

Le médecin, sa clinique et l'institution: le cas du patient suicidaire

Dr LAURENT MICHAUD^a, Dre CÉLINE BOURQUIN^a, Pr FRIEDRICH STIEFEL^a et Dr MICHAEL SARAGA^a

Rev Med Suisse 2021; 17: 286-8

Parallèlement à ce qu'ils éveillent chez les cliniciens – les psychanalystes parlent de contre-transfert –, les patients ont des effets sur l'institution. La suicidalité en fournit un bon exemple. Au niveau individuel, la rencontre avec les patients suicidaires suscite des affects intenses et souvent négatifs. Au niveau institutionnel, ces patients, difficiles, rappellent les suicides passés et leurs effets traumatiques; ils peuvent être ambivalents vis-à-vis des soins et ne se conforment pas au rôle «attendu» des malades. En réaction, on peut observer des mouvements délétères, comme le développement de procédures trop focalisées sur l'évaluation du risque. Pour les prévenir, l'institution doit offrir aux cliniciens qui la font et la soignent un cadre pour penser leur relation aux patients, au métier et à l'institution elle-même.

The physician, the clinical practice, and the institution: the suicidal patient

Patients and their clinical predicaments have an impact on clinicians (that psychoanalysis frames as countertransference), but also on medical institutions. Suicidal patients provide a potent illustration of such phenomena. At the individual level, they evoke intense, often negative affective reactions. At the institutional level, they are also «difficult» patients, who often do not conform to the classical, «expected» sick role. This can result in policies too focused on risk assessment and strict procedures, potentially detrimental to proper care. To prevent such defensive attitudes, institutions should provide clinicians an environment in which they are able to work through their relationships with patients, but also with the medical profession and institutions.

INTRODUCTION

La médecine moderne est peut-être née, comme le suggère Foucault, de l'ouverture de «quelques cadavres» par les anatomopathologistes de l'École de Paris; mais la pratique de la clinique implique le plus souvent une rencontre avec un patient encore vivant. La psychanalyse s'est intéressée à ce que cette rencontre éveille du côté du patient, notamment ce qu'elle a théorisé et désigné comme «transfert». La psychologie médicale¹ a, elle, mis l'accent sur l'expérience de la maladie et des soins, et les mécanismes d'adaptation mis en œuvre par les patients, défenses inconscientes ou *coping*. Ce que la

rencontre suscite chez le clinicien a tendance à passer plus inaperçu. Mais là aussi, il faut relever les efforts de la psychanalyse. Freud proposera le contre-transfert comme complément à la notion de transfert.² Initialement, le contre-transfert est envisagé comme une entrave qui vient perturber le bon déroulement de la cure, un mouvement inconscient chez l'analyste, dont une bonne analyse personnelle devrait le débarrasser. Avec Ferenczi, un des élèves les plus créatifs de Freud, le contre-transfert devient non seulement un phénomène inévitable dont il ne s'agit plus de s'affranchir, mais une ressource utile au traitement. Les réactions de l'analyste permettent un ajustement, elles peuvent donner des indications précieuses sur le patient et le déroulement de la thérapie. Balint, poursuivant les travaux de Ferenczi, a finalement montré que le contre-transfert n'est pas limité à la cure analytique et qu'il s'agit d'un phénomène lié à la situation de soins. Ces travaux, au-delà de leur intérêt pour les psychanalystes, ont contribué à faire admettre dans les milieux cliniques que le contact avec les patients peut profondément affecter les soignants.

Cette question – comment le clinicien est mobilisé par sa rencontre avec le patient – est une préoccupation centrale de la psychiatrie de liaison et un objet de recherche et d'enseignement au sein de notre service. Nos efforts vont dans le sens de l'élargir, en situant ces enjeux dans leur contexte: le clinicien est affecté non seulement par le patient, mais aussi par les contraintes institutionnelles et sociétales auxquelles il est soumis, comme on le voit dans notre autre article de ce numéro (Stiefel et coll.). Il s'agit là cependant d'une dynamique complexe car les patients et les enjeux cliniques ont, en plus de leur impact direct sur le clinicien, eux-mêmes un effet sur le système de soins et la société, comme nous allons le développer dans le présent article. En médecine somatique, la pandémie de Covid-19 est un exemple éclatant de l'impact du contexte sociétal sur les cliniciens, déjà touchés par la situation au même titre que tout citoyen, et dont la pratique doit s'arranger de contraintes multiples et souvent contradictoires (suivre les patients sans les exposer, soigner la personne en préservant les ressources médicales pour la collectivité, alarmer la population mais aussi la rassurer, etc.). On peut aussi penser, par exemple, à l'émergence de groupes de patients comme les militants d'Act Up³ qui ont joué un rôle majeur dans l'évolution des pratiques dans le domaine du sida. Nous allons illustrer ces dynamiques complexes entre monde social, clinicien et patient à partir d'une réflexion sur le suicide, enjeu particulièrement difficile pour les psychiatres et pour tous les cliniciens. Sur la base de la littérature et de nos propres recherches, nous discutons ainsi de la façon dont les cliniciens, mais aussi plus largement les institutions de soins, sont affectés par la rencontre avec la personne suicidaire.

^aService de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne
laurent.michaud@chuv.ch | celine.bourquin@chuv.ch
frederic.stiefel@chuv.ch | michael.saraga@chuv.ch

IMPACT DE LA SUICIDALITÉ SUR LES CLINIENS ET LES INSTITUTIONS DE SOINS

D'un point de vue théorique, de nombreux éléments peuvent expliquer les effets des patients suicidaires sur le clinicien. D'abord, le projet suicidaire est antinomique avec l'idéal soignant et avec tout un système de normes et valeurs qui fondent l'action médicale. Il vient ensuite interroger ce que le clinicien se représente de sa capacité thérapeutique, voire attaquer ses fantaisies de toute-puissance.⁴ L'impossibilité de contrôler totalement la situation peut par ailleurs être très difficile, en particulier lorsque les efforts thérapeutiques butent sur la répétition de tentatives de suicide.⁵ Finalement, la suicidalité vient toucher des questions de vie et de mort qui, souvent, renvoient à des expériences antérieures marquantes, privées ou professionnelles, chez le clinicien. La littérature scientifique confirme les difficultés liées à la rencontre avec des patients suicidaires. Ainsi ont été mises en évidence des réactions souvent négatives, parfois intenses, chez le clinicien, du type du désintérêt, de l'anxiété, de l'accablement, du rejet, de l'impuissance ou de la détresse,⁶ qui peuvent aller jusqu'à une «haine dans le contre-transfert», comme cela a été proposé par Maltsberger à la suite de Winnicott.^{4,8} Dans une étude récente, nous avons aussi pu montrer comment un diagnostic de trouble de personnalité chez le patient suicidaire est associé à des mouvements d'aversion chez le clinicien, alors que l'idée suicidaire suscite chez lui plutôt du découragement, voire du désespoir.⁶ Ces réactions dépendent des caractéristiques personnelles et de l'histoire du clinicien, l'âge ayant par exemple une influence sur l'évaluation du potentiel suicidaire: l'inquiétude du clinicien jeune serait plus grande pour le patient âgé, celle du clinicien âgé plus grande pour le patient jeune.⁸

Si la rencontre avec la personne suicidaire est si particulière dans les réactions qu'elle suscite, c'est bien qu'elle est sous l'ombre du suicide lui-même. Chez le clinicien, la crainte du drame, mais aussi de ses répercussions sur soi, prend de la place. Et on sait, de fait, l'impact durable d'un suicide sur les cliniciens, impact professionnel mais aussi personnel.⁹ Ce constat s'applique à l'institution, sur laquelle les suicides laissent des traces douloureuses et profondes.⁹ Ces événements sont généralement vécus comme des échecs par le système de soins. Ils confrontent les équipes et les hiérarchies à leurs limites et suscitent, sur les plans collectif et individuel, des sentiments de culpabilité et de découragement qui peuvent s'accroître dramatiquement après une série de suicides rapprochés. Cette mémoire, qu'on peut qualifier de traumatique, est réactivée par les patients suicidaires qui convoquent nécessairement avec eux les suicides passés. Ces patients réunissent, de plus, des caractéristiques propres à troubler le système de soins et pas seulement via leurs actions sur les cliniciens. En effet, à la fois auteurs et victimes (potentiels ou effectifs) de leurs actions, ambivalents, voire en refus, par rapport à l'offre de soins, ils ne se conforment pas au

«rôle» généralement attribué aux malades, soumis, désireux et reconnaissants d'être aidés, ce que l'institution a tendance à mal supporter.¹⁰

Au niveau institutionnel, des stratégies de mise à distance de la détresse des patients et des formes de résistance au travail d'élaboration du vécu émotionnel des cliniciens peuvent ainsi se développer.¹¹ C'est ainsi qu'on peut comprendre l'attention excessive portée aux aspects diagnostiques et à l'évaluation du risque (par exemple, par un recours systématique aux check-lists), au détriment de la prise en charge thérapeutique (par exemple, en évitant d'aborder les motivations de la tentative de suicide¹²). La fragmentation des soins et la multiplication des intervenants, évidemment liées à de nombreux autres facteurs, peuvent aussi se comprendre comme des mouvements de dégagement face à ces situations lourdes. Il arrive ainsi que l'institution favorise des décisions cliniques abruptes et parfois incohérentes,¹⁰ entravant les réponses plus adéquates: rencontrer l'autre et contenir sa détresse, en l'inscrivant dans une histoire et dans une temporalité ouvertes.

Cette dynamique d'interdépendance et les influences mutuelles entre le patient, le clinicien et son contexte sont bien mises en lumière par les questions que soulève l'éventuelle hospitalisation d'un patient suicidaire. Une étude qualitative en cours dans notre service s'intéresse à la façon dont les cliniciens des urgences psychiatriques composent, dans ces situations, avec des injonctions souvent contradictoires. D'une part, l'hospitalisation a tendance à être envisagée seulement comme un dernier recours pour trois raisons. Elle est d'abord perçue comme un mal en soi (stigmatisante, aliénante, favorisant la régression) auquel il faudrait toujours préférer une «alternative» ambulatoire (a). Il s'agit ensuite de ne pas surcharger l'hôpital («toujours plein») (b). Enfin, les hospitalisations contraintes (certes un cas particulier) apparaissent elles aussi comme un mal en soi, leur nombre pouvant même être considéré comme «indicateur qualité»: plus rares seraient les hospitalisations contraintes, meilleurs seraient les soins (c). D'autre part, le clinicien est enjoint d'assurer la sécurité du patient, selon un principe de précaution qui peut aller très loin. On voit ainsi se développer des politiques institutionnelles «zéro suicide»¹³ qui nous paraissent relever d'une utopie préventive problématique. Ces injonctions (le patient libéré versus le patient protégé) peuvent susciter tensions et conflits, avec le patient mais aussi avec les collègues, sur l'attitude adoptée, et ce, qu'elle aille dans le sens de l'hospitalisation ou non.

CONCLUSION

Après ce tableau peut-être un peu sombre de la situation du clinicien et des institutions face au patient suicidaire, il est temps d'évoquer ce qui peut être fait pour les aider à composer avec cette réalité difficile. Au niveau individuel, la psychanalyse propose de travailler sur le contre-transfert en passant par un travail personnel comme une cure analytique sur le divan. Il s'agit là évidemment d'une démarche coûteuse à divers égards, plutôt choisie par les spécialistes. D'autres dispositifs existent, y compris en médecine somatique. On peut citer par exemple la supervision individuelle ou en groupe auprès d'un collègue aîné ou d'un psychiatre ou psychologue,

⁸ Toute une littérature envisage la perception et les attitudes négatives dont peuvent être victimes les patients suicidaires dans les lieux de soins comme une forme de stigmatisation, corollaire aussi de phénomènes sociétaux plus larges (honte et tabous liés au suicide).⁷ Nous pensons que ces mouvements peuvent aussi se comprendre comme une défense contre les réactions du clinicien que nous décrivons ici, et en particulier les affects négatifs.

les interventions entre pairs, les groupes Balint et les groupes Osler.¹⁴ L'enjeu est toujours de permettre au clinicien de s'interroger sur ce qu'il amène à la relation, mais aussi d'identifier les contraintes exercées par l'institution et le contexte sociétal sur la rencontre avec le patient.¹¹ Au niveau institutionnel, si des directives cliniques claires dans le domaine du suicide ont leur utilité, on devrait se méfier des tentations simplificatrices qui cherchent à supprimer le clinicien de l'équation par la mise en place de procédures rigides. Il s'agira aussi, dans la manière dont on intervient après un suicide (la postvention, un domaine encore négligé), d'éviter que les efforts légitimes pour diminuer le nombre de suicides aient pour effet d'envisager chaque suicide comme le résultat d'une erreur et de favoriser ainsi une culture du blâme.¹⁵

On pourrait souhaiter d'une institution qu'elle offre au clinicien un cadre lui permettant de soigner sa relation au patient, au métier et à l'institution elle-même, et de l'élaborer. Il sera ainsi en mesure d'accueillir et de supporter ce à quoi la clinique le confronte. Il pourra aussi, par son engagement critique, aider l'institution à rester vivante et bienveillante, c'est-à-dire éviter les crispations stériles sur des directives et prévenir les mouvements d'agressivité envers les patients. Nous avons choisi le suicide comme exemple des dynamiques complexes entre clinique, clinicien, et contexte institutionnel et sociétal. On peut trouver des phénomènes similaires plus largement en médecine, autour des directives anticipées, de la

décision clinique partagée, de l'erreur médicale, mais aussi dans les situations de chronicité, d'impuissance, dans la confrontation avec le déclin, la mort – en d'autres termes, dans tout ce qui fait le quotidien des médecins.

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les patients suicidaires peuvent susciter des affects intenses, souvent négatifs, chez le clinicien
- L'ambivalence de ces patients par rapport au soin et le spectre du suicide qu'ils amènent avec eux pèsent lourdement sur l'institution
- La rigidification du fonctionnement, le focus sur l'évaluation du risque ou la fragmentation des soins peuvent être des réactions défensives de l'institution
- Les institutions devraient offrir à leurs cliniciens des dispositifs leur permettant de penser et d'élaborer ces mouvements défensifs, comme des supervisions, des groupes Balint ou des groupes Osler

1 Schneider PB. Psychologie médicale. Paris: Payot, 1969.

2 Freud S. Perspectives d'avenir de la thérapie analytique. La technique psychanalytique. 1910:23-34.

3 Epstein S. La grande révolte des malades. Histoire du sida. Paris: La Découverte, 2001.

4 *Maltsberger JT, Buie DH. Countertransference Hate in the Treatment of Suicidal Patients. Arch Gen Psychiatry 1974;30:625-33.

5 Jobs DA, Linehan MM. Managing Suicidal Risk. A Collaborative Approach. 2e éd. New York: Guilford Publications, 2016.

6 Michaud L, Ligier F, Bourquin C, et al. Differences and Similarities in Instant Countertransference Towards Patients with Suicidal Ideation and Personality Disorders. J Affect Disord 2020;265:669-78.

7 Saunders KE, Hawton K, Fortune S, Farrell S. Attitudes and Knowledge of Clinical Staff Regarding People Who Self-harm: A Systematic Review. J Affect Disord 2012;139:205-16.

8 Berman NC, Tung ES, Matheny N, Cohen IG, Wilhelm S. Clinical Decision Making Regarding Suicide Risk: Effect of Patient and Clinician Age. Death Stud 2016;40:269-74.

9 Séguin M, Bordeleau V, Drouin M-S, Castelli-Dransart DA, Giasson F. Professionals' Reactions Following a Patient's Suicide: Review and Future Investigation. Arch Suicide Res 2014;18:340-62.

10 **Smith MJ, Bouch J, Bradstreet S, et al. Health Services, Suicide, and Self-harm: Patient Distress and System Anxiety. Lancet Psychiatry 2015;2:275-80.

11 *Yakeley J. Psychoanalysis in Modern Mental Health Practice. Lancet Psychiatry 2018;5:443-50.

12 Redley M. The Clinical Assessment of Patients Admitted to Hospital Following an Episode of Self-harm: A Qualitative Study. Soc Health Illn 2010;32:470-85.

13 Castle DJ, Goldney RD. Is a Zero Suicide Target Defensible and Sensible? Austral Psychiatry 2018;26:671.

14 Giroud S, Grandjean A, Jahns F-P, et al. Le groupe « Osler » : une nouvelle opportunité pour réfléchir sur le « devenir médecin ». Rev Med Suisse 2018;14:2104-8.

15 Michaud L, Stiefel F, Moreau D, et al. Suicides in Psychiatric Patients: Identifying Health Care-Related Factors through Clinical Practice Reviews. Arch Suicide Res 2020;24(Suppl.2):S150-64.

* à lire

** à lire absolument