



**Fondation  
Après-Tout**

Sous l'égide de

**Fondation  
de  
France**

---

***Accompagner les professionnels au service de l'humain***

**Thèse de doctorat en psychopathologie et psychologie clinique**

**Célia CRISTIA**

**Intentions et processus psychiques dans les prises de décisions à la place d'autrui – Étude  
menée auprès de professionnel·les de soins palliatifs**

***Directeurs : Régis Aubry (CHU Besançon) et Jean-Marc Talpin (Université Lyon 2)***

**Soutenue le 15 janvier 2021**

Lorsque je travaillais en Équipe Mobile de Soins Palliatifs en tant que psychologue clinicienne, je me suis souvent interrogée sur la manière dont nous accompagnions les professionnels à prendre des décisions, lors des procédures collégiales où nous étions conviées, à la place de leurs patients. De même, la notion d'intention, fréquemment utilisée pour « justifier » de certaines prises de décisions relevant du principe du double effet (telle que la sédation profonde et continue jusqu'au décès), me semblait assez opaque, du point de vue de la psychologie clinique.

J'ai alors décidé d'engager un projet de recherche avec l'université Lyon 2, pour lequel j'ai obtenu en 2016 un financement via un contrat doctoral. J'ai mené en 2017 des observations dans deux USP françaises, le jour et la nuit, afin de mieux m'approprier l'atmosphère de la vie dans ces services. Puis, j'ai mené avec les professionnels volontaires, des entretiens qui se sont avérés être des « discussions libres » autour des questions qui m'intéressaient. Plus tard, au moment de travailler sur les données que j'avais recueillies, comme je n'avais pas mené d'entretien psychologique à proprement parler et que je ne pouvais pas analyser l'intégralité des données que j'avais recueillies (plus de 1000 pages d'entretien et 150 pages de notes

d'observation), j'ai décidé de procéder à des « triangulations cliniques ». En utilisant les données d'observation ainsi que celles des entretiens, j'ai rassemblé toutes les informations fragmentées dont je disposais au sujet de trois patients que j'avais rencontrés dans les USP. Les expériences de ces trois patients m'ont semblé en effet être particulièrement intéressantes au vu de la question que je me posais : « comment les professionnels prennent-ils des décisions à la place de leurs patients ? Qu'en est-il de leur intention ? »

M. Aïe<sup>1</sup> est pris en charge par l'équipe de la première USP que j'ai rencontrée. C'est un patient qui met l'équipe à rude épreuve. Il est irascible, parfois agressif et surtout, il est très douloureux mais refuse catégoriquement les antalgiques qu'on lui propose. Or, dans les relèves auxquelles j'assiste, lorsque je demande s'il est capable de décider pour lui-même, l'équipe n'est pas très claire : on me répond parfois que oui, parfois que non (prétextant dans ces cas que l'alcoolisme dont il a souffert l'empêche aujourd'hui de décider). L'équipe est en difficulté pour prendre en charge ce monsieur qui se plaint à chaque manutention. Il va alors être « décidé »<sup>2</sup> de ruser pour lui donner ses médicaments et ceux-ci seront cachés dans ses compotes. Mais le râleur n'est pas dupe : il s'en aperçoit et, me rapporte une aide-soignante, il les cache à son tour... dans sa protection urinaire ! Voilà que l'agacement est de tous les côtés, que la méfiance s'installe en plus du sentiment d'incompréhension. Lors d'un staff matinal, j'en apprend plus sur son refus : son épouse, présente mais discrète, a fait écho de la crainte du vieil homme de prendre des antalgiques. Il s'imagine que ces médicaments peuvent accélérer la survenue de sa mort. Cette précieuse donnée n'est pourtant pas rapportée en plus grande réunion collective et je n'observe pas de démarche de réassurance à l'endroit de ces inquiétudes. Le personnage agace et c'est comme si l'équipe souhaitait inconsciemment passer le moins de temps possible à son chevet ou à parler de lui.

Lorsque je reviens dans le service, quelques semaines plus tard, la situation s'est bien dégradée pour M. Aïe, qui est maintenant presque inconscient. Très passif et incapable de s'exprimer, son corps manifeste pourtant toujours de fortes douleurs. Les professionnels sont toujours en difficulté pour accompagner ce monsieur et j'entends çà et là qu'il « serait temps

---

<sup>1</sup> Ce nom fictif, traduit le *contre transfert* que j'ai éprouvé lors de ma rencontre avec ce patient.

<sup>2</sup> Le terme décidé est ici entre guillemets parce que la décision n'est pas prise collectivement et de manière formelle : c'est en quelque sorte de manière « pré-consciente » que cela se passe. Cela peut être une proposition d'un petit groupe, qui est reprise par d'autres. Le médecin l'apprend et n'en dit rien et la décision se transmet ainsi, sans qu'elle n'ait jamais été véritablement parlée et validée en équipe lors d'une instance décisionnelle.

qu'il parte ». Je ne comprends pas pourquoi, maintenant que M. Aïe ne peut plus les refuser, il ne lui est pas donné de traitement antalgique. Au vu de sa situation médicale et de son état de souffrance manifeste, une sédation profonde et continue pourrait même être envisagée. Quand je l'évoque, pourtant, je sens des résistances du médecin et de l'équipe à y penser ensemble : en tout cas, cette discussion n'est jamais engagée devant moi et rien de tel ne m'est rapporté.

Cette situation, assez dramatique, peut nous éclairer cependant sur les mouvements inconscients qu'une équipe peut avoir dans certaines prises en charge difficiles. L'inconscient peut, depuis les théories de R. Kaës, être pensé au niveau d'un groupe, comme un Appareil Psychique Groupal, qui opère sur les mêmes modalités que l'inconscient intra subjectif (avec des défenses qui ont pour but de préserver une bonne économie psychique). Ainsi, dans cette situation, je fais l'hypothèse que l'équipe, agressée et mise à mal par l'attitude de M. Aïe, utilise inconsciemment son autorité, sa position de pouvoir pour maltraiter en retour le sujet maltraitant. Pour que cela soit tout de même toléré par la conscience des professionnels, la maltraitance prend une parure de bienveillance : on ruse pour lui donner ses médicaments, c'est pour son bien. On peut soutenir que la ruse est réellement une bonne intention. Toutefois, pour les professionnels qui apprennent (en même temps que moi), que M. Aïe est convaincu que les médicaments vont le faire mourir, continuer dans cette stratégie de soin revient manifestement à lui signifier qu'on pourrait le vouloir mort. Les désirs inconscients de mort à l'endroit de M. Aïe sont impossibles à nommer pour l'équipe qui ne peut que continuer d'éviter ce patient dérangeant, pester contre lui en sortant de la chambre, etc.

Dans un second temps, lorsque M. Aïe n'est plus en mesure de refuser les soins, je suis surprise d'observer que les tentatives pour lui administrer des antalgiques s'arrêtent : comme si, dans un effet de miroir, la passivité du patient plongeait l'équipe dans même réaction identique. Comme si la combativité n'était plus de mise. Or, la mise en place d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès relève justement d'une question d'intention. Ce n'est qu'à la condition du soulagement de la personne que ce traitement palliatif peut être mis en place. Se peut-il alors que cette intention ne soit pas tout à fait claire pour l'équipe qui a, pendant plusieurs semaines durant, manifesté une agressivité latente et manifeste à l'égard de M. Aïe ? L'absence de discussion à ce sujet (malgré mes questionnements) m'amène à formuler une seconde hypothèse : les désirs de mort de l'équipe au sujet de M. Aïe ne peuvent plus

être assumés lorsque celui-ci est rendu tout à fait vulnérable. La prise de pouvoir deviendrait si manifeste que la conscience professionnelle ne pourrait pas la supporter. Mettre en place une sédation profonde et continue jusqu'au décès serait bien trop proche (fantasmatiquement), d'une euthanasie (avec intention de tuer) et serait narcissiquement insupportable pour une équipe de soins palliatifs (dont l'idéologie-même repose sur la non-intention de tuer). Ainsi, attendre la fin de vie de M. Aïe semble être un supplice moins dangereux, psychologiquement, que de décider de le sédaté.

Ces éléments illustrent comment la vie d'une équipe, les contraintes liées à l'accueil de situations multiples et très éprouvantes ont aussi un fort impact sur la vie émotionnelle et psychique de cette équipe. La vie psychique, inconsciente, de l'équipe, peut influencer sur ses prises de décision (que celles-ci aient lieu lors d'instances décisionnelles ou pas) ou bien sur l'absence de prise de décision. Alors, des lieux de confiance, sécurisés par une personne tiers formée aux influences de l'inconscient du groupe, peuvent permettre de dénouer certains pactes dénégatifs. Faire témoignage avec authenticité de ses difficultés dans la pratique, pouvoir parler de ses propres limites dans la relation, mais aussi des sentiments négatifs (agressivité, désir de mort/d'exclusion...) à l'égard des personnes que nous accompagnons, devient un préalable au soin. L'agressivité est un sentiment constitutif de la position soignante (trop souvent perçue sous le seul registre de la bienveillance). Accueillir les dissensus et donc les paroles subversives dans un groupe peut donner une chance à ces mouvements inconscients d'équipe de se résorber et d'être mieux compris par chaque professionnel. Prendre conscience de sa propre agressivité, c'est donner au groupe l'occasion de la réguler.

La bienveillance est un travail qui passe par des processus réflexifs et émotionnels qui peuvent être denses, et il devient alors de notre responsabilité professionnelle d'accorder aux personnes que nous accompagnons, cette chance d'en bénéficier.