

# Une relation sous influence: phénomènes collusifs en clinique

Pr FRIEDRICH STIEFEL<sup>a</sup>, Drs CÉLINE BOURQUIN<sup>a</sup> et MICHAEL SARAGA<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2019; 15: 330-2

La collusion est un phénomène inconscient survenant dans la relation thérapeutique, observable en psychiatrie, mais aussi en médecine. Elle se manifeste surtout dans les domaines où les effets de la maladie et des traitements pèsent lourdement sur les patients et les cliniciens et où les enjeux sont existentiels. L'origine d'une collusion se situe dans des problèmes psychologiques non résolus, en lien avec des thématiques comme la perte, l'intimité ou le contrôle, qui sont partagés par le clinicien et son patient. La collusion, si elle n'est pas reconnue, peut sérieusement entraver la relation clinique et avoir des conséquences négatives sur la prise en charge.

## A relationship under the influence: collusive phenomena in clinics

*Collusion is a mostly unconscious phenomenon occurring in the therapeutic relationship, which can be commonly identified in psychiatry but more generally in medicine. Collusion is especially present in circumstances in which the effects of disease and its treatments have a heavy impact on patients and caregivers, and where the stakes are existential. Collusion is triggered by unresolved psychological problems, for example, loss, intimacy or control, which are shared by the patient and the clinician. Collusion, if unrecognized, can seriously hamper the clinician-patient relationship and the care of the patient.*

## INTRODUCTION

Dans le film *Vol au-dessus d'un nid de coucou* (1975) de Milos Forman, Randall Patrick McMurphy (interprété par Jack Nicholson) simule la folie pour échapper à la prison. Interné à l'hôpital psychiatrique, il entre en rébellion contre Miss Mildred Ratched (Louise Fletcher), la très autoritaire infirmière-chef, et amène les autres patients à prendre conscience des pratiques coercitives. Le provocateur toujours en quête de limites entre en symétrie avec l'intransigeante Miss Ratched et leur relation dégénère, atteignant son point culminant avec la lobotomie de McMurphy.

Dans une scène, le directeur de l'hôpital fait remarquer à l'infirmière Ratched: «Ce qui est curieux, c'est que la personne dont il [McMurphy] est le plus proche est celle qu'il déteste le plus – c'est toi, Mildred». De fait, ce qui rapproche les deux protagonistes, c'est un rapport problématique aux limites:

chez l'un, défi et transgression, chez l'autre, sacralisation rigide.

On peut retrouver ce phénomène relationnel inconscient, qui voit deux personnes aux prises avec une difficulté commune, entre le clinicien et son patient. On parle alors de collusion.<sup>1-3</sup> Ce phénomène s'inscrit plus largement dans la dynamique transféro-contretransférentielle, mais il est caractérisé par le partage d'une même problématique.<sup>1</sup> La collusion peut, par exemple, porter sur des enjeux tels que le contrôle, la perte, ou la dépendance. C'est d'abord en psychiatrie, où la relation thérapeutique a toujours eu une place importante, qu'ont été décrits des phénomènes de collusion.<sup>2</sup> La collusion s'observe cependant aussi dans d'autres domaines de la médecine, et en particulier là où les effets de la maladie et des traitements pèsent lourd sur les patients et cliniciens et où des enjeux existentiels se manifestent.

## MODALITÉS DE COLLUSION

On peut distinguer deux modalités de collusion. La collusion est définie comme positive lorsque patient et clinicien ont une attitude semblable face à un problème psychologique non résolu qu'ils partagent (**vignette clinique 1**). Par exemple, un patient est aux prises avec une problématique d'intimité, se manifestant par un besoin de contrôler la distance relationnelle et par une gêne face aux émotions. La rencontre avec un clinicien présentant des difficultés similaires se caractérise par une focalisation sur les aspects médico-scientifiques de la situation et un désintérêt pour la souffrance provoquée par la maladie et les émotions associées. Dans le cas d'une collusion dite négative, le patient et le clinicien partagent un même problème, mais, à l'instar de McMurphy et de l'infirmière Ratched, le traitent de façon opposée (**vignette clinique 2**).

Les collusions observées dans le champ de la médecine peuvent être liées à des situations concrètes (par exemple, un refus de traitement ou une demande de suicide assisté), à des attitudes ou à des manifestations relationnelles. Le patient et le clinicien s'aperçoivent parfois qu'ils éprouvent des émotions excessives (colère, sympathie, angoisse, culpabilité). Par contre, ils n'ont pas conscience du problème sous-jacent partagé et du lien très fort établi entre eux qui entretient, en creux, la dynamique relationnelle. Un exemple assez classique d'une telle dynamique est celui des couples dont l'un des partenaires a une personnalité dépendante, et l'autre souffre d'une dépendance à l'alcool. Cette problématique partagée de dépendance est susceptible de les lier à vie, en dépit de violences quotidiennes et de tentatives répétées de séparation.

<sup>a</sup> Service de psychiatrie de liaison, CHUV, 1011 Lausanne  
frederic.stiefel@chuv.ch | celine.bourquin@chuv.ch | michael.saraga@chuv.ch

## Vignette clinique 1

Il s'agit d'un patient de 50 ans, hospitalisé dans une unité de soins palliatifs, pour prise en charge d'une sclérose latérale amyotrophique au stade final. Le patient a des exigences envers les soignants qui sont impossibles à satisfaire (il demande une attention permanente, des réponses à des besoins non verbalisés, une adéquation totale sur le plan relationnel, etc.). Une jeune clinicienne essaye d'abord de faire au mieux, mais réagit par la suite, se sentant de plus en plus frustrée et en colère, par des insultes, puis finit par éviter le patient autant qu'elle peut. En souffrance, elle rapporte durant la supervision ses sentiments d'angoisse en venant travailler le matin, et parle aussi de sentiments de culpabilité suite à ses dérapages verbaux, qui n'ont d'ailleurs pas modifié l'attitude du patient. Invitée à en dire plus sur le sujet des exigences, elle en vient à parler des exigences souvent irréalistes qu'elle a envers elle-même et de sa représentation idéalisée des soins. Cette attitude semble renforcée par l'ambition d'excellence perceptible dans l'atmosphère de l'unité dans laquelle elle travaille. Cet exemple illustre que le qualificatif de positif n'a pas de connotation morale et ne caractérise pas les conséquences bénéfiques ou néfastes de la collusion, mais indique simplement que les deux protagonistes adoptent la même attitude envers la thématique de l'exigence.

## Vignette clinique 2

Le mari d'une patiente en fin de vie, assis auprès d'elle et travaillant sur son ordinateur, montre fréquemment des signes d'évitement: dès que le personnel soignant entre dans la chambre, il prétend devoir téléphoner et quitte la pièce pour aller sur le balcon et, le soir venu, il s'esquive discrètement pour rentrer chez lui sans avoir à saluer personne. Une des soignantes, qui insiste sur son désir de le soutenir, est frustrée par son attitude de fuite et relate en supervision sa colère envers ce mari qui n'apprécie guère son offre d'aide. Elle reconnaît par la suite son grand besoin d'intimité avec les patients, qui lui donne le sentiment de bien faire son job. Durant la supervision, elle comprend que soutenir ce mari de façon adéquate implique justement de respecter son besoin de distance, tout en restant attentive à d'éventuels signes d'ouverture de sa part. Elle lie son désir d'intimité à un besoin de reconnaissance pour ses efforts dans les soins, efforts qui visent à accéder à l'intimité des patients et des proches. Les injonctions circulant dans le milieu palliatif quant à ce qui est attendu en fin de vie des patients et de leur entourage – à savoir, notamment, qu'ils parlent de leurs émotions – pourraient avoir contribué à ce phénomène de collusion.

COLLUSION, CONTEXTE INSTITUTIONNEL  
ET SOCIÉTÉ

Notre travail sur la collusion nous a jusqu'ici amenés à en décrire les différentes facettes, à mettre en perspective les

enjeux associés<sup>3</sup> et à développer des moyens de l'identifier, en particulier dans le contexte de supervisions cliniques permettant de soumettre le phénomène de la collusion à un examen systématique.<sup>4</sup> Nous avons aussi élargi les contours du concept de collusion en intégrant les facteurs contextuels et sociaux impliqués.<sup>5</sup> Figurent en particulier, parmi les facteurs contextuels, des aspects institutionnels comme l'importance des hiérarchies, qui sont à même d'alimenter, chez les plus conformistes, des collusions liées à des thématiques telles que la domination/soumission. Ces collusions peuvent aussi se manifester par des conflits territoriaux ou des comportements d'obéissance dans des situations qui demandent bien plutôt un jugement libre.<sup>6</sup>

Les facteurs sociétaux incluent, eux, les discours dominants sur la médecine, les médecins, la santé et la maladie, perceptibles, par exemple dans les métaphores militaires<sup>7</sup> (la formule «il faut se battre» en est un exemple type) ou dans l'injonction de préparer (et réussir) sa mort, qui structure ce qui est attendu et considéré comme acceptable.<sup>8</sup>

## CONSÉQUENCES DE LA COLLUSION

L'impact de la collusion sur les acteurs devient reconnaissable dans le cadre d'une supervision clinique. Un enjeu majeur, et qui n'a pas été investigué empiriquement, est celui de l'influence de la collusion sur les soins, et plus précisément sur les décisions thérapeutiques. Si certains types de collusion conduisent, par exemple, à éviter certains types de patient, on peut facilement imaginer que d'autres types de collusion ont une incidence sur les décisions médicales. Tel est bien le cas dans *Vol au-dessus d'un nid de coucou*, avec la décision de la lobotomie thérapeutique. D'autres exemples sont les situations d'obstination déraisonnable, les erreurs médicales ou l'introduction de tiers (spécialistes, psychiatres, etc.) en vue de réduire la densité relationnelle.<sup>9</sup> Dans ce sens, une étude réalisée récemment avec nos collègues de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne a montré que le recours par les médecins assistants et chefs de clinique aux spécialistes se fonde sur d'autres principes que le seul raisonnement biomédical.<sup>10</sup>

ALGORITHME DÉCISIONNEL ET STANDARDISATION  
DES SOINS COMME REMPART À LA COLLUSION?

La médecine de demain, qu'on nous annonce notamment basée sur l'*evidence*, l'utilisation systématique d'algorithmes décisionnels et fondée sur des processus de soins standardisés, permettra-t-elle aux cliniciens d'échapper à la collusion? Cela nous paraît douteux, en tout cas aussi longtemps que la prise de décision s'inscrit dans une pratique clinique impliquant une relation entre médecin et malade. L'importance de cette relation est d'ailleurs largement admise par les professionnels (ou du moins la plupart d'entre eux) ainsi que par les patients.<sup>11</sup>

## CONCLUSION

Si la collusion constitue souvent une difficulté dans la relation médecin-patient, à même de produire des effets négatifs sur les soins, on peut aussi l'envisager de façon plus nuancée. La

collusion est aussi, dans une certaine mesure, la condition de toute relation. Comme médecins, les sentiments de soulagement, d'affinité, de colère, d'angoisse ou de culpabilité sont des indicateurs diagnostiques fins de la présence éventuelle d'une collusion et permettent ainsi de mieux comprendre ce qui se passe chez le patient, en nous et dans la relation.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

#### IMPLICATIONS PRATIQUES

- La collusion est un phénomène largement inconscient qui peut entraver la relation clinicien-patient et avoir des conséquences néfastes pour la prise en charge
- Un effort d'introspection, éventuellement appuyé par des moyens spécifiques (supervision, groupes Balint, etc.) peut permettre d'identifier la collusion et ainsi faciliter le travail clinique du praticien
- Les facteurs contextuels, institutionnels et sociétaux peuvent contribuer à la collusion et les cliniciens doivent en être conscients

1 \*\*Willi J. The concept of collusion: A combined systemic-psychoanalytic approach to marital therapy. *Family Process* 1984;23:177-85.

2 Fox R, Carey LA. Therapists' collusion with the resistance of rape survivors. *Clin Soc Work J* 1999;27:185-201.

3 \*Stiefel F, Nakamura K, Terui T, et al. Collusions between patients and clinicians in end-of-life care: why clarity matters. *J Pain Symptom Manage* 2017;53:776-82.

4 Stiefel F, Nakamura K, Terui T, et al. The collusion classification grid: a supervision and research tool. *J Pain Symptom Manage* 2018;55:e1-e3.

5 Stiefel F, Nakamura K, Ishitani K, et al. Collusion in palliative care: an exploratory study with the Collusion Classification Grid. *Pall Supp Care* (in press).

6 Stiefel F, Marion-Veyron R, Englebert J. L'hôpital comme espace et comme territoire. *Rev Med Suisse* 2018;14:324-6.

7 Montgomery SL. Codes and combat in biomedical discourse. *Science as Culture* 1991;2:341-91.

8 \*Zimmermann C. Denial of impending death: a discourse analysis of the palliative care literature. *Soc Sci Med* 2004;59:1769-80.

9 Schaad B, Bourquin C, Bornet F, et al. Dissatisfaction of hospital patients, their relatives, and friends: Analysis of accounts collected in a complaints center.

*Pat Educ Couns* 2015;98:771-6.

10 Tzartzas K, Oberhauser PN, Marion-Veyron R, et al. General practitioners referring patients to specialists in tertiary healthcare: a qualitative study (submitted).  
11 Stiefel F, Bourquin C, Saraga M. Losing the "person" in personalized medicine. *Psychother Psychosom* 2017;86:300.

\*à lire

\*\*à lire absolument