

Colloque *Médecine et psychanalyse* Toulouse, 29/30 juin 2012

L'avenir de la relation de soin : le transfert est-il en option ?

par Jacques Boulanger¹

La prestation du médecin généraliste est réputée faire une part importante au travail relationnel. L'évolution des pratiques médicales peut amener à se demander s'il ne devient pas plus difficile au généraliste de donner au patient cette part d'écoute dont il exprime souvent le besoin par une demande de soin, une plainte somatique, voire une complainte. Existe-t-il un risque que la dimension relationnelle disparaisse de l'acte médical ? Ce que le patient porte en lui d'angoisse et de dépression, ces deux organisateurs psychiques fondamentaux, est-il imaginable que le médecin-traitant l'ignore, n'en fasse pas cas ?

En médecine, le transfert est-il en option ?

La réponse à cette question est mitigée. Oui et non. Il ne l'est pas si l'on accepte qu'il soit nécessairement présent, inconsciemment actif, dans toute relation médicale, comme dans tout lien asymétrique, hiérarchisé, statutaire, d'autorité.

Je pense ici à l'excellent ouvrage *"Les visiteurs du moi"* d'Alain de Mijolla² qui montre à quel point la rencontre médecin-patient peut être *"visitée"* par les identifications des deux partenaires (les modèles des parents, des grands-parents, du médecin de l'enfance). *"Comment ? Tu n'as toujours pas été voir le médecin !"* lance une grand-mère, tout en emprise incestuelle, à celle qui étant mère est toujours sa fille et dont l'enfant porte une piqure d'hyménoptère. Ces identifications infantiles sont parfois très actives dans la relation au médecin qui mobilise ainsi un transfert qui ne dit pas son nom. Je pense aussi à Balint et au *"médecin*

*premier médicament"*³ : une prescription médicale, commerce entre deux moi, s'accompagne toujours d'une prestation relationnelle, d'inconscient à inconscient, c'est-à-dire d'une prestation sexuelle au sens freudien du terme (sexum, de secare, le même coupé en deux, donc à réunir à nouveau ; la même idée est contenue dans le *συμβολειν* grec, le symbolique opposé au diabolique).

A l'opposé, le transfert en médecine peut être considéré comme optionnel si l'on admet qu'ayant choisi d'être médecin on n'a pas fait le choix d'être psychanalyste. C'est ici poser la question de ce que le médecin doit faire du transfert. S'il perçoit la dimension transférentielle de la demande du patient (*"Pour qui me prend-il ?"*), doit-il pour autant la communiquer au patient (*"Pour qui me prenez-vous ?"*). Nous y reviendrons à propos de l'aspect corporel de la rencontre médecin-patient et de la règle d'abstinence.

Donc, si le transfert en médecine s'impose de lui-même, qu'en faire dans ce cadre médical ?

Il y aurait donc transfert dans le cabinet du généraliste, la cause est entendue. Ce postulat pose alors deux questions : le médecin doit-il se mettre en quête des caractéristiques de ce transfert, et, dans l'affirmative, pour en faire quoi ? Il se trouve en effet que ce transfert peut être maternel, paternel, en référence à des identifications qui peuvent être œdipiennes, préœdipiennes (*"transfert de base"* de Balint) voire archaïques. Il se trouve également que ce transfert peut être positif (transfert trop positif ; exemple clinique à propos d'un cas d'érotomanie) ou négatif (exemple d'un cas de patient obsessionnel et d'attaque maladroitée par le médecin d'un lien fétichisé). Il existe un risque réel, que tout médecin a vécu dans sa carrière, de levée intempestive de clivage au décours d'une consultation. Ce transfert, enfin, comme une liaison sans fil, est modulable, instable, oscillant, pouvant d'une période à l'autre s'inverser, alterner d'un état à l'autre.

¹ www.jacquesboulanger.com

² DE MIJOLLA Alain, *Les visiteurs du moi, fantasmes d'identification*, Belles Lettres, 2003, 3^e édition.

³ BALINT M., *Le médecin son malade et la maladie*, Payot, 2003

J'ai dans l'idée que chez le généraliste il s'agit le plus souvent de ce transfert de base (confiance inconditionnelle, identification maternelle, narcissique, lien sur le modèle de la dyade mère-enfant), plus rarement d'un transfert plus évolué autorisant le conflit, la critique (confiance conditionnelle, identification paternelle, œdipienne, lien sur le modèle surmoïque de la triangulation (introjection du surmoi que représente dans la relation médicale le tiers social, souvent un tiers-payant). Il me semble utile que le médecin réalise dans quelle configuration transférentielle tel ou tel patient, à tel moment de sa vie, évolue afin d'ajuster la réponse relationnelle et thérapeutique au plus près du "pallier de fixation" atteint par le patient comme le dit Pierre Marty⁴. Ceci est particulièrement vrai le jour, inéluctable, où le médecin doit annoncer une très mauvaise nouvelle.

Les contraintes des nouvelles technologies menacent-elles la prise en compte de la dimension transférentielle de l'acte médical ?

Cette autre question est ici à aborder puisque le thème du colloque se situe dans une perspective d'avenir de la relation de soin. Cet avenir risque d'obliger le médecin à inclure dans le temps de la consultation la part invasive des nouvelles technologies d'une part, les nouvelles obligations administratives d'autre part. Ces nouvelles contraintes professionnelles (présence de l'ordinateur, gestion du dossier médical, aide à la prescription, télétransmission, mais aussi recommandations HAS, pression des caisses et médecins conseils, de la déontologie...) renforcent la présence masquée du tiers social, donc du surmoi, dans la relation au patient. Le médecin ne peut pas, dans le même temps, surveiller l'œil de *Big Brother* et soutenir le regard du patient. L'augmentation de ces contraintes surmoïques, exercice cognitif s'écartant de l'émotionnel, risque de réduire ce temps relationnel exclusif, oraculaire, émotionnel inclus, pour le partage duquel, in fine, l'être humain va voir son

⁴ MARTY, P. *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Payot, 1979.

médecin.

Ce rapport au temps dans la consultation a plusieurs aspects : la congruence ou pas des deux temporalités psychique en présence, le temps qu'il faut pour qu'un transfert de base s'installe, le rapport à l'argent qu'implique le rapport au temps dans un cadre d'activité libérale ... Ceci m'évoque ma thèse de médecine⁵ : "*Il y a une façon médicale de nier la mort. Elle passe par une référence forte au groupe professionnel et aboutit à une gestion particulière du temps relationnel*". On peut illustrer ce propos par un exemple concret : la première consultation avec un nouveau patient. C'est un moment où le médecin se dit qu'il va devoir "*prendre le temps*", où il se met en attention soutenue, en vigilance, et, surtout, en accordage émotionnel avec le profil de patient qu'il va assez vite deviner.

Quelques mots de la dimension métapsychologique de la consultation chez le généraliste.

D'un point de vue freudien, la rencontre du généraliste et de son patient est, comme toute rencontre interhumaine, un face à face entre deux organisations psychiques, plus exactement entre deux unités psychosomatiques comme dirait Pierre Marty. Les différentes instances des personnalités en présence vont s'y exprimer, qu'on le dise en terme de première topique (inconscient, préconscient, conscient), ou de deuxième topique (ça, moi, surmoi). Ceci crée ce que Michel de M'Uzan⁶ nomme "une *chimère*", un être mélangé de deux espèces séparées, une configuration transfert-contre transfert qui n'appartient qu'à cette rencontre. Ce rapport est "*sexuel*", nous l'avons dit, au sens freudien du terme, dans la mesure où le ça vise la fusion et le moi la distanciation, la bonne distance que recommande le surmoi. Ce que veut l'inconscient du patient : toujours plus près de l'objet ; ce que cherche à contrôler le moi du médecin : la bonne distance relationnelle ; ce que prescrit le surmoi (déontologie, tiers social) : toujours

⁵ BOULANGER J., *L'attitude du médecin devant la mort*, Thèse de médecine, Toulouse, 1978.

⁶ DE M'UZAN M., *La chimère des inconscients*, PUF, 2008.

réagir (contre-transfert) dans l'intérêt supérieur du patient côté médecin, subir l'influence trans-générationnelle côté patient. L'emprise de la part de surmoi d'origine maternelle, réputée plus cruelle nous dit Mélanie Klein, par exemple, est parfois forte dans le registre médical comme ce reproche de mère (incestuelle) à fille (complice) : "*Tu aurais dû amener ton enfant chez le médecin*".

C'est dire si tous ces "*visiteurs du moi*" sont présents dans le cabinet du généraliste : les identifications, les phénomènes projectifs, vampiriques, adhésifs, autant de distorsions qui manifestent une distanciation, une autonomie difficile vis à vis des objets de l'enfance, d'autant plus difficile que la somatisation induit une régression.

Toucher le corps complique l'exercice

C'est un autre aspect métapsychologique essentiel ici : "*Le moi est corporel*" a dit Freud dans *Le moi et le ça*⁷, et il ajoute : "*Non seulement une entité tout en surface, mais une entité correspondant à la projection d'une surface*". Projection, invitation à toucher, qui s'adresse ici au médecin. Être socialement autorisé (Serment d'Hippocrate : "*Tu ne séduiras pas ...*") à toucher les corps devient toucher le moi, que ce soit sa surface (palper, masser, panser) ou, ce qui est plus délicat, pénétrer ses orifices (dans l'ordre des stades de développement de la libido : bouche, TR, TV). Ce contact intime, sacré, désésexualisé, du corps de l'autre, ce qu'un analyste ne fait jamais (règle d'abstinence) est peut-être l'élément princeps qui interdit au médecin généraliste l'interprétation transférentielle. Il s'agirait ici d'une règle d'abstinence transférentielle qui s'impose au médecin. On ne peut servir deux maîtres, la médecine et la psychanalyse.

Il y a donc le transfert, puis l'analyse du transfert, enfin l'interprétation transférentielle faite au patient. De ces trois temps de la relation thérapeutique, le troisième serait réservé au cadre exclusif de la prise en charge psychanalytique. Restent au médecin

les deux premiers temps.

Aspect psychosomatique.

"*Primum non nocere*" : cette maxime hippocratique préside à une prise en charge psychanalytique d'un genre particulier : celle réservée aux situations où un psychanalyste prend en charge, dans un cadre de traitement pluri focal, des patients atteints de maladies somatiques, souvent graves et irréversibles⁸. Ici, les deux organisateurs psychiques que sont l'anxiété et la dépression sont évalués avec la plus haute vigilance. Dans ce cadre particulier de la cure analytique d'un patient somatique, il s'agit de repérer les mécanismes de défense pour les renforcer, souvent, et ainsi maintenir l'homéostasie. Les interventions du psychanalyste, prudentes, sont plus souvent, comme le dit Anne-Marie Merle-Beral⁹ "*centrifuges*" (loin du transfert) que "*centripètes*" (près du transfert). N'est-ce pas un exercice éclairé vers lequel un généraliste pourrait tendre ? Intégrer le transfert, l'évaluer, pour n'en rien dire mais, au contraire, pour faire en sorte qu'il se maintienne en l'état. La stabilité de la confiance entre le généraliste et le patient serait, en soi, thérapeutique.

Conclusion

En 1927, Freud écrivit un texte sur le fétichisme¹⁰ et créa le concept de clivage. Cette même année le président des Etats-Unis, Théodore Roosevelt faillit périr lors d'une chasse à l'ours ; les citoyens américains moquèrent sa maladresse en arborant un "*Teddy bear*", ce qui donna l'idée à un industriel américain de fabriquer des nounours pour les enfants, idée exportée en France à la Libération. On sait les comportements addictifs créés tôt chez les enfants qui maintiennent ces objets infantiles (suçette, doudou, poussette, ces "*néo*

⁷ FREUD, S. *Le moi et le ça*, 1923, in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1951, p. 237.

⁸ Voir le site de l'Institut de psychosomatique-Pierre Marty à Paris : <http://www.spp.asso.fr/spp/ConferencesSeminaires/Institutions/lpso/index.htm>

⁹ MERLE BERRAL AM, *Le corps de la cure*, PUF, 1994

¹⁰ FREUD S., *Le fétichisme*, GW XIV, 311-317. SE XXI, 147-157. In *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969.

besoins" dénoncés par Diran Donabedian¹¹ ...) bien au delà de leur période sensible. Ces objets contra-phobiques de la petite enfance sont à bien distinguer de l'objet transitionnel décrit par Winnicott¹², dont le besoin chez l'enfant n'excède pas deux ans. L'objet transitionnel, entre six mois et dix-huit mois, ouvre l'enfant à l'intériorité, à la sociabilité, est au service de la pulsion de vie. L'objet contra-phobique, lui, gêne la vie sociale, est au service de la pulsion de mort, tamponne l'angoisse par la sensation immédiate comme dans les conduites addictives.

Sans prise en compte du transfert, l'exercice du généraliste ne risque-t-il pas d'aboutir à une relation fétichisée, fossilisée, porteuse de pulsion de mort ?

¹¹ DONABEDIAN, D., *L'allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre*. Eres, 2003.

¹² WINNICOTT, D.W., *Jeu et réalité*, Gallimard, Paris, 1988. A propos de la limite d'âge, voir p. 10.