

# L'écoute à deux

(Valérie NICOLLEAU, Matthieu BUREAU - Communication ; 4<sup>ème</sup> Colloque Aquitain de soins palliatifs ; oct. 2013)

**Dans un premier temps nous aborderons la notion de relation de soin spécifiquement adressée à une personne dont le corps est profondément en souffrance, et sa fin de vie plus ou moins proche, qu'elle en ait conscience ou non.**

**Dans un second temps, nous préciserons la notion d'écoute dans le soin, notamment avec les patients que l'on dit « difficiles » et ainsi la nécessité de ce que l'on va appeler, d'un mot un peu barbare, le contre-transfert et le transfert.**

**Nous terminerons sur l'écoute à deux, qui met en jeu d'autres interactions, mais dont l'utilité nous apparaît précieuse dans ces situations.**

**Nos vignettes ne seront que des extraits du travail que nous avons effectué avec nos patients. Elles sont donc incomplètes mais servent ce que nous voulions illustrer.**

Le poète anglais John DONNE écrivait en 1624, avec une belle intuition poétique :  
« *N'envoie jamais demander pour qui sonne le glas ? Il sonne pour toi...* »

Quand on meurt, on ne meurt pas seul. Quand on meurt, qu'est-ce qui meurt avec soi ou survit après soi ?

Cicéron ne disait-il pas : « *La vie des morts consiste à survivre dans l'esprit des vivants* ».

Mourir c'est se séparer de façon irrémédiable.

Mourir implique sa famille, ses enfants, son couple, son histoire. Beaucoup de choses se rejouent à ce moment là, et au regard de cela, des problématiques et remaniements profonds qu'imposent l'advenue de la mort, il peut être intéressant voire nécessaire de s'y confronter à deux.

Pour pouvoir supporter ce que cela a de complexe et d'insoutenable tant dans les limites que cela nous renvoie (la mort aura toujours le dernier mot), que dans les mouvements que cela provoque parfois et que l'autre peut repérer et nous aider à soutenir.

Nos réactions face au malade, face à sa famille, face aux collègues, face à l'institution sont bien souvent complexes et ambivalentes. Ainsi, on ne peut pas faire l'économie d'une prise en charge globale du patient qui intègre son entourage, et nous même. Un entourage souffrant lui aussi, se sentant parfois exclu ou incompris par l'institution qui serait, elle, garante des bonnes pratiques. Un entourage (incluant les soignants, les accompagnants) parfois démunis. C'est dire qu'il convient d'analyser la souffrance inter-agissante entre tous les protagonistes. La réponse qu'on y apporte trop souvent peut se solder par de l'incommunicabilité, chacun cherchant à la fois à protéger l'autre et à préserver son espace intérieur pour ne rien découvrir de ses propres angoisses de mort et de ses fragilités.

## **La relation de soins**

PICHON RIVIERE écrivait : « *Il n'y a pas de psychisme en dehors du lien à l'autre* ».

La relation de soins repose sur l'indentification et sur la mise en mots des interactions entre patient et soignant. Elle implique une acquisition des attitudes relationnelles requises par tous les évènements de soin qui se construit par l'expérience et par une confrontation personnelle à la situation, avec une possibilité de verbalisation.

Chaque patient est unique, chaque soignant aussi, chaque rencontre est donc singulière.

La relation de soins implique le respect de la pudeur du patient, la prise en compte de sa souffrance comme de sa douleur et la valeur accordée à sa parole.

Ces dispositions contribuent à limiter les effractions narcissiques de la maladie et la dépendance, en lui restaurant sa position de Sujet, et la confrontation à la condition de mortel en le replaçant dans une dynamique de Sujet désirant tant qu'il est possible et au regard bien évidemment de l'histoire et du fonctionnement de chacun.

## **La personne malade – Le corps, une de nos assises narcissiques**

Un corps mis à nu nécessite le renoncement à la maîtrise de ce corps (rythmes et rites différents et éloignés de ceux du quotidien), l'abandon de ce corps au regard et aux mains d'autrui.

Le corps n'est pas une machine dont on peut s'extraire, il est constamment à l'arrière plan de la vie psychique. Les zones corporelles intimes possèdent un statut spécifique et leur dévoilement implique nécessairement un état de malaise plus ou moins consciemment ressenti. Il ne s'agit pas de dévoilement de soi culturellement accepté (consultation médicale, relation sexuelle ou rapport étroit qui se développe entre le corps maternel et le corps du bébé). Il s'agit d'une exposition permanente à l'investigation de l'autre. Plus la maladie présente un degré de gravité vital, plus cet abandon est nécessaire et intrusif. Non seulement le patient expose ses parties intimes, mais aussi l'intérieur de son corps, domaine du caché par excellence, avec le sentiment de honte d'avoir en soi quelque chose de mauvais qui abîme l'intérieur et qu'il est impuissant à contrôler. Sentiment de honte en lien avec à la perte de l'estime de soi.

Lorsque le sujet est contraint de dévoiler brutalement et durablement ce qui relève de son intimité.

Lorsqu'il doit se défaire des protections habituelles et nécessaires, qui forment une frontière entre ce que l'on montre de soi et ce que l'on garde en soi.

Lorsque les questions concernant la vie et la mort s'augurent consciemment ou inconsciemment...

On rencontre un sujet dont le corps et la dégradation du corps sont au centre de ses ressentis et de ses préoccupations. L'écoute d'un tel sujet ne peut pas en faire l'économie. On écoute un sujet au corps malade, dans cette singularité là...

On peut par exemple écouter en caressant une main, une épaule, en donnant à boire ou à manger, permettant un certain « handling » [au sens Winicotien ] qui tiendrait ou retiendrait si nécessaire. C'est là toute la singularité et la complexité de l'écoute en soins palliatifs.

Dans cette singularité là, d'un sujet dont le corps échappe, dont la vie s'en échappe... Que peut-on, chacun d'entre, nous écouter ? Peut-on tout écouter ?

La demande, explicite ou implicite, faite à un soignant est d'être efficace, celle faite au psy est probablement d'être dans l'écoute des affects dans une position moins opérationnelle.

Notre expérience nous a amenés cette question : un médecin oncologue, qui fait un diagnostic, une annonce, met en place une chimiothérapie, y croit, et suit l'évolution de la maladie de son patient... Ce médecin là peut-il être aussi à l'écoute des angoisses de fin de vie ?

Peut-être pas... On ne peut pas tout faire... On ne peut pas être dans l'efficace, dans l'opérationnel, dans l'espoir et, à l'orée de la vie, être en mesure d'écouter les angoisses d'un patient qui échappe au traitement et de supporter ses larmes ou son effondrement.

C'est probablement tout l'intérêt de la présence des psy dans une équipe de cancérologie, ni tout à fait dedans, ni tout à fait dehors. C'est tout l'intérêt de l'existence des équipes mobiles de soin palliatif, dans le relais extérieur qu'elles sont en mesure de prendre, parce qu'elles ne ressentent pas d'échec par rapport au traitement, n'en étant pas les instigatrices et parce qu'elles n'ont pas ce deuil à faire...

## Qu'est-ce que l'écoute ?

ECOUTER : Auscultare :

**Ecouter renvoie à prêter l'oreille, prêter attention avec plus ou moins de consentement, à donner quelques croyances à ce qu'une personne propose, à prendre plaisir à l'entendre, à se laisser aller à un sentiment.**

ENTENDRE : Entendere :

**(Entendre), renvoie à des notions plus opératoires, diriger vers, comprendre, vouloir, décider.**

**Et peut impliquer une prise de décision qui nécessite d'évaluer la « vérité » de l'autre à l'aune de son propre jugement.**

Le risque étant bien là de clore la question, Il ne s'agit pas de cela dans l'écoute où ce qui compte n'est pas la « Vérité » (avec un grand V) mais la vérité du patient.

Mme B. est en fin de vie, elle décrit des douleurs au bas-ventre récalcitrantes, qui surviennent plutôt la nuit. Au fil de l'entretien, qui agace beaucoup la patiente, elle finit par évoquer ses douleurs comme celles ressenties lors d'un accouchement. Nous apprenons finalement que sa fille aînée avec laquelle elle est fâchée depuis quelques années est enceinte. A la fois, elle ne supporte pas cette idée parce que, sa fille (dit-elle) est incapable de s'occuper d'elle-même et encore moins d'un bébé et à la fois (dit-elle en larmes) elle ne pourra probablement jamais voir cet enfant.

⇒ J'entends que vous avez mal et je peux y donner une réponse (médicamenteuse par exemple, et on peut voir que c'était ici inopérant) et j'écoute votre douleur et nous pouvons chercher à y trouver un sens.

- ⇒ Le fait d'avoir pu mettre des mots sur son histoire, sur sa relation avec sa fille ; le fait de reconnaître son ambivalence vis-à-vis de cette fille si décevante pour elle (elle ne pouvait pas faire à sa place, ni accoucher pour elle), lui a permis d'apaiser cette douleur, même si en effet Mme B. ne verra jamais ce bébé.

Ecouter n'est pas être attentif, encore moins attentionné, écouter c'est se rendre disponible. Pour écouter il faut avoir du temps à perdre...Et du temps, dans notre médecine contemporaine nous en manquons en permanence. Voilà un paradoxe à résoudre.

Ecouter requiert une attitude exigeante et spécifique. On ne peut pas être à l'écoute tout le temps. Et on ne doit sûrement pas être à l'écoute tout le temps, comme on ne peut pas être dans la relation de soin tout le temps. On peut aussi s'autoriser à différer. Ecouter peut et doit être limité dans le temps et n'est pas toujours possible.

Ecouter ce n'est pas forcément rassurer, c'est accompagner le patient dans ses interrogations sans lui apporter systématiquement de réponse... L'étayage du patient ne se situe pas inévitablement dans la réponse rassurante. D'ailleurs, est-ce que rassurer le patient « coûte que coûte » ne revient pas au fond à se rassurer soi-même ?

(Nous parlons bien ici de situation d'écoute. Nous ne disons pas qu'il ne faut jamais rassurer un patient !)

Ce n'est donc pas une démarche passive mais active et dynamique, lorsque la subjectivité de celui qui écoute vient rencontrer celle du patient. C'est mettre la parole du patient au centre et tenter de repérer ce qui se dit par delà les mots.

Etre à côté du patient, sans le précéder, ni le suivre de trop loin, dit Stéphane AMAR. La relation soignant-soigné, nous le savons, est asymétrique. Dans un premier temps, être malade s'oppose à être en bonne santé. Le professionnel de santé est le « sachant », celui qui connaîtrait les réponses. Si l'on adopte cette posture, l'écoute ne peut dès lors qu'en être altérée. Ecouter pourrait commencer, par exemple, par laisser cette position (proche de la toute puissance médicale) à la porte de la chambre [Cf. Nicolas de Cuse, « *La Docte Ignorance* », 1440]. Mettre de côté ses présupposés, son savoir, pour rejoindre le patient là où il est. Vous le voyez, nous sommes loin du fantasme collectif de « trouver la bonne distance » chère à notre médecine d'aide et d'accompagnement. Trouver la bonne distance reviendrait à avoir un savoir dessus, à en avoir la maîtrise. Or dans la relation d'écoute, ce serait faire fi des aléas imprévisibles des mouvements transféro-contre-transférentiels, c'est-à-dire de ce que le patient imagine de nous, de la place à laquelle il nous met en écho à sa propre histoire et de ce que qu'il suscite en nous en écho à la notre.

Cette position est sûrement d'autant plus difficile en soins palliatifs que la présence de la mort prochaine pour ce qu'elle a de révoltant et de parfois inacceptable, nous renvoyant à notre propre mort, renforce nos résistances comme le mouvement défensif de nous accrocher à notre savoir supposé.

Il nous semble indispensable de nous questionner régulièrement sur ce qu'on l'on veut. Sur les raisons pour lesquelles on choisit de se mettre à l'écoute, sur la demande qui nous est faite et qui nous amène. Le risque réel serait de faire du « psy », ou du « bénévole », ou de « l'infirmière » ou de « l'aide soignante », ou pire qu'ils y croient, ceux qui permettraient « une bonne mort », une mort pacifiée de tout conflit et supposée refléter la qualité des soins

prodigués. Or nous savons bien que c'est un leurre. Pourtant la tentation est grande et fait fi de nos propres fantasmes de réparation du patient ou même de nos désirs de mort pour le patient (de notre propre soulagement à l'arrêt de sa souffrance et de ses plaintes, qui peut être en écho au soulagement de sa famille).

Ou bien encore le fantasme d'être le seul « bon objet » qui saurait comprendre le patient et répondre à ses besoins.

Analyser son contre-transfert, revient à analyser ce que le patient provoque et induit en nous. Il y a ceux qu'on a envie de protéger, ceux qu'on a envie de prendre dans nos bras, ceux qui nous insupportent, ceux auxquels on s'identifie, ceux qu'on rejette, ceux qui nous renvoient une image négative de nous-même ou nous convoquent à l'échec.

Comme Mme C. suivie depuis des mois par une collègue, qui se raconte peu, et qui finalement va rencontrer un aumônier auprès duquel elle trouve en 3 entretiens apaisement et soulagement. FRUSTRANT !!!!

(On peut penser qu'il a su éviter ses résistances et surtout trouver des réponses, tout en ménageant ses mécanismes de défense. Il s'agissait probablement pour cette dame de trouver des réponses réconfortantes auprès d'un « père » spirituel.)

Ces patients « difficiles » entraînent trop souvent un sentiment de honte et de culpabilité des soignants qui complexifie le travail. Ce n'est jamais un effet du hasard et toujours important à comprendre, comme autant de clés pour rejoindre et accompagner un patient. Le danger serait de ne pas chercher à l'analyser ensemble...

L'attitude d'un patient (tristesse, colère, rejet, déni, angoisse, violence...) a toujours un sens, à comprendre au fil de son histoire récente et ancienne. Comme nous l'avons dit précédemment, la maladie, l'hospitalisation l'obligent à une régression, nécessaire pour supporter les soins. Le patient se retrouve comme un enfant en état de dépendance au soignant ou à l'institution. Le soignant peut se retrouver alors vêtu des habits d'une mère qui pourrait être « toute puissante ». Il doit le repérer pour ne pas trop y croire au risque sinon d'être vécu comme potentiellement dangereux ou angoissant pour le malade. Car bien sûr que non, les bons soins ne garantissent pas la vie, tout comme ce n'est pas la réalité de notre d'impuissance qui entraîne la mort.

L'histoire de Virginie pourrait illustrer cette idée.

Virginie a 45 ans, elle est chef d'entreprise, divorcée et sans enfant. Je la reçois depuis déjà deux ans lorsqu'elle m'annonce un jour en séance être atteinte d'un cancer du poumon. Elle a très peur et en même temps se demande si elle n'a pas « *enfin la punition qu'elle attend depuis bien longtemps* ». Elle avait grandi entre un père « prenant plaisir » à lui donner des fessées dont les souvenirs cuisants étaient teintés d'ambivalence des sentiments et une mère intrusive, séductrice, qui à l'adolescence avait commencé à lui faire des caresses et des attouchements sexuels.

Nos séances doivent s'interrompre quelques temps, entre l'intervention chirurgicale, la réadaptation, la chimiothérapie...

Quelques mois plus tard, elle me demande un rdv en urgence :

*« Je n'arrive plus à manger du tout depuis deux mois. Me dit-elle en séance. Je veux dire une nourriture normale.*

*Je me nourris d'une boîte de 600 kCal de Rénutryl, une sorte de danette liquide enrichie.*

*La nourriture me dégoûte d'où qu'elle vienne.*

*Je n'ai pas envie de manger.*

*J'ai maigri de 12 kg en 3 mois.*

*Je déteste ce corps maigre.*

*Ma question est : comment ne plus être dégoûtée par la nourriture.*

*Pourquoi je fais un tel blocage ?*

*Un tel rejet ? »*

Je lui réponds en deux temps :

*(1<sup>er</sup> temps) « Vous prenez des traitements lourds qui sont bien connus pour entraîner des nausées, une perte de l'appétit et du goût, du dégoût. Traitements dont il est souvent difficile de se réapproprier le bénéfice car leurs effets secondaires sont davantage perceptibles que leur effet thérapeutique...*

*(2<sup>ème</sup> temps) « Je suis certain que vous pouvez comprendre, le rejet qu'entraîne certainement chez vous l'effet "d'emprise" qu'exerce ce traitement sur votre corps et l'ambivalence avec laquelle vous devez l'accueillir.*

*Peut-être que la source de ce dégoût, de ce rejet de la nourriture est à rechercher de ce côté là. »*

En lui disant cela je souhaitais deux choses : A la fois lui donner une réponse rassurante dans la réalité (dont elle avait besoin à ce moment là car sa souffrance était avant tout corporelle) et à la fois lui donner une piste pour lui permettre de continuer à penser ce qui lui arrive. Je fais un lien avec ce qui avait pu se déployer au fil des mois, pendant nos rencontres, de l'emprise de sa mère sur elle.

Je reverrai la patiente quelques mois plus tard, au printemps suivant :

Elle se sent bien.

Elle se sent entourée.

Elle m'explique avoir fini par comprendre qu'à travers ce rejet de la nourriture, c'était l'institution et les traitements qu'elle rejetait ; que c'était là sa façon de se défendre contre la dépendance et la soumission à l'hôpital. Qu'elle avait pu reconnaître que l'institution ne lui voulait pas de mal, qu'elle avait alors pensé à sa mère et réalisé que ce « n'était pas la même chose », que ce n'était pas « la même situation qui se répétait ».

Pris dans un idéal de soin palliatif, nous avons bien souvent du mal à reconnaître nos émotions négatives, violentes ou agressives. Ces « mauvais patients », eux-mêmes agressifs, non reconnaissants. Ou encore ceux qui savent diviser les équipes en flattant l'un tout en discréditant l'autre, en faisant croire à untel qu'il serait un meilleur objet que tel autre en

l'investissant de façon singulière... Tout ceci a un sens pour un patient en fin de vie qui s'accroche à des demandes d'amour tout comme à ce qu'il a toujours été.

L'approche de la mort ne rend pas meilleur.

Il est indispensable de repérer ces émotions négatives lorsque nous les ressentons, et de les analyser au risque sinon qu'elles ne s'expriment ailleurs et malgré nous, par des actes manqués (oublier un rdv, oublier de passer dans telle ou telle chambre, trop doser un antalgique, bâcler un soin,...) au final préjudiciables au patient ou à l'équipe. Les reconnaître, les accepter, est la meilleure garantie pour s'en dégager et éviter qu'ils n'opèrent au détriment du patient ou qu'ils mettent une équipe à mal. C'est le travail que font souvent les équipes de soins palliatif.

Nous pouvons être dans ce rôle de soutien de la relation soignant-soigné lorsque nous parvenons à décrypter ce qui se rejoue pour certains et à l'explicitier à une équipe.

Nous pensons à l'exemple de ces patients qui sont incapables de rester seuls, qui sonnent de façons itérative, qui supportent mal les départs des chambres, qui deviennent agressifs voire jaloux parfois de la bien-portance du soignant, qui le culpabilisent en l'accusant de l'abandonner... Ces patients qui suscitent l'impuissance à les satisfaire, et parfois le rejet.

L'état de dépendance physique, on l'a dit, incite à la régression et notamment ici, peut-être, à la régression du petit enfant dont l'absence visuelle de la mère lui était intolérable (difficulté à l'endormissement, rituels qui n'en finissent pas, endormissement dans le lit parental...) Un éclairage fait à l'équipe sur ce qui ré-émerge là de la menace de permanence permet souvent une prise de distance, un recul favorisant un regard plus positif, moins narcissiquement attaquant pour l'équipe, sur le patient.

Une patiente m'expliquait que son frère en fin de vie leur avait demandé à sa sœur et à elle-même de partir après sa mort avec l'urne contenant ses cendres pour effectuer un parcours, un périple bien précis. Elle se souvient qu'il en avait parlé à certaines personnes de l'équipe de soin et qu'elles mêmes, en plein désarroi face à cette demande mais empressées de ne pas le contrarier ou lui déplaire, leur en avait fait part. Et de la réaction très négative des soignants qui avait selon elle, changé le regard que les soignants portaient sur son frère dans ses derniers jours : *« je sentais bien qu'ils le jugeaient, parce qu'il en demandait trop. Ils le prenaient pour un frère tyrannisant ses sœurs. Et moi, ça m'a agacé. »*.

Effectivement, la mission demandée était de taille. Il allait leur falloir, sac à dos, parcourir les divers lieux de prédilection de leur frère, y déposer à des endroits précis quelques cendres pour rentrer chez elles ensuite avec le reste de l'urne. Urne désormais chez la sœur de la patiente.

On retrouve fréquemment cette même menace de la permanence exprimée par ces patients sur ce qu'il restera après leur mort. Nous avons pu décrypter le sens de la demande de cet homme, puis la réponse que les sœurs ont pu y faire, mais dans l'après coup bien sûr, parce qu'il était maintenant possible pour elle de percevoir et d'exprimer certains de ses sentiments hostiles vis à vis de son frère. Ce qui était totalement impossible parce que prématuré en fin de vie.

- L'entourage au courant de la mort prochaine du PI et pas lui : patient frappé par l'interdit de savoir, qui entraîne inévitablement des modifications dans le rapport à la personne malade, des modifications des échanges dans le couple, des regards, qui peut interdire tout investissement... Qui peut susciter, dans l'après coup, surtout si cet interdit n'a pas été transgressé finalement par l'entourage, une forte culpabilité : *« on se disait tout... on ne se disait plus grand chose..., il est mort comme ça.*

Telle cette épouse qui me rappelle 4 ans après la mort de son mari dans un service d'oncologie, alors que leurs enfants avaient 9 et 5 ans. Les entretiens avec Mr avaient alors été hebdomadaires pendant près de 15 mois, coûte que coûte, quelque soit son état, en dehors de certaines hospitalisations en réanimation cardiaques... Il était parfois invraisemblable de le voir arriver, en fauteuil roulant ou appuyé sur ses béquilles, malgré la morphine ou ses métastases cérébrales qui le ralentissaient beaucoup... Mr était un homme plutôt réservé, se voulant distant, mais toujours présent au RV, Il ne posait jamais aucune question directe sur son état et son devenir, ni au médecin, ni à qui que ce soit. Et le médecin avait entendu son épouse qui ne souhaitait pas que l'on annonce quoi que ce soit son mari : *« Tant qu'il tenait... ».*

Il interrogeait donc sa reprise de travail, sa passion, racontait son quotidien, de façon factuelle. Son angoisse, intensément perceptible, ne s'exprimaient qu'au travers ses inquiétudes vis à vis de ses enfants : *« Comment vont-ils ? ».* C'est au moment où il parvint à aborder cette question que des métastases cérébrales apparurent, le ralentissant beaucoup, au niveau psychomoteur et idéationnel.

Son épouse avait été rencontrée à 2 ou 3 reprises seulement : Une épouse effervescente, revendiquant leur mode vie « roots », évoquant une relation *« fusionnelle et passionnelle »* avec son mari. Ils se disaient tout. Ils savaient tout l'un de l'autre. Il était beau, il l'aimait follement. Elle savait qu'il aimait venir me voir, s'était inquiétée de ce qu'il pouvait me dire. Mais il n'était pas question pour elle d'aborder avec lui ni avec ses enfants sa fin de vie. Ce qui ne nous a pas permis d'intégrer ces derniers dans ce processus de fin de vie : *« De toutes façons, il sait, nous disait elle, nous savons bien tout les deux ».*

Revue quelques jours après son DC, elle me raconta qu'elle avait été présente, qu'il était mort dans ses bras, que ça s'était bien passé parce qu'il s'était endormi tranquillement et qu'ils avaient pu se dire au revoir.

Elle revient pour me raconter ces 4 ans passés avec les enfants grandissant et sa récente rencontre avec un homme qui l'attirait beaucoup : *« pas comme mon mari, c'est pas possible, mais bon. »*

*« En fait, je n'y arrive pas. Je me sens bien avec lui mais je n'y arrive pas. Il m'arrive d'être très angoissée lorsque nous sommes ensemble et il m'est compliqué de me rapprocher de lui. Je crois qu'il tient à moi mais il me trouve froide et distante dans ces moments là. Je ne lui parle pas. »*

Lorsque nous revenons sur la fin de vie de son époux, elle évoque cette culpabilité qui la taraude parce que *« nous ne nous sommes pas tout dit ».* Les mots ont été absents mais revêtent aussi maintenant et encore un caractère dangereux.

*« Je n'arrive pas non plus vraiment à lui parler de la mort de Patrice ».*

Se parler de la fin proche quand tout se sait mais qu'on s'est interdit d'en parler à et avec l'autre. Le couple qu'elle fantasmaït, celui qui se disait TOUT, n'a pas pu se dire l'essentiel.

- La PI qui se laisse hyperstimuler par ses proches : ses enfants notamment (être nourrie, hydratée, réveillée, promenée...) Se laisse faire dans une attitude qui semble de grande ambivalence pour l'équipe qui considère qu'elles malmènent leur mère et l'amène à s'interroger sur leur comportement, les décisions à prendre pour « protéger » cette femme de ses filles. Patiente qui par ailleurs, se plaignait beaucoup aux soignants de ses filles mais ne s'en défendait jamais lorsqu'elles étaient dans une connivence exclusive. Bien évidemment, se développa une attitude des filles à l'égard de l'équipe d'une grande défiance teintée d'agressivité parfois mal contenue. Qui finit par devenir réciproque.

Nous n'avons pu rencontrer cette patiente mais un entretien avec une des filles nous appris que le divorce de leur parents alors qu'elle était petite fille avait été longtemps très conflictuel et violent et que lors de son départ du foyer, madame avait du les laisser plusieurs semaines à leur père.

*« J'ai compris après qu'elle n'avait pas pu faire autrement mais je lui en ai beaucoup voulu. Elle nous laissait. Heureusement, nous avons pu revenir chez elle et vivre avec elle et ça s'est arrangé. D'ailleurs, nous avons une relation très fusionnelle toutes les trois. Et nous avons toujours beaucoup reparlé de cette période, ça n'a jamais été tabou. J'avais même besoin qu'elle me ré explique tout le temps. Et là, j'ai l'impression que ça recommence. »*

Il ne fallait donc pas que ça recommence... cette mère ne pouvait pas une deuxième fois abandonner ses filles, et elles, être abandonnées par leur mère. Elle ne pouvait pas mourir ainsi « en abandonnant la bataille ». La femme avait pu confier à une aide-soignante son intense fatigue mais qu'elle ne voulait pas, pour « après », qu'elles pensent qu'elle les avait « lâché ».

## **L'intérêt de l'écoute à deux**

Nous évoquions précédemment l'asymétrie de la relation soignant-soigné, mais il peut tout autant exister une asymétrie de la relation entre deux écoutants qui écoutent ensemble un même patient, ou une même famille. Même si chacun connaît sa place, fait avec sa propre formation, il ne faut pas négliger ce que cela suppose pour les patients : Pour eux, un médecin a son savoir médical, une psychologue son savoir psychothérapeutique, une infirmière son savoir de soins, un bénévole sa disponibilité à l'autre ? Cela ne peut passer que par cette analyse du couple d'écouter qui permettra de se recentrer non pas sur son statut (sur son savoir supposé) mais sur ce avec quoi chacun fait.

L'écoute à deux permet d'abord de créer un étayage entre les deux écoutant, les aidant ainsi à tenir face à l'insoutenable et à accompagner, en limitant les effets de rejet ou de déni, un patient mourrant. Elle permet ainsi que l'histoire puisse se déployer dans un cadre permettant une grande contenance.

## **R. Kaës modélise l'écoute à deux par la notion « d'intertransfert ».**

Il s'agit d'un ensemble constitué par le contre-transfert de chaque écoutant inclus et par son transfert sur le partenaire et sur l'équipe. (Kaes 1982-1997)

Il est présent avant que la co-thérapie ne commence et à l'origine des choix mutuels des co-thérapeutes. On ne choisit pas par hasard la personne avec laquelle on va écouter un patient. On se choisit par des liens affectifs, admiratifs, de subordination ou encore de pouvoir, etc...

Au transfert des écoutants les uns avec les autres, s'ajoute les relations de transfert que ceux-ci entretiennent avec le patient (ou la famille suivie) et que le patient entretient avec chacun d'entre eux et avec le couple thérapeutique dans sa globalité.

C'est la complexité des interactions croisées qui se déploient en permanence.

Massimiliano Sommantico développe l'idée que lorsqu'un couple d'écouter prend l'habitude de travailler ensemble trois phases évolutives de leurs interactions se succèdent :

1 - la lune de miel, sorte d'illusion gémellaire, fantasme commun de génération du couple en écoute, alimenté par l'intense plaisir que peut donner le fait de travailler à deux et à la « création fantasmée » de l'enfant couple.

2 - Difficulté majeure de la co-thérapie, la découverte de l'altérité de l'autre. Qui peut avoir des effets très critiques et demander un long travail élaboratif. Une phase qui évoque l'introduction d'un tiers, le couple, dans la relation duelle.

Le couple d'écouter n'est pas forcément un couple dans la vie. Il peut tout autant être un couple de même sexe ou de sexe différent.

3 - deuil de l'illusion gémellaire, d'une peau commune idéale, en percevant l'autre comme différent, surtout au travail. Nécessaire donc d'effectuer une analyse périodique de son propre inter-transfert en prenant toujours en compte la nature illusoire d'une transparence réciproque totale. Il est illusoire de croire que nous pouvons tout nous dire et tout dire de nous.

L'écoute à deux peut permettre de repérer et de comprendre les enjeux que la fin proche met en scène à différents niveaux : individuel, familial, affectif, narcissique, l'histoire même de la famille et l'histoire à advenir des enfants lorsqu'ils sont jeunes. Une compréhension contextualisée mais aussi intergénérationnelle et transgénérationnelle.

Elle permet, avec cette analyse que nous évoquons du transfert, du contre-transfert et de l'intertransfert, de mieux décrypter ce qui sous tend pour le patient ou les acteurs familiaux l'angoisse de mourir, en revisitant ensemble les expériences précoces infantiles ou encore de comprendre les mouvements dépressifs de fin de vie, qui peuvent revêtir souvent des formes très insidieuses ou utiliser des voies d'expressions bien plus indirectes.

Que dire par exemple, d'un état dépressif qui semble s'imposer (tristesse, apragmatisme, anorexie, aboulie, anhédonie, pessimisme, ralentissement psycho-moteur...) mais qui ne s'accompagnent pas chez un patient d'angoisse ni d'anxiété ? Faut-il y donner une réponse médicamenteuse d'antidépresseurs ? Ne pourrait on pas évoquer une prise en compte de la réalité d'une fin de vie par le Moi, un désinvestissement libidinal nécessaire à l'aube de la mort pour se confronter à ses angoisses de mort ?

Une écoute en binôme, que le psy avec un médecin ou une infirmière de l'équipe pourrait proposer s'avèrerait riche alors dans ce qu'elle invite à la compréhension et à la tolérance pour une équipe, des changements d'humeur inquiétants de certains patients ou de certains états dépressifs installés, insupportables jusque là face à cet Idéal de Soins Palliatif, avec lequel nous faisons tous, et que nous devons, même s'il est indispensable, s'autoriser à interroger.

## **Conclusion**

**Que dire pour conclure, sinon rappeler que l'écoute en soin palliatif ne peut pas se situer dans une perspective d'attente thérapeutique mais représente plutôt un espace relationnel entre écoutant et écouté dans lequel peuvent se déployer des problématiques et des questions sinon inabordables.**

**Et laisser le mot de la fin à Jean COCTEAU lorsqu'il disait « la mort ne m'aura pas vivant » !**

**Valérie NICOLLEAU**

**Matthieu BUREAU**