responsabilité du Chef de service et des médecin-cadres qui les encadraient et les supervisaient dans une position hiérarchique. En tant que responsables des interventions effectuées sous leur contrôle, ces derniers avaient donc le devoir de vérifier la validité des interventions que les étudiants effectuaient, dans la marge d'autonomie relative dont ils disposaient, lorsqu'ils se trouvaient livrés à eux-mêmes face à leur patient, dans le cadre des séances de psychothérapie. Par conséquent la confiance réciproque et le respect mutuel sur lesquels se fonde la relation superviseur-supervisé dépendait alors de la disponibilité, de l'attention et de la compréhension bienveillante des uns, comme de la loyauté et de la sincérité des autres.

Dans le cadre de l'expérience pilote, la composition et le fonctionnement des groupes d'indication avait eu pour résultat que les superviseurs, les psychothérapeutes estudiantins et les patients avaient mutuellement fait connaissance.

Etant informés que la validité de l'activité clinique des étudiants qui effectuaient leur traitement dépendait d'une forme de supervision dont on leur avait expliqué l'organisation et le fonctionnement, les patients intégrés dans l'expérience savaient que les

psychothérapeutes racontaient aux superviseurs ce qui se passait dans les séances de psychothérapie, en parlant de leurs problèmes et en décrivant leur évolution en cours de traitement, cela sous le sceau du secret médical. A plus forte raison que la supervision avait lieu en groupe, cet état de fait pose le problème éthique de l'échange d'informations sous le sceau du secret médical partagé.

Ce problème est en rapport avec la valeur de la confidentialité qui est « depuis Hippocrate, une pierre angulaire de l'éthique médicale », comme le rappelle le Manuel d'éthique médicale de l'Association Médicale Mondiale<sup>83</sup>, avant de préciser que : « trois principes président à la valeur particulière de la confidentialité: l'autonomie, le respect d'autrui et la confiance. L'autonomie est liée à la confidentialité en ce que les renseignements personnels appartiennent en propre à l'individu et qu'ils ne doivent pas être portés à la connaissance d'autrui sans son consentement. [...]. L'importance de la confidentialité tient aussi au fait que les êtres humains sont en droit d'être respectés. Une des façons de leur témoigner ce respect est de préserver leur vie privée [...]. La confiance est essentielle dans la relation médecin / patient. Afin de recevoir des soins médicaux, les patients doivent communiquer des renseignements personnels aux médecins, voire à d'autres personnes qui leur sont totalement étrangères – des renseignements dont ils souhaiteraient que personne d'autre n'en prenne connaissance. Ils doivent avoir de bonnes raisons de faire confiance à leur soignant pour ne pas divulguer ces informations »<sup>CLV</sup>

En soulignant la valeur de la confidentialité dans le cadre de la relation médecin-malade, cette citation du Manuel d'éthique médicale montre à quel point il est important d'éviter de divulguer ce que les patients font connaître d'eux-mêmes à ceux qui les soignent, de même qu'il est nécessaire d'obtenir leur autorisation chaque fois qu'il s'agit de partager un secret médical avec une tierce personne pour des raisons légitimes.

A ce propos, après avoir affirmé que « la conception moderne de la confidentialité en fait une des dimensions particulières du principe d'autonomie, à savoir le respect de la sphère privée de chaque individu » Mauron (2004)<sup>129</sup> estime que « Le maintien du secret représente un défi majeur dans un contexte [...] où un transfert d'informations fluide et précis est nécessaire à la bonne marche des soins. » Ensuite l'auteur constate qu'« entre le devoir de confidentialité et l'intérêt de tiers (ou l'intérêt collectif), il existe une tension éthique qui est au cœur de nombreux dilemmes bioéthiques et médico-légaux »<sup>CLVI</sup>.

En ce qui concerne la psychothérapie estudiantine qui est l'objet de notre étude, le partage du secret médical entre les étudiants-stagiaires-thérapeutes et les superviseurs qui sont

<sup>CLV</sup> Op. cit., pp. 51-52.  
<sup>CLVI</sup> Op. cit., p. 1.

responsables de leur activité clinique paraît légitime. Toutefois, en l'occurrence, l'exercice correct de la supervision n'allait pas sans provoquer un dilemme éthique. En effet, comme le dit Mauron, cet exercice exigeait la fluidité et la précision du transfert d'information qui est nécessaire à la bonne marche des soins. En l'occurrence, comme nous l'avons vu, la délégation du traitement à un étudiant stagiaire conférait légalement l'entière responsabilité des psychothérapies estudiantines aux superviseurs diplômés dont dépendait leur réalisation. Par conséquent, les psychothérapeutes estudiantins devaient pouvoir s'exprimer sans entrave sur ce qui se passait dans les séances de psychothérapie. Dans ces conditions, n'ayant pas la possibilité de laisser les patients choisir ce que les superviseurs pouvaient entendre ou non, il ne fallait pas qu'ils soumettent à leur autorisation le contenu des informations qu'ils devaient transmettre à ces derniers.

En de telles circonstances, le dilemme éthique résulte d'une tension ambivalente entre les deux pôles d'intérêt qui sont en rapport avec le principe d'autonomie, car il y a un conflit entre l'intérêt collectif des superviseurs et des supervisés (qui doivent pouvoir assumer leur responsabilités thérapeutiques dans de bonnes conditions), d'une part, et les intérêts des patients (qui devraient pouvoir sauvegarder leur intimité en déterminant librement ce qui peut en être dévoilé à des tiers au bénéfice de la bonne réalisation des soins dont ils bénéficient), d'autre part.

A notre avis, étant donné que la confidentialité inhérente au secret médical partagé protège autant le contenu des séances de supervisions que celui des séances de psychothérapie, le dilemme éthique se relativise par le fait que les psychothérapeutes estudiantins ne doivent dévoiler que les éléments qui sont absolument nécessaires à la compréhension des problèmes thérapeutiques à résoudre avec l'aide des superviseurs, en apprenant à garder pour eux tout ce que cette nécessité ne rend pas indispensable.

#### **VI.2.2.10. En ce qui concerne les dispositions relatives à la fin du traitement**

En énonçant les principes applicables à la recherche médicale conduite au cours d'un traitement dans la déclaration d'Helsinki, l'Association Médicale Mondiale prescrit que « tous les patients ayant participé à une étude doivent être assurés de bénéficier à son terme des moyens diagnostiques, thérapeutiques et de prévention dont l'étude aura montré la supériorité », ce qui signifie en l'occurrence qu'au terme de l'expérience pilote les patients devaient pouvoir poursuivre une psychothérapie à la consultation d'un médecin compétent ou, tout au moins, bénéficier d'une autre forme de traitement appropriée à l'évolution de leur état<sup>CLVII</sup>.

<sup>CLVII</sup> Op. cit., Chap. C, chiffre 30.

Bien entendu, au terme de la psychothérapie estudiantine, les patients devaient pouvoir décider librement s'ils voulaient ou non continuer de suivre un traitement psychothérapeutique. Le cas échéant, les responsables de l'expérience pilote s'étaient engagés à les aider à trouver une solution appropriée auprès d'un psychiatre et psychothérapeute de leur choix.

Comme la description des trois psychothérapies estudiantines arrivées jusqu'au terme de l'expérience l'a montré<sup>CLVIII</sup> :

- deux patients ont décidé de ne pas continuer leur psychothérapie ultérieurement car ils n'en ressentaient pas la nécessité ;
- un patient a été adressé à un psychiatre et psychothérapeute de son choix, cela après une brève hospitalisation que son état nécessitait au moment où l'expérience se terminait.

Dans ces trois cas, on peut donc estimer que l'expérience s'est terminée conformément aux engagements pris lorsque les patients concernés ont donné leur consentement à la psychothérapie estudiantine.

Reste le cas du patient qui a interrompu prématurément la psychothérapie en coupant tout contact avec le psychothérapeute estudiantin après deux séances seulement. Certes il usait ainsi de son droit à quitter l'expérience sans conséquence pour lui. Toutefois, ce faisant, il n'a pas répondu à l'offre d'un ultime entretien, alors qu'il avait été averti, lors de sa présentation au groupe d'indication, que s'il décidait ultérieurement de révoquer son consentement, il serait préférable d'éviter une rupture tacite en acceptant un ultime entretien destiné à prendre congé du psychothérapeute estudiantin, afin d'élucider les motifs de la terminaison prématurée, pour éviter des malentendus susceptibles de faire subsister un contentieux relationnel irrésolu.

Etant donné qu'en concertation avec les superviseurs, l'étudiant chargé d'effectuer ce traitement lui a écrit une lettre pour lui proposer cet ultime entretien et que, resté sans réponse, il a pris contact avec le médecin généraliste qui avait adressé le patient au dispositif expérimental pour avoir des nouvelles, il faut se demander dans quelle mesure ces démarches étaient légitimes sur le plan de l'éthique.

Si l'on se réfère uniquement à l'éthique de la recherche, il est évident qu'un sujet a le droit de révoquer son consentement et de quitter l'expérience sans donner d'explication, sans avoir à se justifier et, surtout, sans que les expérimentateurs exercent des pressions pour le retenir.

<sup>CLVIII</sup> Cf. supra : III.2. Description rétrospective de l'activité clinique des psychothérapeutes estudiantins.

Cependant si l'on élargit l'examen du problème à l'éthique médicale en général, on est amené à nuancer l'appréciation.

En sortant rapidement de l'expérience, le patient interrompait la psychothérapie qu'il venait de commencer, cela en quittant brusquement son psychothérapeute estudiantin avec lequel il était censé amorcer une relation de confiance. En ce qui concerne plus particulièrement la psychothérapie, c'est précisément pour éviter qu'une rupture intempestive de traitement porte préjudice à l'évolution ultérieure du patient en raison d'un contentieux relationnel, que la déontologie médicale prescrit au psychothérapeute de chercher à reprendre contact avec le patient, pour lui proposer d'élucider les motifs de la rupture et de clarifier d'éventuels malentendus.

A notre avis, on peut donc conclure à ce propos en estimant que si le patient était en droit d'agir comme il l'a fait, de son côté le psychothérapeute estudiantin a fait son devoir en effectuant une ultime démarche qui paraît légitime dans la mesure où elle n'était pas destinée à tenter de retenir un patient dont il fallait de toute façon respecter la décision.

### VI.3. PERSPECTIVES D'AVENIR

A l'heure actuelle, en raison des conséquences de crises économiques ou écologiques subintrantes, l'insécurité augmente alors que la solidarité sociale tend à s'affaiblir. Nous vivons dans une société de consommation où la publicité suggère insidieusement que la satisfaction de n'importe quel désir est à la portée de tous, cela par toutes sortes d'artifices qui proposent virtuellement un accès au bien-être, à l'activité efficiente et valorisante et même à une beauté juvénile persistante relookée par des procédés anti-âge.

Dés lors, par contraste avec la réalité existentielle des gens qui la subissent, ce genre d'influence altère sournoisement leur tolérance aux contrariétés et aux difficultés de la vie. En effet, cette influence s'exerce dans un contexte social où une importante partie de la population se trouve exposée à la précarité économique, en subissant les contraintes d'un marché du travail extrêmement concurrentiel, alors que le risque de chômage augmente et que la sécurité sociale se trouve fragilisée par la dette publique et la politique d'austérité qui en découle.

Dans ces conditions, lorsqu'une personne est confrontée à des difficultés existentielles alors que sa résistance psychique se trouve fragilisée et qu'elle se sent envahie par un désarroi émotionnel douloureux, il y a une atteinte à la santé psychique qui mérite d'être prise en considération sur le plan médical. De plus, il est évident que les facteurs de décompensation

psychique menacent encore davantage les personnes affectées d'une vulnérabilité inhérente à des troubles physiques ou mentaux persistants.

A ce propos, Guex et Barbier (2005)<sup>130</sup> constatent que le recours à la médecine générale est souvent la première et parfois la seule possibilité d'obtenir un traitement, que ce soit en cas de troubles mentaux sévères et persistants tels que les psychoses évolutives ou en cas de troubles psychiques modérés, transitoires et fluctuants tels que les troubles anxieux et de l'humeur.

Par conséquent, à l'heure où la relève pose problème dans le domaine de la médecine générale et de famille, dans un contexte où des mesures sont prises pour encourager les futurs médecins à s'intéresser à cette discipline pour assurer la place et la fonction du médecin généraliste dans les réseaux de soins médicaux que la politique sanitaire prévoit de mettre en place, il y a de bonnes raisons de prendre en considération l'utilité de la psychothérapie estudiantine dans cette perspective.

Si l'on en juge par le résultat somme toute encourageant de l'expérience pilote effectuée il y a plusieurs années à Lausanne, on constate que cette expérience a constitué, pour les étudiants qui y ont participé, une bonne opportunité de prolonger leur formation en psychologie médicale en s'initiant à une forme de psychothérapie de soutien d'orientation psychodynamique accessible aux praticiens généralistes adeptes de la méthode Balint, telle qu'elle est conçue par l'école lausannoise.

En effet, cette participation leur a permis d'atteindre les principaux objectifs énoncés par Balint (1961)<sup>5</sup> car ils ont réussi à établir et à maintenir une relation psychothérapeutique avec leurs patients pendant plusieurs mois en s'efforçant, malgré les difficultés, d'observer et de comprendre comment et pourquoi des changements peuvent survenir dans le fonctionnement psychique de la personne traitée. De plus, ce faisant, ils ont participé activement à une supervision qui leur a permis de vérifier la validité du traitement en cours en s'observant eux-mêmes et en observant leurs collègues ; cela dans le cadre de discussions conviviales dirigées par des superviseurs dont l'accompagnement, empathique et didactique à la fois, les a incités à exprimer leurs sentiments et à formuler des hypothèses pour fonder la préparation de leurs interventions.

Par ailleurs, avec le recul de l'évaluation rétrospective, en tenant compte des commentaires des questions et des suggestions du Professeur Benaroyo, l'éthicien qui s'est prononcé au sujet de ce travail de thèse, nous avons constaté qu'en restant informelle au cours de l'expérience pilote, la réflexion éthique qui n'a pas manqué d'avoir lieu s'est toutefois diluée dans l'initiation des étudiants au sujet de la psychothérapie de soutien d'orientation psychodynamique, alors qu'elle aurait mérité d'être élaborée de façon plus structurée.

Par conséquent, si la mise en œuvre d'un dispositif permanent de psychothérapie estudiantine devait se réaliser à Lausanne, il conviendrait d'avoir recours à l'intervention occasionnelle d'un éthicien afin d'utiliser l'opportunité didactique de la préparation des étudiants candidats à l'exercice de la psychothérapie estudiantine pour leur donner la possibilité d'approfondir leurs connaissances dans le domaine de l'éthique médicale et de celle de la recherche.

Quoiqu'il en soit, en définitive, c'est aux responsables de la psychiatrie de liaison et de l'enseignement de la psychologie médicale qu'il appartient de déterminer si la création et la mise en œuvre durable d'un dispositif de psychothérapie estudiantine lausannoise peuvent ou non s'inscrire utilement dans les mesures actuelles d'encouragement à la relève en médecine générale. Espérons que les informations apportées par cette étude rétrospective de l'expérience pilote leur sera utile pour cela.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Balint M. *The Doctor, His Patient and the Illness*. London: Pitman Medical, 1957. Traduit de l' anglais par Valabrega JP: Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot, 1975.
2. Jeammet P, Reynaud M, Consoli SM. *Psychologie médicale*. 2e ed. Paris: Masson, 1996.
3. Schneider PB. *Propédeutique d'une psychothérapie*. Paris: Payot, 1976.
4. Balint M. Training medical students in psychotherapy. *Lancet* 1957;273(7004):1015-8.
5. Balint M. The pyramid and the psychotherapeutic relationship. *Lancet* 1961;2(7211):1051-4.
6. Balint M. The Doctor's Therapeutic Function. *Lancet* 1965;1(7397):1177-80.
7. Bennet G. Whole-person medicine and psychiatry for medical students. *Lancet* 1976;1(7960):623-6.
8. Davies TT, Davies ET, O'Neill D. Case-work in the teaching of psychiatry. *Lancet* 1958;2(7036):34-7.
9. Tredgold RF. The integration of psychiatric teaching into the curriculum. *Lancet* 1962;1(7243):1344-7.
10. Ball DH, Wolff HH. An experiment in the teaching of psychotherapy to medical students. *Lancet* 1963;1(7274):214-7.
11. Heine RW, Aldrich CK, Draper E, Meuser M, Trippett J, Trosman H. *The student physician as psychotherapist*. Chicago: The University of Chicago Press, 1962.
12. Sturgeon DA, Knauss W. The teaching of psychotherapy to medical students. An aspect of training in psychosomatic medicine. *Psychother Psychosom* 1979;32(1-4):212-7.
13. Wolff HH, Knauss W, Bräutigam W, editors. *First steps in psychotherapy. Teaching psychotherapy to medical student and general practitioners*. Berlin: Springer-Verlag, 1985.

14. Shoenberg P. The student psychotherapy scheme at the University College and Middlesex School of medicine: Its role in helping medical students to learn about the doctor/patient relationship. *Journal of the Balint Society* 1992;20:10-4.
15. Shoenberg P. *Aux côtés de la jeunesse: Aspects d'un projet pour l'initiation des étudiants à la psychothérapie au University College London - UK*. Communication personnelle. 1998.
16. Yakeley J, Shoenberg P, Heady A. Who wants to do psychiatry?: The influence of a student psychotherapy scheme - a 10-year retrospective study. *Psychiatric Bulletin* 2004;28(6):208-12.
17. Balint M. Psychoanalyse und klinische Medizin. [Psychanalyse et médecine clinique]. *Z Klin Med* 1926;103(5-6):628-45. Allemand
18. Balint M. A pszichoterápiákról a gyakorló orvos számára. [A propos des psychothérapies pour le médecin praticien]. *Terápia (Budapest)* 1926;5:148-73. Hongrois
19. Balint M. The doctor, his patient, and the illness. *Lancet* 1955;268(6866):683-8.
20. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196(4286):129-36.
21. Clifford GJ. A medical student's experience of dynamic psychotherapy with a young woman suffering from asthma. Sous dir. de: Lacey JH, Sturgeon DA, editors. *Proceedings of the 15th European Conference on Psychosomatic Research*. London: John Libbey, 1986:366-68.
22. Garner P. Psychotherapy: experience as a medical student. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1981;282(6266):797-8.
23. Garner P. Psychotherapy: experience as a medical student as UCH. Sous dir. de: Wolf HH, Knauss W, Brautigam W, editors. *First steps in psychotherapy. Teaching psychotherapy to medical student and general practitioners*. Berlin: Springer-Verlag, 1985:91-94.
24. Hoy L. It's good to talk. *BMJ* 2002;324(7328):57.
25. Kesseli B. La promotion universitaire de la médecine de famille correspond à un besoin essentiel. *Bulletin des médecins suisses* 2007;88(29/30):1251-53.
26. Schwabe-Schott L, Bonvin R, Guex P, Willa C, Feihl F, Bosman F, et al. La sélection intra-universitaire: un bon ou mauvais moyen d'identifier les meilleurs étudiants en médecine? *Praxis* 2004;93:649-54.
27. Maguire GP, Rutter DR. History-taking for medical students. I-Deficiencies in performance. *Lancet* 1976;2(7985):556-8.
28. Aboulker P, Bourguignon O, Chertok L. Problèmes de formation psychologique des étudiants. *Psychotherapy & Psychosomatics* 1972-1973;21(1-6):210-13.
29. Voineskos G, Greben SE, Lowy FH, Smith RL, Steinhauer PD. The psychiatric training of medical students. *Can J Psychiatry* 1981;26(5):301-8.
30. Evans BJ, Stanley RO, Burrows GD. Measuring medical students' empathy skills. *Br J Med Psychol* 1993;66 ( Pt 2):121-33.
31. Hargie O, Dickson D, Boohan M, Hughes K. A survey of communication skills training in UK schools of medicine: present practices and prospective proposals. *Medical education* 1998;32(1):25-34.
32. Benbassat J, Baumal R. Teaching doctor-patient interviewing skills using an integrated learner and teacher-centered approach. *Am J Med Sci* 2001;322(6):349-57.
33. Eells TD, Strauss GD, Teller D, Feldmann T. Problem-oriented instruction as a predictor of success in early psychiatric interviewing. *Acad Psychiatry* 2002;26(2):82-9.
34. Lovett LM, Cox A, Abou-Saleh M. Teaching psychiatric interview skills to medical students. *Med Educ* 1990;24(3):243-50.
35. Nuzzarello A, Birndorf C. An interviewing course for a psychiatry clerkship. *Acad Psychiatry* 2004;28(1):66-70.
36. Borgeat F, Gagnon J, Hudon M, Lalonde P, Reid W. Teaching therapeutic skills of a psychological nature to future physicians. *Can J Psychiatry* 1985;30(6):445-9.
37. Naji SA, Maguire GP, Fairbairn SA, Goldberg DP, Faragher EB. Training clinical teachers in psychiatry to teach interviewing skills to medical students. *Med Educ* 1986;20(2):140-7.

38. Dupont J. Balint Michael. Sous dir. de: de Mijola A, editor. *Dictionnaire international de la psychanalyse*. 1ère ed. Paris: Calmann-Lévy, 2002:180-81.
39. Haynal A. Michael Balint, continuateur de l'oeuvre de Ferenczi. *Filigrane* [Internet]. 2000 [cité 23 août 2011]; 9(1):62-70. Consulté sur: <http://rsmq.cam.org/filigrane/archives/haynal.htm>.
40. Gagnon J. Psychologie médicale. Sous dir. de: Lalonde P, Grunberg F, editors. *Psychiatrie clinique: approche contemporaine*. 1ère ed. Chicoutimi: Gaëtan Morin, 1980:33-44.
41. Moreau Ricaud M. Groupe Balint. Sous dir. de: De Mijola A, editor. *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris: Calman-Lévy, 2002:179.
42. Laplanche J, Pontalis J-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF, 1973.
43. Hesnard A. Transfert. Sous dir. de: Porot A, editor. *Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique*. 4e ed. Paris: PUF, 1969:600.
44. Tamet J-Y. Transfert. Sous dir. de: Pelicier Y, editor. *Les objets de la psychiatrie: L'Esprit du Temps*, 1997:629-31.
45. Gagnon J. Relation médecin-malade. Sous dir. de: Lalonde P, Aubut J, Grunberg F, coll., editors. *Psychiatrie clinique: une approche bio-psycho-sociale. Introduction et syndromes cliniques*. 3e ed. Paris: Gaëtan Morin Editeur, 1999:20-33.
46. Roudinesco E, Plon M. *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris, 1997.
47. Monday J, Morin G. Les maladies psychosomatiques. Sous dir. de: Lalonde P, Grunberg F, editors. *Psychiatrie clinique: approche contemporaine*. Chicoutimi: Gaëtan Morin & associés ltée, 1980:401-36.
48. Alby J-M. Psychosomatique. Sous dir. de: Pélicier Y, editor. *Les objets de la psychiatrie*. 1ère ed. Bedous: L'esprit du temps, 1997:494.
49. Stone A. *Psychiatric News* 1979;Juin, vol. XIV(12):?
50. Grunberg F. Etat actuel de la psychiatrie / le modèle bio-psycho-social. Sous dir. de: Lalonde P, Grunberg F, editors. *Psychiatrie clinique: approche contemporaine*. Chicoutimi: Gaëtan Morin, 1980:4-7.
51. Grunberg F, Massé G, Lalonde P, Aubut J. Psychiatrie bio-psycho-sociale. Sous dir. de: Lalonde P, Aubut J, Grunberg F, editors. *Psychiatrie clinique: une approche bio-psycho-sociale*. Montréal: Gaëtan Morin, 1999:2-8.
52. Gamba L. Quelle approche psychothérapeutique par le Médecin de premier recours? *Bulletin des médecins suisses* 2006;87(27/28):1269-70.
53. Davanzo H. A Method of Teaching Reparative Psychotherapy to Medical Students. *J Med Educ* 1965;40:785-91.
54. Davis H, Aronzon R, Rosca-Rebaudengo P, Guttman F. Extended psychiatric interview and medical students: a tool for teaching psychotherapeutic skills. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2003;40(2):118-25.
55. Donner L, Schonfield J. Affect contagion in beginning psychotherapists. *J Clin Psychol* 1975;31(2):332-9.
56. Frank D, Propst A, Goldhamer P. The effects of teaching medical students psychotherapy skills in the outpatient department. *Can J Psychiatry* 1987;32(3):185-9.
57. Gagnier S, Gamache A. L'enseignement de la psychothérapie brève pour supervision directe in-vivo: une expérience pilote avec les étudiants de 4ème année de médecine. *Psychologie Médicale* 1991;23(6):625-30.
58. Houston M, Allen DW. Clinical experience in a psychiatric setting for sophomore medical students. *J Med Educ* 1957;32(7):483-92.
59. King LJ, Winokur G. Retrospective analysis: a method of teaching psychotherapy to medical students. *Am J Psychother* 1963;17:483-93.
60. Lofchy J. The Clerk Crisis Clinic: a novel educational program. *Acad Psychiatry* 2003;27(2):82-7.
61. Marozas RJ, Huncke S, Bohnert PJ. Evaluation of symptomatic change in psychiatric patients treated by medical students. *J Med Educ* 1971;46(10):889-95.
62. Miles JE, McLean PD, Maurice WL. The medical student therapist. Treatment outcome. *Can Psychiatr Assoc J* 1976;21(7):467-72.

63. Oldham JM, Sacks MH, Nininger JE, Blank K, Kaplan RD. Medical students' learning as primary therapists or as participant/observers in a psychiatric clerkship. *Am J Psychiatry* 1983;140(12):1615-8.
64. Stern RS. The medical student as behavioural psychotherapist. *Br Med J* 1975;2(5962):78-81.
65. Teoh JI, Woon TH. Short-term psychotherapy by medical students: its therapeutic effectiveness and its educational value. *Singapore Med J* 1975;16(2):128-37.
66. Uhlenhuth EH, Duncan DB. Subjective change with medical student therapists. I. Course of relief in psychoneurotic outpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1968;18(4):428-38.
67. Werman DS, Agle D, McDaniel E, Schoof KG. Survey of psychiatric treatment effectiveness in a medical student clinic. *Am J Psychother* 1976;30(2):294-302.
68. Brautigam W. Psychotherapy in general practice. Sous dir. de: Wolf HH, Knauss W, Brautigam W, editors. *First steps in psychotherapy. Teaching psychotherapy to medical student and general practitioners*. Berlin: Springer-Verlag, 1985:100-48.
69. Gilliéron E. Approche familiale des troubles psychosomatiques en médecine ambulatoire. *Rev Med Suisse Romande* 1989(109):111-17.
70. Schneider PB. Quelle psychothérapie par quel médecin? *Rev Med Suisse Romande* 1995;115:273-80.
71. Duruz N. *Psychothérapie ou psychothérapies ? Prolégomènes à une analyse comparative*. Neuchâtel: Delachaux et Niestl., 1994.
72. Duruz N, Gennart M. *Traité de psychothérapie comparée*. Genève: Médecine & Hygiène, 2002.
73. Bovet J, Gilliéron E, Spagnoli J. Enquête sur la pratique des psychothérapies par les médecins vaudois. *Rev Med Suisse Romande* 1989;109:99-109.
74. Brown D, Pedder J. *Introduction to psychotherapy*. 2e ed. London: Routledge, 1996.
75. Haynal A. Préface. Sous dir. de: de Perrot E, editor. *La psychothérapie de soutien, une perspective psychanalytique*. Bruxelles: De Boeck University, 2006.
76. de Perrot E. *La psychothérapie de soutien, une perspective psychanalytique*. Bruxelles: De Boeck University, 2006.
77. Rockland LH. *Supportive therapy for borderline patients: a psychodynamic approach*. New York: The Guilfords Press, 1992.
78. Porot A, Pascalis G. *Moi*. Sous dir. de: Porot A, editor. *Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique*. 4e ed. Paris: PUF, 1969:388.
79. Pollak Cornillot M. Résistance. Sous dir. de: De Mijola A, editor. *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris: Calman-Lévy, 2002:1464-65.
80. Schmid-Kitsikis E. Défense (mécanisme de ). Sous dir. de: De Mijola A, editor. *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris: Calman-Lévy, 2002:404-05.
81. Weyeneth M, Ambresin G, Carballeira Y, Contesse V, Crivii C, Glauser F, et al. La psychothérapie de soutien: un pas vers l'éclectisme. *Psychothérapies* 2004;24(2):73-86.
82. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. 3e ed. Washington DC: American Psychiatric Press, 2000.
83. Williams JR. *Manuel d'éthique médicale*. 2e ed: Unité d'éthique de l'Association Médicale Mondiale, 2009.
84. Alexander F, French TM. *Psychoanalytic Therapy. Principles and Application*. New York: The Ronald Press Co., 1946. Traduit de l' anglais par Comandré M: Alexander F, French TM. *Psychothérapie analytique: principes et application*. Paris: P.U.F., 1956.
85. Daubech J-F. *Moi*. Sous dir. de: Pélicier Y, editor. *Les objets de la psychiatrie*. Bedous: L'esprit du temps, 1997:355-56.
86. Rockland LH. Psychoanalytically oriented supportive therapy: literature review and techniques. *J Am Acad Psychoanal* 1989;17(3):451-62.
87. Kernberg OF. *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven/London: Yale Univ. Press, 1984. Traduit de l' anglais par Adamov J: *Les troubles graves de la personnalité: stratégies thérapeutiques*. Paris: P.U.F., 1989.

88. Kernberg OF. Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy: contemporary controversies. *The International journal of psychoanalysis* 1999;80 ( Pt 6):1075-91.
89. Cassanas J. La description des pratiques. *Psychothérapies* 2000;20(3):169-77.
90. Despland J-N, de Roten Y, Martinez E, Plancherel A-C, Solai S. L'alliance thérapeutique: un concept empirique. *Méd Hyg* 2000;58(2315):1877-80.
91. Boutin M. Relation entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale ainsi que la satisfaction envers la thérapie au cours d'un processus psychothérapeutique chez l'adulte. Mémoire de maîtrise en psychologie. Université du Québec à Chicoutimi, 2005.
92. Gaston L, Marmar CR. The California Psychotherapy Alliance Scales. Sous dir. de: Horvath AO, Greenberg LS, editors. *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: John Wiley, 1994:85-108.
93. de Roten Y. Processus de co-construction de l'alliance thérapeutique. *Psychothérapies* 2000;20(4):243-48.
94. Becker H, Knauss W. Organisation of the student-psychotherapy project in Heidelberg. Sous dir. de: Wolf HH, Knauss W, Brautigam W, editors. *First steps in psychotherapy. Teaching psychotherapy to medical student and general practitioners*. Berlin: Springer-Verlag, 1985:34-43.
95. Sturgeon D. Development and organisation of the student-psychotherapy teaching scheme at University College Hospital. Sous dir. de: Wolf HH, Knauss W, Brautigam W, editors. *First steps in psychotherapy. Teaching psychotherapy to medical student and general practitioners*. Berlin: Springer-Verlag, 1985:28-33.
96. Casement P. *Further learning from the patient. The analytic space and process*. 1ère ed. London: Routledge, 1990.
97. Despland J-N. L'évaluation empirique des psychothérapies. *Psychothérapies* 2006;26(2):91-95.
98. de Roten Y. Pour un dialogue entre recherche et clinique : une étude de cas autour de l'alliance thérapeutique. *Psychothérapies* 2007;27(1):37-45.
99. Lamboy B, Despland J-N, De Roten Y. Catégorisation des interventions du psychothérapeute : construction d'un instrument regroupant différentes approches langagières *Annales Médico-Psychologiques* 2007;165:162-71.
100. Lecours S. Niveaux de fonctionnement mental et psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies* 2005;25(2):91-100.
101. Malan DH. *A study of brief psychotherapy*. Londres: Tavistoc Publications, 1963. Traduit de l' anglais par Malan DH, de Perrot E, Gilliéron E: *La psychothérapie brève*. Paris: Payot, 1975.
102. Despland J-N. Les interruptions précoces de psychothérapie. Etude rétrospective. Thèse de médecine. Université de Lausanne, 1990.
103. Despland J-N, Gilliéron E, Bovet J, Spagnoli J. Les interruptions précoces de psychothérapie: étude rétrospective. *Psychothérapies* 1994;14:3-15.
104. Sturgeon D. Problems and Methods used in the Teaching Scheme at UCH. Sous dir. de: Wolf HH, Knauss W, Brautigam W, editors. *First steps in psychotherapy. Teaching psychotherapy to medical student and general practitioners*. Berlin: Springer-Verlag, 1985:44-50.
105. Wolff HH. Theoretical concepts. Sous dir. de: Wolff HH, Knauss W, Brautigam W, editors. *First steps in psychotherapy. Teaching psychotherapy to medical student and general practitioners*. Berlin: Springer-Verlag, 1985:1-17.
106. Glass J. Personal therapy and the student therapist. *Can J Psychiatry* 1986;31(4):304-12.
107. Ekstein R, Wallerstein RS. *Supervision vs psychotherapy in the teaching and learning of psychotherapy*. New-York: Basic Books, 1958.
108. Carsen ML, Roskin G. Empathy from the perspective of the student therapist. *Hillside J Clin Psychiatry* 1984;6(2):259-70.
109. Reid W. L'impasse en psychothérapie psychodynamique ou la pertinence des paradoxes. *Santé mentale au Québec* 2006;31(2):239-308.
110. Watters WW, Rubenstein JS, Bellissimo A. Teaching psychotherapy. Learning objectives in individual psychotherapy. *Can J Psychiatry* 1980;25(2):111-17.

111. Gilliéron E. Psychothérapies analytiques brèves et changements psychique. Assemblée annuelle de la Société Médicale Suisse de Psychothérapie. Neuchâtel, 1981. *Archives suisses de neurologie, neurochirurgie et de psychiatrie* 1984;134:144-59.
112. Despland J-N, Schild-Paccaud L. La prépsychose comme organisation de la personnalité de l'adulte. *Psychothérapies* 1996;16(2):67-78.
113. Bergeret J. *La personnalité normale et pathologique*. Paris: Dunod, 1974.
114. Despland J-N, Drapeau M, De Roten Y. Les mécanismes de défense : une pluralité de points de vue. *Psychothérapies* 2001;21(3):113-21.
115. Carr W, Kemmis S. *Becoming Critical: Knowing Through Action Research*. Rev. ed: Deakin University Press, 1983.
116. Lapassade G. De l'ethnographie de l'école à la nouvelle recherche-action. [Internet]. 1993 [cité 02.04.2012]. Consulté sur: <http://biblio.recherche-action.fr/document.php?id=53>.
117. Benaroyo L. Éthique et herméneutique du soin. Sous dir. de: Benaroyo L, Lefève C, Mino J-C, Worms F, editors. *La philosophie du soin – Éthique, médecine et société*. Paris: PUF, 2010:23-36.
118. Racamier PC. Regard psychanalytique sur l'équipe soignante au travail. *Revue médicale de la Suisse romande* 1987;107(8):627-34.
119. Barrier P. Le soin comme accompagnement et facilitation de l'individuation avec la maladie chronique. Sous dir. de: Benaroyo L, Lefève C, Mino J-C, Worms F, editors. *La philosophie du soin – Éthique, médecine et société*. Paris: PUF, 2010:155-71.
120. Mauron A. Bienfaisance et non-maléfience (principes de). *Petit glossaire de bioéthique* [Internet]. UNIGE, 2004 [cité 02.04.2012]. Consulté sur: <http://www.unige.ch/medecine/ib/ethiqueBiomedicale/enseignement/glossaire.html>.
121. Association Médicale Mondiale [Internet]. Déclaration d'Helsinki de l'Association Médicale Mondiale. Principes éthiques applicables aux recherches médicales sur des sujets humains. 2000 [cité 02.04.2012]. Consulté sur: [http://www.genethique.org/carrefour\\_infos/textes\\_officiels/titres\\_textes/declaration\\_helsinki\\_2000.htm](http://www.genethique.org/carrefour_infos/textes_officiels/titres_textes/declaration_helsinki_2000.htm).
122. Parizeau M-H. Consentement. Sous dir. de: Hottis G, Missa J-N, editors. *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. Bruxelles: De Boeck Université, 2001:229-35.
123. Mauron A. Autonomie (principes de). *Petit glossaire de bioéthique* [Internet]. UNIGE, 2004 [cité 02.04.2012]. Consulté sur: <http://www.unige.ch/medecine/ib/ethiqueBiomedicale/enseignement/glossaire.html>.
124. Mandofia-Berney M, Ummel M, Mauron A. Diffusion et partage de l'information médicale dans la relation thérapeutique. *Cahiers médico-sociaux* 1995;39:345-64.
125. Moutel G. Devoir d'information vis à vis des patients, risque et incertitude : Évolutions et enjeux éthiques. [Internet]. 2005 [cité 02.04.2012]. Consulté sur: [http://infodoc.inserm.fr/ethique/ethique.nsf/0/66ec0b411d0c4601c125673700595904/\\$FILE/ATTBII5S/Texte.pdf](http://infodoc.inserm.fr/ethique/ethique.nsf/0/66ec0b411d0c4601c125673700595904/$FILE/ATTBII5S/Texte.pdf).
126. Kemp P, Rendtorff JD. Vulnérabilité (Principe de). Sous dir. de: Hottis G, Missa J-N, editors. *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. Bruxelles: De Boeck Université, 2001:229-35.
127. Barnett JE. Clinical writing about clients: Is informed consent sufficient? *Psychotherapy (Chic)* 2012;49(1):12-5.
128. Sieck BC. Obtaining clinical writing informed consent versus using client disguise and recommendations for practice. *Psychotherapy (Chic)* 2012;49(1):3-11.
129. Mauron A. Confidentialité. *Petit glossaire de bioéthique* [Internet]. UNIGE, 2004 [cité 02.04.2012]. Consulté sur: <http://www.unige.ch/medecine/ib/ethiqueBiomedicale/enseignement/glossaire.html>.
130. Guex P, Barbier Y. Le généraliste et le psychiatre : échec ou réussite ? *Revue Médicale Suisse* 2005;33:2136-41.