

Les pièges de la souffrance

6

par Yves Bécotte
avec la collaboration du Dr Gauthier Bastin

Un père de famille cherche éperdument dans la prière le miracle que la médecine moderne et les médecines douces n'ont pu lui donner. Ce sexagénaire me dit : « Je suis croyant, je prie pour un miracle qui ne vient pas. La science ne peut rien pour moi. Ma vie est finie. Je suis dans le désespoir. J'ai terriblement peur de mourir. Pouvez-vous m'aider ? »

LA VIE HUMAINE se termine-t-elle au moment où la sentence de mort est prononcée? A-t-elle une moindre valeur lorsque la personne a une maladie grave? Notre propre perception de la vie humaine et de la souffrance joue un rôle dans la manière dont nous interagissons avec les personnes que nous côtoyons. Cette vision de l'être humain et de la souffrance prend racine dans les premières années de notre vie et influencera nos pensées et nos actions futures en lien avec les émotions qui y correspondent (Freud, Perls, Berne, Miller, Cyrulnik, etc.). Les grands courants de la psychologie s'accordent sur ce point, tout en proposant des modèles d'intervention en fonction de leur approche respective.

Cet article traitera donc des pièges de la souffrance chez les différents acteurs qui gravitent autour d'un patient atteint d'une maladie grave, voire mortelle. Cette démarche sera ponctuée d'exemples mettant en évidence la place du patient et de sa famille, de même que celle des professionnels, ainsi que les enjeux respectifs et les interventions possibles. L'objectif n'est donc pas de trouver une solution à tout prix, mais bien d'amorcer une réflexion utile sur l'accompagnement d'une personne en fin de vie.

Le patient, sa famille, son médecin ainsi que les divers intervenants s'inscrivent chacun dans une histoire qui leur est propre et ont chacun leur manière d'être en relation avec les autres (Cyrulnik, Elkaim, Satir, Walzlavick). Ainsi, lorsque nous entrons en relation avec les gens qui nous en-

treignent, nous le faisons virtuellement avec toute notre famille et en fonction de nos antécédents sociaux. Ce processus se fait d'une manière machinale et, le plus souvent, inconsciente. C'est là que se situent les pièges. Nous rejouons d'une certaine manière les enjeux de notre enfance avec nos peurs, nos colères, nos peines et nos joies. C'est ce qu'Alice Miller¹ appelle la compulsion de la répétition de la blessure d'enfance. Cette mise en boucle de la souffrance se répète tant et aussi longtemps que la souffrance n'est pas ressentie et soignée (figure 1).

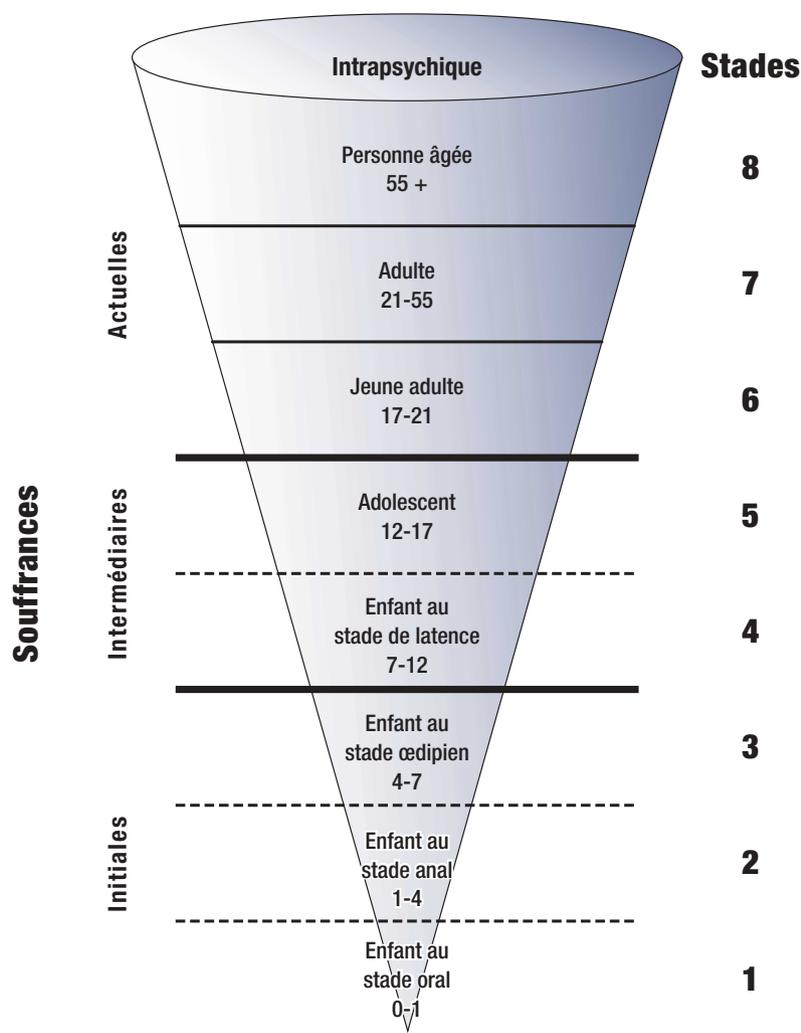
Premier piège : la peur

Reprenons l'exemple de cet homme qui sombre dans le désespoir et qui demande à l'intervenant « Pouvez-vous m'aider ? ». Cet homme a toujours régi le monde qui l'entoure, tant dans sa vie personnelle que professionnelle. La polarité de ce « contrôle qui impose » a pour fonction principale d'éviter de ressentir la peur qui l'habite². Tant que cette façon de faire fonctionne, tout semble bien aller. Lorsque ce n'est plus le cas, tout s'écroule. Le patient commence alors à ressentir la peur qui l'étreint intérieurement. Lorsque son médecin lui annonce une maladie mortelle, se met alors en mouvement toute une série de mécanismes psychiques et systémiques pour lui permettre de gérer le traumatisme. D'une part, ces mécanismes renvoient au processus de deuil relevé par différents chercheurs, dont la pionnière est Élisabeth Kübler-Ross³ qui a proposé un modèle en cinq étapes : le déni, le marchandage, la colère, la peine et l'acceptation. D'autre part, se mettent en place des mécanismes spécifiques à chaque famille. Les membres vont alors gérer cette nouvelle en obéissant aux règles anciennes, par exemple : « Sois fort, sois gentil, fais des efforts, sois parfait, dépêche-toi »⁴. C'est l'organisation du lien qui est mis en place et qui influera

M. Yves Bécotte, thérapeute conjugal et familial (tcf), est membre de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec et exerce à l'Unité de soins palliatifs de l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville, à la clinique d'oncologie du Réseau Santé Richelieu-Yamaska, au CLSC Drummond ainsi qu'en clinique privée à Drummondville.

FIGURE 1

Les stades de développement d'Erikson



Le modèle que nous utilisons au niveau de l'intrapsychique fait référence aux stades de développement d'Erikson qui sont au nombre de huit et qui comportent leur enjeu spécifique. Selon Erikson, nous ne pouvons passer à un autre stade sans avoir intégré le précédent. C'est ce qu'il appelle le principe épigénétique. Les différents auteurs s'accordent pour dire que les souffrances de l'enfance sont celles qui modèlent la personnalité. C'est ce que nous appelons les souffrances initiales des trois premiers stades. Il y a ensuite les souffrances intermédiaires qui peuvent occasionner d'importants blocages de guérison. Et enfin, il y a les souffrances actuelles qui sont liées aux différents événements de notre vie d'adulte et qui parfois nous renvoient à nos souffrances intermédiaires et initiales lorsque la réaction est disproportionnée par rapport à la situation vécue.

l'homme est la peur. Elle entraîne alors une réaction de fuite ou d'affrontement, alliée à la polarité méfiance-confiance⁷. Examinons sommairement les effets de cette peur sur le patient, sa famille et son médecin.

Le patient

Le patient tente de gérer sa peur, de la faire disparaître par la maîtrise de son environnement, mais cela ne fonctionne plus. La présence constante de son entourage ne le satisfait guère. Il devient alors de plus en plus exigeant pour sa famille, ainsi que pour le personnel hospitalier. Il a besoin d'être sécurisé à la manière d'un nourrisson. C'est précisément à ce moment que je l'ai rencontré. Après avoir exprimé sa détresse et son désespoir, il m'a expressément demandé: « Pouvez-vous m'aider ? ». Je lui ai alors suggéré de me parler de son désespoir. L'urgence pour cet homme était d'être écouté dans sa peur, voire sa frayeur de mourir. La satisfaction de ce besoin a eu pour effet immédiat de le calmer. Dans le cas contraire, son désespoir aurait été exacerbé. Sans être un spécialiste de la psychologie, le médecin peut aider le patient simplement en le laissant exprimer ses émotions. Par la suite, ce dernier sera ouvert à d'autres types d'interventions. Cette approche misant sur l'écoute reste vraie pour tous les types d'émotions. Seules les interventions peuvent varier selon l'émotion vécue. Cet homme s'est calmé et a pu commencer à parler de sa peur de la mort à ses proches, leur exprimant ses dé-

sur la manière dont la personne vivra son deuil^{5,6}.

Dans notre exemple, l'émotion de base que ressent

ceptions et ses fiertés.

L'interaction conjuguée du personnel hospitalier, de la

famille et du patient donne souvent de meilleurs résultats que l'utilisation de chaque ressource séparément. Cette forme d'intervention répond simplement à l'une des lois systémiques qui stipule que le tout est supérieur à la somme des parties. Dans ce contexte privilégié d'intervention, le patient peut alors se soulager du poids de ses émotions et s'inscrire dans le processus de deuil. Certes, il n'aura peut-être pas le temps de vivre tout le processus jusqu'au bout (acceptation), mais son cheminement permettra à tout le moins de prévenir le deuil pathologique chez les membres de sa famille.

La famille

Lorsqu'un patient a exercé toute sa vie une emprise constante sur sa famille, il la déstabilise lorsqu'il devient soudainement vulnérable. Les mécanismes du système familial se mettent alors en marche pour tenter de préserver la cohésion initiale⁹. Ainsi, chaque membre va, à sa manière, contribuer à maintenir les règles. Par exemple, pour préserver l'unité initiale, la conjointe va soutenir son mari en l'invitant à rester fort et contrôlant. Elle peut aussi déléguer ce pouvoir de soutien à un autre membre de la famille. Dans ce dernier cas, un fils va alors prendre la relève en exerçant le même type d'emprise que le père pour en assumer le rôle. L'objectif de cette stratégie est de lui éviter, ainsi qu'à sa famille, de ressentir la souffrance qui l'habite, soit celle qui est liée au refus de la différence sur le plan de l'autonomie. Qui dit contrôle excessif dit aussi refus de toute manière de faire différente. Ainsi, pour gérer sa peur, cette famille a choisi de se maintenir dans la sécurité de la forme de dépendance affective qu'elle a toujours connue. Le patient et sa famille se fondent l'un dans l'autre dans la peur pour virtuellement ne plus la ressentir². Dans ce cas, il devient alors utile d'accompagner la mère en l'invitant à se demander pourquoi il est important que le patient soit fort ou qu'un fils exerce un contrôle plus important. Par exemple, le médecin peut amener cette femme à se demander ce qu'elle ressent lorsque son

conjoint est vulnérable ou en perte de contrôle. Il importe de respecter les mécanismes de défense de la famille ou de chacun de ses membres. En découvrant et en exprimant ses craintes, la famille va progressivement pouvoir se situer dans son propre processus de deuil. Ce type d'intervention offre un encadrement mieux ajusté à ses besoins de sécurité. En effet, le médecin est généralement la personne la mieux placée pour soutenir le patient et sa famille dans une transition de soins.

Le médecin

Le médecin aura habituellement déjà pris connaissance du dossier du patient et aura peut-être aussi des renseignements supplémentaires au sujet de la famille grâce à un génogramme⁹. C'est à ce moment que le médecin peut se laisser prendre au piège. En effet, sa propre histoire familiale peut inconsciemment se juxtaposer, voire même se fusionner à celle du patient et de sa famille. Ce biais influera malgré lui sur sa manière d'intervenir lorsqu'il doit annoncer un diagnostic de maladie grave ou à issue fatale à un patient. Pour que son intervention soit la plus efficace possible, il doit ajuster sa manière d'interagir en fonction du profil psychologique du patient et de sa famille. Pour ce faire, il doit avoir appris à se situer lui-même dans son histoire personnelle pour mieux prévoir son intervention et les répercussions qu'elle entraîne. Il va être témoin de l'état de choc du patient et de la mise en place du mécanisme de déni. Selon le niveau de maturité du patient, de la famille ou du médecin face à la peur, la réaction du patient peut varier de « normale » à « pathologique ».

Comment le médecin gère-t-il ses peurs ? Cette question est importante, car c'est sur ce registre que le patient et sa famille vont jouer. Si le médecin connaît mal ses peurs ou en fait fi, il met alors de côté sa sensibilité afin de se protéger et ne peut donc l'utiliser pour rassurer son patient et sa famille. Du même coup, il instaure une distance émotionnelle. Il pourra alors imposer une démarche, sûrement

Qui dit contrôle excessif dit aussi refus de toute manière de faire différente. Ainsi, pour gérer sa peur, cette famille a choisi de se maintenir dans la sécurité de la forme de dépendance affective qu'elle a toujours connue. Le patient et sa famille se fondent un dans l'autre dans la peur pour virtuellement ne plus la ressentir.

appropriée d'un point de vue médical, mais pas nécessairement d'un point de vue humain. La manière d'annoncer la nouvelle d'une maladie mortelle est souvent un indicateur de notre façon de gérer notre anxiété face à notre propre mort. Comme nous l'avons indiqué plus haut, il existe deux manières de gérer sa peur : la fuite ou l'affrontement. La fuite pousse le médecin à éviter ce genre de situations dans la mesure du possible pour échapper à son malaise. Dans le cas de l'affrontement, l'annonce va être expéditive afin de ne plus ressentir le malaise inhérent. Un de ces mécanismes est d'autant plus appelé à s'exprimer chez le médecin lorsque ce dernier a établi un lien^{5,6} avec son patient, mais que son sentiment de sécurité intérieure est insuffisant. La clé, pour le médecin, est de pouvoir se situer personnellement face à une situation donnée afin de se dégager de ses propres projections ou malaises face au patient. Une manière d'y parvenir est de se rappeler une rupture abrupte face à une situation, un objet ou une personne pour lesquels il y avait un investissement affectif important. En se rappelant la douleur ressentie à l'époque, le médecin a alors la possibilité d'en prendre soin et de s'en dégager¹.

Le sentiment de sécurité s'installe au cours de la première année de vie. L'émotion de fond qui y est rattachée, lorsqu'elle est mal intégrée, est la peur⁵⁻⁷. Cependant, la peur ne se vit pas exclusivement au cours de la première année de vie. Nous pouvons, par la suite, avoir peur de nous affirmer, peur de déplaire, etc. La peur reste toutefois l'émotion principale de la première année de vie et est mise en polarité dans l'expérience de la méfiance/confiance. Une fois la peur intégrée, un sentiment de sécurité s'installe chez la personne. Il en est de même pour les autres émotions qui s'inscrivent à des stades précis du développement de l'enfant⁷. Examinons maintenant comment agit la colère dans un processus d'accompagnement.

Deuxième piège : la colère

Lorsqu'une personne se met en colère, c'est qu'elle cherche à éloigner un mal présent. Le patient, la famille, le méde-

cin et les intervenants peuvent être à différents niveaux d'intégration et de maturité. En général, la personne gère sa colère dans un processus d'affirmation. Cependant, lorsqu'un drame important survient, la colère peut subitement surgir et bousculer l'entourage. À titre d'exemple, j'ai déjà rencontré au salon de la famille de l'Unité de soins palliatifs, une mère en colère qui critiquait avec ses filles le système hospitalier. Elles en voulaient à un médecin qui, à leurs yeux, n'avait pas dépisté le cancer assez tôt pour permettre la guérison ou du moins allonger la vie de l'être cher. En effet, le malade se serait plaint d'un malaise plus d'un an auparavant, sans qu'une évaluation sérieuse n'ait été faite. Cette colère palpable était ressentie par le personnel hospitalier. Un doute constant pesait sur les soins prodigués. Ces femmes vivaient un tel sentiment d'injustice que leur processus de deuil en était bloqué. Elles confondaient leur perception avec la réalité, même si le médecin leur avait donné les explications nécessaires sur les démarches entreprises.

La famille, qui est solidaire avec le patient, prend le médecin comme bouc émissaire face à la situation vécue. Le médecin, qui se trouve d'une certaine manière enchâssé entre le patient, la famille et le personnel soignant, réagira alors en fonction de sa propre histoire.

Le but ici n'est pas d'évaluer le médecin dans sa pratique, mais bien de permettre l'enclenchement du processus de deuil. Comme la colère est partie prenante de ce processus, le médecin est souvent le premier à la recevoir. Il est alors blâmé de ne pas en avoir assez fait, de s'être trompé, de ne pas être le spécialiste, etc. Les reproches formulés peuvent l'atteindre, car il est un être humain avec ses forces et ses limites. Chacun vit à sa manière la colère que cette situation engendre. Le patient peut ruminer jour et nuit. Il doit à la fois faire face à sa colère d'avoir été mal traité, ainsi qu'à sa peine de quitter les personnes qu'il aime. Il voudrait que justice soit faite, mais le temps lui manque. Il cherche un appui auprès de sa famille, mais trouve chez elle la colère qu'il éprouve envers son médecin. Ce dernier reçoit alors toute cette colère et peut tenter de se faire com-

La famille, qui est solidaire avec le patient, prend le médecin comme bouc émissaire face à la situation vécue. Le médecin, qui se trouve d'une certaine manière enchâssé entre le patient, la famille et le personnel soignant, réagira alors en fonction de sa propre histoire.

prendre, mais en vain. Chacun trouve la situation injuste, et personne ne peut rien y faire.

Nous voyons ici les composantes de base d'une démarche de pardon^{10,11}. C'est l'une des manières de traiter de la colère. Il y a un offensé, c'est-à-dire un médecin qui n'a pas fait tout ce qu'il aurait dû faire aux yeux du patient. Il y a un offensé, le patient qui a l'impression d'avoir été négligé, ce qui va lui coûter la vie ou du moins quelques années de vie.

Le patient

Dans un premier mouvement, il faut recentrer la personne sur ce qu'elle vit en décelant clairement l'offense. Cette démarche est similaire à celle qui portait sur la peur, à savoir laisser le temps à la personne de ressentir et d'exprimer la colère vécue en lien avec son drame. Il s'agit de permettre au patient de bien repérer ce qui fait mal et sa façon d'y réagir, à savoir, dans ce cas-ci, d'avoir été traité à la légère, de ne pas lui avoir fait confiance dans sa capacité de nommer ses malaises physiques, ainsi que ses réactions face à cette situation. Ensuite, on l'aide à accueillir à son rythme et à ressentir intérieurement le mal qu'il a repéré. Ce partage avec quelqu'un qui l'écoute lui permet de cerner les éléments qui le font réagir intérieurement. Dans ce cas-ci, il s'agit d'un fort sentiment d'injustice.

En prenant le temps de bien vivre chacune des étapes précédentes, la personne devient prête à trouver un sens à ce qu'elle vit. Elle pourra s'ouvrir sur ce qui l'habite avec une personne en qui elle a confiance (un membre de la famille, un ami, etc.) afin de revivre les faits et de prendre une certaine distance. Si la réaction affective de la personne est proportionnelle à la situation vécue, une solution acceptable sera possible. Si, par contre, la réaction affective est disproportionnée, c'est qu'elle a probablement un lien avec une expérience personnelle antérieure survenue, en général, pendant l'enfance. Ce discernement est important et va permettre au patient de se tourner vers la situation du médecin et de mieux saisir ce qui s'est passé. En effet, le médecin a ses propres préoccupations, sa propre histoire, avec

ses forces et ses limites, qui font parfois écho à celles du patient. Dans quelle mesure le médecin est-il « responsable » de la maladie du patient ? Ce dernier peut éveiller, à son insu, des colères passées et sur lesquelles le médecin refuse de s'arrêter, faute de l'ignorer ou par crainte de ce qui peut arriver. Tout cela permet au patient de démêler son histoire de celle du médecin, de vérifier l'intention réelle de l'offenseur. Le patient se recentre ensuite sur ce qui se passe en profondeur à l'intérieur de lui et devient capable de trouver une nouvelle manière de faire face à la situation.

En se différenciant de l'autre, le patient entre dans un mouvement de discernement lui permettant, à partir de sa compréhension nouvelle de la situation actuelle, d'apporter une autre solution au conflit et, à partir de cette nouvelle vision, de modifier ou de maintenir sa décision. À ce moment-là, la personne peut opter pour la réconciliation ou pour le détachement.

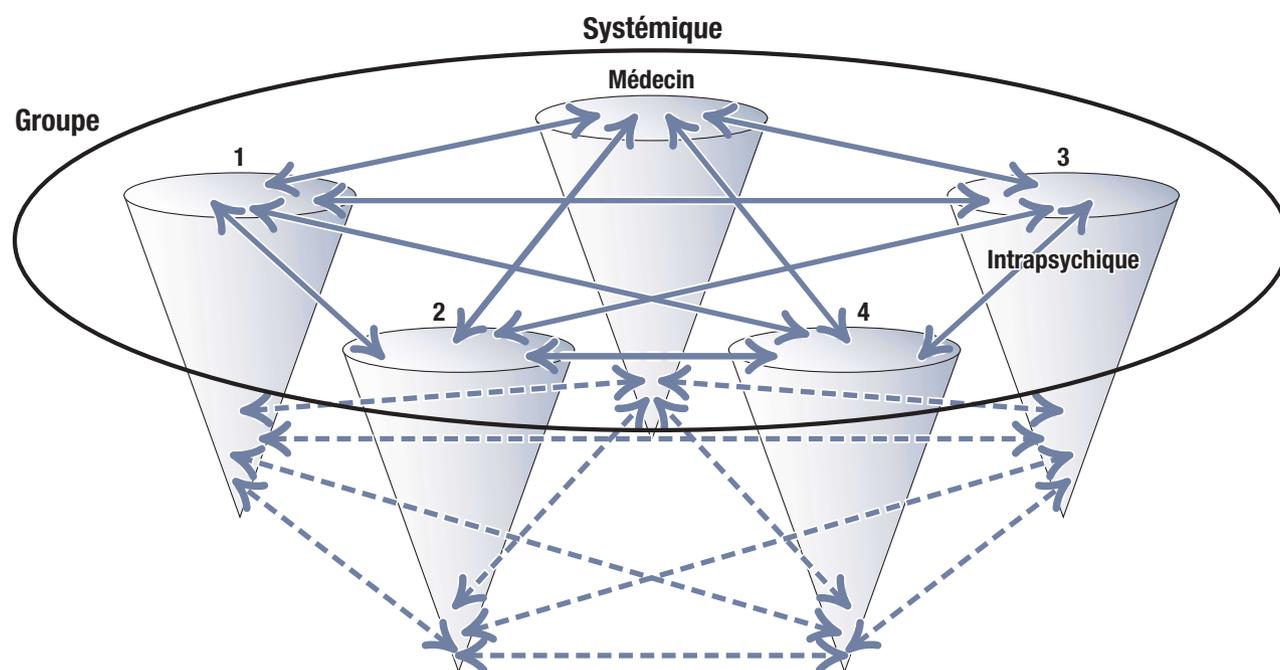
Nous constatons qu'une situation d'offense peut entraîner toute une série d'interventions à la fois simples et complexes. Complexes dans la manière de rendre compte de la démarche de pardon^{10,11} et simples dans la mesure où une écoute authentique et empathique de la personne dans ce qu'elle vit (émotion de colère dans notre exemple) va soutenir spontanément le mouvement de deuil parce qu'il y a place à l'expression de l'émotion vécue. À l'intérieur de ce processus, la famille va soutenir le malade en prenant le médecin et, par moments, le personnel hospitalier comme bouc émissaire du drame vécu.

La famille

Dans une perspective systémique, la famille est comme une entité propre où le tout est supérieur à la somme des parties. Elle a ses règles, ses croyances et ses mythes. Elle va réagir à la crise, à savoir le décès prochain de l'un de ses membres, en utilisant des mécanismes qui lui sont propres. Nous passons du domaine de l'intrapsychique qui intervient dans le processus de développement de la personne à la perspective systémique qui s'intéresse particulièrement à l'organisation des relations en vue du bien commun de

Dans une perspective systémique, la famille est comme une entité propre où le tout est supérieur à la somme des parties. Elle a ses règles, ses croyances et ses mythes. Elle réagit à la crise, à savoir le décès prochain de l'un de ses membres, en utilisant des mécanismes qui lui sont propres.

L'aspect systémique : les relations



Dans un cadre systémique, nous observons comment les relations s'établissent entre les membres d'une famille ou d'un groupe. Donc, chaque individu, représenté ici par un cône, a sa propre histoire et ses expériences de vie qui ont formé sa personnalité, que nous appelons ici l'intrapsychique. Dans un premier temps, nous observons les relations telles qu'elles sont pour comprendre comment le système se met en place (les lignes continues à la surface des cônes). Par exemple, l'épouse parle-t-elle à la place de son mari ? L'enfant cherche-t-il le regard approuvateur du père ? Ces observations permettent de dégager les relations sous-jacentes (les flèches en pointillé à la base du cône). C'est à ce niveau que les enjeux inconscients s'établissent. D'où l'importance pour le médecin et les différents intervenants de bien connaître leurs enjeux personnels s'ils ne veulent pas à leur tour être imbriqués dans le système à leur insu.

chaque membre (figure 2). Des signes avant-coureurs de la crise actuelle devaient sûrement être présents, mais n'ont pas été pris en compte. Une douleur, une souffrance ou un événement caché qu'a vécu la famille et qui n'a pas été exprimé, compris et soigné. Dans notre exemple, le patient est le père. C'est par lui que s'exprime la souffrance familiale. Une manière de faire taire une expression possible de ce mal est de trouver un bouc émissaire. C'est ici que le médecin et par extension le système de santé deviennent, d'une certaine manière, l'ennemi commun de la famille. Les membres font alors preuve d'hostilité envers les personnes soignantes, tout en ayant besoin d'elles pour les soins. Ils expriment continuellement leur sentiment d'injustice envers le médecin. En agissant ainsi, ils ne se sentent pas obli-

gés de ressentir leur peine et, par conséquent, ils ne peuvent pas accompagner intimement le patient. Il en est de même pour le patient. C'est dans de telles conditions que je rencontre l'épouse et ses deux filles.

Je me présente et leur indique mon rôle de psychothérapeute aux soins palliatifs, à savoir accompagner les patients et leurs familles, ainsi que le personnel soignant et bénévole par rapport aux situations vécues. L'épouse m'exprime alors sa colère envers le médecin traitant, appuyée en cela par ses deux filles. Je les écoute, tout en reflétant leur sentiment d'injustice et leur colère. Je les invite à me raconter leur histoire, en prenant soin de relever leur perception de la situation et l'état de leur lien avec le patient. Ensuite, dans un deuxième temps, nous discutons de leur

expérience d'accompagnement du patient. Elles n'auraient fort probablement pas parlé du patient si elles n'avaient pas pu, au préalable, exprimer leur colère. En prenant le médecin comme bouc émissaire, elles bloquaient du même coup les moments d'intimité possibles dans l'accompagnement de l'être cher. En effet, elles taisaient ce qui les habitait intérieurement, soit ce qu'elles ont aimé, ce qu'elles retiennent de leur relation, leur peine de le laisser aller et parfois les manques dans leur relation ainsi que les regrets. Accompagner une personne en fin de vie est souvent une actualisation intense de l'intimité. Les personnes ressentent parfois des émotions importantes qui les mettent mal à l'aise. Elles ont alors besoin d'être soutenues dans l'expression de ces émotions. Dans notre exemple, après avoir verbalisé leur colère, la mère et ses deux filles commencent à me parler de leur relation avec le patient. Peu à peu, elles me mentionnent ce qu'elles ne lui ont pas dit. Elles se remémorent les moments de joie et aussi la peine de ne plus pouvoir en vivre d'autres.

Souvent, les personnes ne veulent pas parler de la mort, que ce soit la leur ou celle d'un de leurs proches. Bien qu'elles en soient très conscientes³, elles veulent juste l'occulter afin d'éviter d'avoir mal. Elles parlent alors des beaux moments et des expériences positives qu'elles ont vécus avec le malade. Le médecin et le personnel soignant deviennent ceux qui les ramènent à une réalité concrète, soit la maladie et la mort prochaine du patient. Certaines familles les prennent alors comme bouc émissaire de leur mal. Il s'agit de revenir ici à ce qu'expriment la famille et le patient. Ces derniers veulent garder un bon souvenir et évitent à tout prix de se faire de la peine. Ainsi, ils parlent des bons moments et de combien ils ont été précieux pour eux. Comme nous l'avons mentionné plus haut, ils savent que la mort est proche : parler des moments heureux, c'est dire que la fin est proche. Plutôt que d'axer la discussion sur la polarité de la mort, il est préférable de l'orienter sur la polarité de la vie. Tôt ou tard, nous reviendrons sur le thème de la mort. Nous respectons ainsi le mouvement de la famille dans son désir d'éviter de parler de la mort, tout en nous en approchant par un bilan de vie avec une personne. Qu'en est-il du médecin lorsque le patient et la famille sont en colère ?

Le médecin

Tout comme pour la peur, le médecin aura à se situer quant à la façon dont il gère sa propre colère, ses frustrations. Cette prise de conscience est importante parce qu'elle

va l'orienter dans sa manière de gérer ses relations avec ses patients. S'il accuse ses patients et son entourage de comportements mal adaptés, il s'inscrit plus dans un processus défensif qui révèle sa propre difficulté. La première question qu'il doit se poser est : Où se situe-t-il dans cette problématique de colère où il est devenu le bouc émissaire du système familial face à la maladie d'un des membres ? Les questions éthiques le concernent personnellement ainsi que son ordre professionnel.

Le médecin doit se rappeler que la colère est une émotion qui a pour but d'éloigner ou de régler un mal présent. Comme bouc émissaire, il devient le responsable de ce mal. La colère s'inscrit dans une polarité d'affirmation par rapport à celle de la honte et du doute explicitée dans le modèle de développement d'Erikson⁷. Étant devenu un bouc émissaire, le médecin doit laisser la famille exprimer son hostilité et sa colère afin d'entendre la blessure sous-jacente, soit la perte d'un de ses membres. Il faut se rappeler que nous sommes devant une famille en souffrance qui utilise différents mécanismes pour ne pas trop ressentir la douleur. L'intervenant doit être suffisamment dégagé intérieurement pour ne pas projeter ses propres malaises lorsqu'il accompagne des patients dans leur drame. Entendre leur histoire, refléter les émotions vécues ne veut pas dire que nous sommes en accord avec ce qui est exprimé, mais que nous comprenons ce qui est dit et vécu. Cette compréhension empathique a des effets très thérapeutiques. En ce sens, le médecin a un rôle pivot dans le déroulement du cheminement de son patient. En effet, un patient qui se sent compris et respecté ne réagira pas de la même manière que celui qui se sent incompris et traité comme un numéro, surtout lorsqu'il est en colère. Le médecin peut alors difficilement soigner, et le patient n'est plus centré sur sa guérison ou son processus de deuil. L'autonomie de chacun est brimée ; la confiance n'y est plus. Même s'il y a un changement de médecin, le patient et parfois sa famille restent méfiants face aux soins offerts. Il faut se rappeler que le médecin a une valeur symbolique très importante ; lorsqu'un des membres de la profession est en difficulté, c'est l'ensemble de la profession qui est atteint aux yeux du patient et parfois de la collectivité. Lorsque le médecin est pris comme bouc émissaire, c'est comme s'il avait l'obligation de guérir le patient. Toutefois, le médecin ne peut offrir que ce que la science médicale permet au moment présent et ce qu'il en a intégré. Il est certes tenu d'offrir tous les soins possibles avec les moyens dont il dispose, mais la guérison n'en est que la conséquence. Elle ne constitue pas une

obligation de résultat. Et c'est dans cette perspective que le médecin est pris comme bouc émissaire, évitant à son patient et à ses proches de ressentir la souffrance engendrée par leur drame. C'est ce drame qu'il s'agit de laisser émerger pour offrir une continuité de soins qui en tient compte. En effet, l'être humain est plus qu'une entité physiologique ; il a aussi une composante psychologique, sociale et spirituelle. Le plus grand piège est de penser qu'il n'y a qu'une perspective d'intervention, peu importe le domaine d'où nous provenons. Écouter la colère du patient, c'est permettre à ce dernier d'exprimer le mal qui l'habite, tant au niveau physique que psychologique, afin qu'il puisse reprendre du pouvoir sur ce qui lui arrive. Encore une fois, le médecin est en première ligne pour intervenir auprès du patient et de sa famille. Cette intervention va ensuite donner une direction aux réactions subséquentes du patient et de sa famille. Certes, le médecin n'a pas forcément tous les talents et toutes les habiletés nécessaires, d'où l'utilité d'une équipe interdisciplinaire. Le médecin a alors le sentiment qu'il n'est pas seul et qu'il a le soutien d'une équipe. La gestion des éléments de crise du patient et de sa famille en est alors facilitée. Ceci est particulièrement vrai dans une situation où le médecin est le bouc émissaire et où le patient ou sa famille refusent souvent de l'écouter.

NOUS AVONS VU que la question des pièges de la souffrance passe d'abord par nous. En effet, la manière dont nous avons appris à gérer nos émotions de peur, de colère, de peine et de joie va dicter notre conduite dans nos rapports avec les autres. Notre façon de gérer nos difficultés va, par conséquent, colorer notre manière d'être en relation. La question de la relation médecin-patient prend alors tout son sens lorsque la maladie et la souffrance sont omniprésentes. L'histoire de chacun va s'imbriquer dans une nouvelle relation ; la souplesse et la sécurité intérieure du médecin ou sa rigidité et son insécurité vont induire une direction dans la manière dont il gèrera sa relation avec le patient. Cela amène la question du travail interdisciplinaire dans le traitement du patient et de sa famille. Nous pouvons citer comme exemple de travail interdisciplinaire en oncologie, le Centre intégré de lutte contre le cancer de la Montérégie (CICM) de l'Hôpital Charles LeMoine. L'équipe interdisciplinaire est fondée sur une mission et une philosophie de soins communes à tous les membres de l'équipe. Il s'agit d'un mécanisme de collaboration entre

les professionnels vers un but commun. Le médecin est la personne de première ligne et le leader en matière de traitement, tant sur les plans physique et psychologique que social. La synergie d'une équipe va alléger la pression envers le médecin, plus particulièrement si ce dernier fait office de bouc émissaire, tout en offrant une efficacité plus grande dans le traitement du patient et des familles.

L'objectif général visé est d'offrir un traitement efficace à un patient qui vit des émotions intenses et qui a des croyances et des attentes qui font obstacle aux soins proposés. Le premier objectif est d'abord d'entendre le patient dans son vécu, tout en exprimant les émotions qui s'y rattachent. Le deuxième, qui se poursuit simultanément avec le premier, convie le médecin traitant à se situer face au vécu du patient. Il doit avoir fait une démarche sur son propre vécu pour ne pas qu'il interfère avec celui de ses patients, de leur famille et du personnel soignant. Ce travail sur soi peut parfois être rébarbatif et d'autres fois très stimulant, mais demeure cependant nécessaire pour se différencier et humaniser les soins offerts au patient et à sa famille. Le troisième et dernier objectif est d'arrimer la famille dans le traitement du patient. Cet élément est important dans un processus de deuil, tant pour le malade que pour la famille. Ainsi, des tensions pourront être dénouées, favorisant les rapprochements nécessaires aux derniers messages et la continuité du processus de deuil. Cette forme de prévention des deuils pathologiques permet de réaliser des économies en frais de soins médicaux et psychosociaux.

En guise de conclusion, nous pourrions ainsi paraphraser Boris Cyrulnik⁵ avec un certain humour : **être en relation médecin-patient, c'est une affaire de famille, en tenir compte demande beaucoup d'énergie, ne pas le faire en coûte encore plus individuellement et socialement.** ☘

Date de réception : 9 janvier 2004

Date d'acceptation : 2 juin 2004

Mots clés : souffrance, deuil, relation, famille, soins palliatifs, peur, colère

Bibliographie

1. Miller A. *Le drame de l'enfant doué : les options de l'adulte*. Paris : PUF ; 1984.
2. Debigaré J. *L'intimité*. Montréal : Le Méridien ; 1995.
3. Kübler-Ross E. *Les derniers instants de la vie*. Genève : Labor et Fides ; 1975.
4. Chalvin D. *Les nouveaux outils de l'analyse transactionnelle 2, pour développer l'énergie des individus et des organisations*. Paris : ESF ; 1986.



Congrès de formation médicale continue FMOQ

S U M M A R Y

The pitfalls of suffering. When tending to the needs of severely ill or dying patients, the doctor intervenes with the complexities of his own person, personality, experience, spirituality, history and psychology. The interactions of our own complexities with those of our patients and their families can bring on conflicting situations. Understanding who we are emotionally can help us interact more efficiently and with less conflicts. Certain families have patterns of action that we can identify and act upon only if we know where we stand on certain issues. The following article takes us through two frequent situations that can bring on pitfalls of suffering.

Keywords: pain, mourning, relation, family, palliative care, fear, anger

5. Cyrulnik B. *Sous le signe du lien*. Paris : Hachette ; 2000.
6. Hanus M. *Les deuils dans la vie. Deuils et séparations chez l'adulte et l'enfant*. Paris : Maloine ; 1994.
7. Erikson EH. *Enfance et société*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé ; 1959.
8. Elkaïm M. *Si tu m'aimes ne m'aime pas – Pourquoi ne m'aimes-tu pas toi qui prétends m'aimer ?* Paris : Seuil ; 1989.
9. McGoldrick M, Gerson R. *Génogramme et entretien familial*. Paris : ESF ; 1990.
10. Fernet R. *Le pardon au risque de l'actualisation de soi*. Boucherville : Fides ; 1999.
11. Monbourquette J. *Comment pardonner ?* Outremont : Novalis ; 1994.

Lectures suggérées

- Cyrulnik B. *Les vilains petits canards*. Paris : Odile Jacob ; 2001.
- Cyrulnik B. *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob ; 1999.
- Miller A. *C'est pour ton bien*. Paris : Aubier ; 1983.

Septembre 2004

16 et 17 **La psychiatrie**
Centre Mont-Royal, Montréal

Octobre 2004

21 et 22 **La gériatrie**
Hôtel Delta Québec

Novembre 2004

du 8 au 12 **L'omnipratique
d'aujourd'hui à demain**
Hôtel Delta Québec

du 20 au 27 **La FMOQ sous d'autres cieux**
République dominicaine

Décembre 2004

9 et 10 **L'omnipraticien
et la santé publique en action**
Hôtel Bonaventure-Hilton, Montréal

Janvier 2005

28 et 29 **La périnatalité**
Hôtel Le Chantecler, Sainte-Adèle

Février 2005

10 et 11 **La santé des femmes**
Hôtel Delta Québec