

Université de Montréal

**L'éthique en psychothérapie dans le cadre des processus
de transfert et de contre-transfert: l'apport de la
médecine narrative et du concept de représentation**

par

Amélie Zonato

École de santé publique

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté de médecine
en vue de l'obtention du grade de maître ès arts (M.A.)
en bioéthique

Novembre 2009

© Amélie Zonato, 2009

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

L'éthique en psychothérapie dans le cadre des processus de transfert et de contre-transfert:
l'apport de la médecine narrative et du concept de représentation

Présenté par :
Amélie Zonato

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Guy-Robert St-Arnaud, président-rapporteur

Béatrice Godard, directrice de recherche

Marc Zaffran, membre du jury

Résumé

Les discussions sur l'éthique de la santé mentale se concentrent généralement sur des sujets comme la confidentialité ou les conflits d'intérêt. Certaines formes de thérapie donnent cependant lieu à des situations plus particulières. C'est le cas de la thérapie psychodynamique et des considérations éthiques soulevées par les processus de transfert et de contre-transfert. En raison du peu de recherche sur ce sujet, l'approche de l'analyse documentaire critique, une méthode qualitative, fut sélectionnée.

Ce projet vise à établir l'apport de la médecine narrative et plus spécifiquement du concept de représentation pour analyser les aspects éthiques du transfert et du contre-transfert. À cette fin, ces processus sont étudiés en détail et les diverses stratégies proposées aux thérapeutes pour maintenir une relation éthique avec leurs patients sont recensées. Popularisés principalement par Rita Charon, la médecine narrative et ses principaux composants, dont la représentation, sont ensuite présentés. De plus, la *mimèsis* étant à la base de la représentation, les travaux de Paul Ricœur sur le sujet sont discutés. Le dernier chapitre de ce mémoire, qui constitue la partie analytique du projet, prend la forme d'un exercice inductif évaluant l'apport de la médecine narrative pour analyser les aspects éthiques du transfert et du contre-transfert.

Mots-clés : éthique, psychothérapie, psychanalyse, transfert, contre-transfert, médecine narrative, représentation, *mimèsis*.

Abstract

Articles on the ethics of mental health often discuss confidentiality or conflicts of interest. However, certain types of therapy give rise to more specific ethical concerns. This is the case for psychodynamic therapy and the ethical considerations brought up by the processes of transference and countertransference. Due to the paucity of research on the topic, this study uses the critical analysis approach, a qualitative method.

This project aims to establish what narrative medicine and more specifically the concept of representation can bring to the reflection about the ethical aspects of transference and countertransference. To this end, these processes are studied in detail and the various strategies suggested to therapists to maintain an ethical relationship with their patients are reviewed. Narrative medicine and its principal components (including representation), popularized mostly by Rita Charon, are then presented. As this concept is at the root of representation, Paul Ricœur's work on *mimesis* is subsequently discussed. The last chapter of this thesis, the analytical part of the project, is an inductive exercise evaluating the utility of narrative medicine in studying the ethical aspects of transference and countertransference.

Keywords : ethics, psychotherapy, psychoanalysis, transference, countertransference, narrative medicine, representation, *mimesis*.

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	iv
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures.....	ix
Remerciements.....	xi
Introduction.....	1
Chapitre préliminaire: démarche méthodologique.....	6
Chapitre 1: Les bases psychanalytiques de la thérapie psychodynamique.....	9
1.1 Définition et bref historique de la psychanalyse.....	9
1.1.1 Descriptions et buts.....	9
1.1.2 Historique du mouvement psychanalytique.....	11
1.1.3 Principaux acteurs du mouvement psychanalytique.....	12
1.2 Sur quoi la majorité des discussions sur l'éthique et la psychanalyse se penchent-elles spécifiquement?.....	15
1.2.1 La morale et le surmoi.....	15
1.2.2 La psychanalyse est-elle éthique en soi?.....	16
1.2.3 Principes généraux à respecter.....	18
Chapitre 2: Le transfert et le contre-transfert.....	20
2.1 Définition des processus de transfert et de contre-transfert.....	20
2.1.1 Le transfert.....	20
2.1.2 Le contre-transfert.....	23
2.2 Comment le thérapeute devrait-il gérer le contre-transfert?.....	26
2.2.1 L'abstinence et la neutralité.....	26
2.2.2 Avoir été soi-même en analyse ou y être en ce moment.....	27
2.2.3 L'auto-analyse.....	27
2.2.4 Discuter avec un ou plusieurs collègue(s).....	28
2.2.5 Consulter un code d'éthique ou un comité d'éthique.....	29

2.2.6 Les vertus des analystes	30
2.2.7 Discuter du contre-transfert avec le patient	30
2.2.8 La résilience émotionnelle	30
2.2.9 Autres conseils et stratégies	31
Chapitre 3: La médecine narrative	33
3.1 Qu'est-ce que la médecine narrative?	33
3.1.1 Origines et définition.....	33
3.1.2 L'attention.....	36
3.1.3 La représentation.....	37
3.1.4 L'affiliation.....	38
3.2 La représentation comme nouvel outil pour le thérapeute	38
3.1.2 La mimésis selon Paul Ricoeur	38
3.1.2.1 Mimésis I.....	39
3.1.2.2 Mimésis II	40
3.1.2.3 Mimésis III.....	41
3.2.2 La réflexion et la conscience de soi ("self-awareness").....	42
3.2.3 Avantages de la représentation, de la réflexion et de la conscience de soi	44
Chapitre 4: L'apport de la médecine narrative pour analyser les aspects éthiques du transfert et du contre-transfert	47
4.1 Les avantages de la médecine narrative pour le thérapeute	47
4.2 Les concepts et les stades de la mimésis tels qu'appliqués au récit du thérapeute.....	49
4.2.1 Mimésis I.....	49
4.2.2 Mimésis II	52
4.2.3 Mimésis III.....	53
4.3 Comment l'attention, la représentation et l'affiliation peuvent-elles aider le thérapeute à gérer les considérations éthiques suscitées par le transfert et le contre-transfert?	54
4.3.1 L'attention.....	55
4.3.2 La représentation.....	56
4.3.3 L'affiliation.....	59

Conclusion.....62
Bibliographie..... 66
Appendice A: Documents répertoriés et analysés pour les fins de la présente étude i

Liste des tableaux

1. Documents répertoriés et analysés pour les fins de la présente étude.....	i
--	---

Liste des figures

1. Reflective processes: a model including skills required for reflection.....43

À mon mari,

Remerciements

Je voudrais d'abord exprimer ma gratitude à la Dr Béatrice Godard pour sa patience devant mes multiples questions. Merci d'avoir été aussi compréhensive, d'avoir cru en ce projet et d'avoir été disponible à toutes les étapes malgré un horaire surchargé.

Merci aux programmes de bioéthique pour un parcours académique stimulant et pour l'octroi d'une bourse d'accueil.

Merci à Elyane et Isabelle pour leur présence, leurs encouragements et leur sens de l'humour.

Merci à mes parents qui ont non seulement généreusement financé mon éducation mais ont lu d'innombrables versions de ce projet sans jamais se plaindre.

Merci à mon frère pour son aptitude à remettre les choses en perspective lors des moments difficiles.

Merci finalement à mon mari pour tout ce que je n'ai jamais eu besoin de dire et qu'il a néanmoins compris.

Introduction

La bioéthique s'est beaucoup préoccupée ces dernières années de sujets « chauds » tels la réanimation, les enfants prématurés et l'avortement de troisième trimestre. On entend moins souvent parler de l'éthique de la santé mentale et lorsque c'est le cas, les auteurs se penchent le plus souvent sur des aspects comme la confidentialité (Winer & Lax, 2002), les relations sexuelles entre thérapeutes et patients ou les conflits d'intérêts (Merlino, 2006). Ces derniers se produisent par exemple dans des cas où un troisième parti, comme une compagnie d'assurance, s'ajoute à la dyade thérapeute-patient. Le thérapeute peut alors se retrouver dans une position délicate, entre la durée de traitement qu'il juge optimale pour le patient et le nombre de sessions que la compagnie d'assurance est prête à rembourser (Merlino, 2006). Certaines formes de thérapie soulèvent cependant des questionnements éthiques plus particuliers, comme c'est le cas pour la thérapie psychodynamique, qui tire ses racines de la psychanalyse.

Bien qu'il y ait des divergences d'opinions au sujet du but de la psychanalyse, la plupart des analystes s'entendent pour dire qu'elle est surtout une forme de thérapie ayant pour but de diminuer des symptômes (Blass, 2003); ces derniers s'atténueront à mesure que le patient prendra conscience de ses motivations et de ses désirs profonds et agira de manière plus authentique. Pour mener à bien cette démarche, le psychanalyste ne doit pas imposer sa propre vision de la réalité au patient ni lui suggérer des avenues à emprunter. Il doit plutôt le laisser exposer ses conflits internes à sa façon et à son rythme (Atterton, 2007).

Cet idéal de neutralité est cependant compliqué par un processus clé de la psychanalyse et de toutes les thérapies, le transfert. Le terme *transfert* « désigne en psychanalyse le processus au cours duquel le patient en thérapie transfère sur l'analyste les sentiments ou les attitudes qui le déterminent par rapport à une [autre] personne » (Fröhlich, 1997, p.443). Ce processus se termine par un détachement, c'est-à-dire que la charge émotionnelle se résorbe une fois que le patient a réussi à dénouer et à explorer les conflits qui l'habitent par rapport à cette autre personne. Le *contre-transfert* constitue quant à lui

« la réaction affective du psychanalyste à la réaction ou aux demandes transférentielles de son patient » (Fröhlich, 1997, p.443)¹. Dans ce contexte, comment le thérapeute² peut-il s'empêcher d'exploiter la charge émotive circulant entre son patient et lui? Si le patient devient vindicatif et agressif, le thérapeute, comme tout autre individu, pourra ressentir de la colère et être tenté de se venger, par exemple en faisant volontairement une interprétation blessante de ce que lui dit le patient (Solomon & Twyman, 2003). De la même façon, si le thérapeute ne s'est jamais senti reconnu ou validé dans sa vie personnelle, il est possible qu'il tente de guérir cette blessure narcissique à travers sa relation à son patient, de telle sorte qu'il cherchera à répondre à tous les besoins du patient et à lui être essentiel (Barnes, 2003).

Quelles stratégies le thérapeute peut-il utiliser pour s'assurer de maintenir une relation éthique avec son patient? Il existe certes des codes d'éthique mais ceux-ci tendent à énumérer des principes généraux à respecter plutôt que des méthodes concrètes à utiliser au quotidien. Le code d'éthique de l'Association Psychanalytique Internationale (2007) mentionne ainsi qu'aucun psychanalyste ne peut violer les droits de la personne. Une revue de la littérature illustre d'autres suggestions, elles aussi souvent abstraites et comportant chacune leurs inconvénients. Muslin et Clarke (1988) soutiennent que la dévotion de l'analyste envers sa « mission » est généralement suffisante pour s'assurer qu'il ne laissera pas ses émotions prendre le dessus. D'autres soulignent l'importance pour le thérapeute de maintenir une position d'abstinence face à son patient, c'est-à-dire de viser la neutralité et l'objectivité (de Blécourt, 1993; Fabian, 2001; Szasz, 1974).

Il semble cependant que le thérapeute désireux de maintenir une relation éthique avec ses patients puisse trouver certains outils au cœur du courant de la médecine narrative, dont une des figures de proue est Rita Charon. Charon (2007) utilise le terme « médecine

¹ Par exemple, une patiente secrètement amoureuse de son patron pourrait transférer le désir sexuel qu'il lui inspire sur son analyste (transfert). Celui-ci pourrait en être secrètement flatté, horrifié, fâché, etc. (contre-transfert).

² Lorsque la source mentionnée utilisait explicitement le terme "analyste", ce dernier est conservé dans ce texte.

narrative » pour parler d'une pratique clinique renforcée par des compétences narratives, c'est-à-dire la capacité d'absorber, d'interpréter et d'être touché par les histoires des patients. Elle soutient qu'il ne suffit pas pour les soignants de porter attention à ce que racontent les patients, mais qu'il leur faut aussi écrire à propos de ce qu'ils ont entendu et vécu. Cette *représentation* permettra en effet aux soignants d'observer des aspects de la situation dont ils n'avaient potentiellement pas conscience auparavant et de s'interroger sur leurs sentiments et leurs actes (Charon, 2006). L'apport du philosophe Paul Ricoeur est ici non négligeable. Ricoeur a en effet exploré le concept de représentation en profondeur dans son œuvre *Temps et Récit* (1983), où il décortique la notion de *mimèsis* (un mot grec signifiant *imitation* ou *représentation*) étudiée auparavant par Aristote et Saint-Augustin. La *mimèsis* n'est pas une simple reproduction d'une situation, elle crée quelque chose de nouveau, nous révèle quelque chose qui nous était auparavant inaccessible (Ricoeur, 1983).

Le présent projet a donc pour but de déterminer quel peut être l'apport de la médecine narrative et du concept de représentation pour analyser les aspects éthiques du transfert et du contre-transfert et aider le thérapeute à mieux les gérer. En raison du peu de travaux sur le sujet, aucune hypothèse n'a été retenue et la méthode de l'analyse documentaire critique a été sélectionnée afin de répondre à notre question de recherche. Notre démarche méthodologique est expliquée plus en détails dans un chapitre préliminaire. Ce projet se divise ensuite en quatre chapitres subséquents.

Le premier chapitre se penche sur les bases psychanalytiques de la thérapie psychodynamique: cette approche sera définie, son histoire sera brièvement récapitulée et ses principaux acteurs seront présentés. La seconde partie du chapitre se penchera sur les diverses façons dont la psychanalyse et l'éthique sont traitées conjointement.

Le deuxième chapitre se concentre spécifiquement sur le transfert et le contre-transfert. Comme ces processus sont au cœur de ce projet, ils seront tout d'abord explorés en détails. Une recension critique des suggestions données aux analystes et aux thérapeutes

par divers auteurs pour les aider à gérer les bouleversements générés par le transfert et le contre-transfert clora cette section.

Les origines de la médecine narrative seront retracées dans le troisième chapitre. L'attention, la représentation et l'affiliation, ses trois piliers, y seront par la suite discutés. La seconde partie du chapitre sera dédiée à la représentation car cette technique pourrait servir d'outil au thérapeute soucieux de maintenir une relation éthique avec ses patients. De plus, les travaux de Paul Ricœur au sujet de la *mimèsis* seront présentés car celle-ci est à la base de la représentation. Les concepts de réflexion et de connaissance de soi (« self-awareness ») et leurs avantages, tous comme ceux de la représentation, seront finalement étudiés.

Le dernier chapitre examine l'apport de la médecine narrative pour analyser les aspects éthiques du transfert et du contre-transfert. À cette fin, les avantages de la médecine narrative pour le thérapeute seront établis. Par la suite, une situation fictive sera utilisée pour mettre en pratique les concepts et les stades de la *mimèsis* discutés au troisième chapitre. Enfin, d'autres exemples de situations qui pourraient survenir en thérapie seront employés pour démontrer comment l'attention, la représentation et l'affiliation peuvent aider le thérapeute à gérer les considérations éthiques suscitées par le transfert et le contre-transfert.

La présente étude a révélé que l'utilisation de techniques issues du courant de la médecine narrative présentait plusieurs avantages pour le thérapeute et que ces techniques pouvaient potentiellement l'aider à mieux gérer les chambardements émotionnels liés au transfert et au contre-transfert. Par exemple, le thérapeute tentant de mieux comprendre les motifs justifiant les actes d'un patient pourrait décider d'écrire un récit en se plaçant dans la peau de ce dernier. Selon Charon (1986, 2000, 2004, 2006), cette stratégie permettrait non seulement au thérapeute agacé ou irrité par un patient de percevoir la situation du point de vue de ce dernier, mais aurait aussi pour conséquence de susciter l'empathie et la compassion du thérapeute, de ré-humaniser le patient à ses yeux et d'atténuer sa frustration.

Ricœur (2008) avance quant à lui que la représentation a comme effet de développer la sagesse pratique et le jugement alors que Greenhalgh & Hurwitz (1999) insistent sur le fait que cette méthode augmente la connaissance de soi et des patients, ce qui amènerait le soignant à les traiter de façon plus efficace et respectueuse (Charon, 2006). Il importe cependant de rappeler qu'entrer en contact authentique avec l'autre et mener une réflexion profonde sur soi comporte sa part de souffrance pour le soignant (Charon, 2006).

Chapitre préliminaire: démarche méthodologique

Ce travail utilise la méthode de l'analyse documentaire critique afin d'expliquer les processus de transfert et de contre-transfert, de relever les diverses stratégies suggérées aux thérapeutes pour gérer le contre-transfert et d'explorer le champ de la médecine narrative. En effet, une recension des écrits ayant révélé qu'il existait peu de recherche sur le sujet choisi, une méthode qualitative était de mise (Fortin, 2006). Le dernier chapitre de ce mémoire, qui constitue la partie analytique du projet, prend la forme d'un exercice inductif évaluant l'apport de la médecine narrative pour analyser les aspects éthiques du transfert et du contre-transfert.

Poupart et al. (1997) mentionnent qu'il est essentiel pour le chercheur utilisant une méthode qualitative de pouvoir adapter sa stratégie de recherche tout au long du processus selon ce qu'il découvre; c'est effectivement ce qui se produit avec notre projet. Les premiers documents furent obtenus en entrant les termes « psychoanalysis + ethics » dans les bases de données *PubMed*, *Medline* et *PsycInfo*. La revue initiale des écrits révéla que la majorité des articles portant conjointement sur la psychanalyse et l'éthique pouvaient être classés dans une des trois catégories suivantes: les articles traitant du développement de la morale et du surmoi (voir par ex. Bilmes, 1999), ceux dont les auteurs se demandaient si la psychanalyse était éthique en soi (voir par ex. Blass, 2003a) et ceux présentant des principes généraux à respecter en psychanalyse (voir par ex. Rubin, 2005). Cependant, on mentionnait peu dans ces manuscrits les concepts de transfert et de contre-transfert, qui semblaient pouvoir donner lieu à des considérations éthiques importantes.

Une revue de la littérature fut donc effectuée sur ce sujet plus précis, toujours dans les bases de données *PubMed*, *Medline* et *PsycInfo*, en utilisant cette fois les termes « psychoanalysis + transference », « psychoanalysis + countertransference », « ethics + transference » et « ethics + countertransference ». La lecture des ouvrages et des articles trouvés nous permit d'éclaircir et d'approfondir les processus de transfert et de contre-

transfert et de relever les diverses stratégies proposées aux thérapeutes pour les aider à maintenir une relation éthique avec leurs patients.

Il fut tout d'abord décidé de consulter Lévinas et Ricœur pour étudier les considérations éthiques suscitées par le transfert et le contre-transfert, en raison de l'emphase que ces deux auteurs placent sur la responsabilité. De fait, il nous semblait qu'un sentiment de responsabilité face aux patients pourrait être un facteur aidant le thérapeute à maintenir un comportement éthique envers eux. Comme ces approches sont surtout théoriques, il semblait pertinent de considérer aussi la méthode plus concrète de la médecine narrative, largement popularisée par Rita Charon. En effet, dans son livre « Narrative medicine. Honoring the stories of illness » (Charon, 2006), cette dernière discute de trois notions clés de la médecine narrative, soit l'attention, la représentation et l'affiliation. Ces concepts, et plus spécifiquement la représentation, paraissant pouvoir contribuer à l'analyse des aspects éthiques du transfert et du contre-transfert, l'approche de Charon fut retenue pour ce projet. S'étant penché en profondeur sur la *mimèsis*, qui est à la base de la représentation, Ricœur fut lui aussi sélectionné. Bien qu'il eût été intéressant de comparer la vision de Lévinas à celle de Charon et de Ricœur, l'inclure aurait requis un projet d'une envergure dépassant celle de la maîtrise. Il est toutefois évident que l'étude des problèmes éthiques propres à la thérapie psychodynamique ne pourrait que bénéficier de la réflexion d'autres philosophes.

L'orientation de ce projet ayant été ainsi circonscrite, une troisième ronde de revue de la littérature s'enclencha, visant cette fois-ci à trouver des documents dont Rita Charon était l'auteure. De plus, les termes « narrative medicine » et « narrative medicine + representation » furent entrés dans les bases de données *PubMed* et *Medline*. Du côté de Ricœur, le premier tome de son œuvre *Temps et Récit*, intitulé *L'intrigue et le récit historique*, fut choisi car c'est dans cet ouvrage qu'il se penche sur la *mimèsis*. *Écrits et conférences 1. Autour de la psychanalyse* (Ricœur, 2008), trouvé lors des précédentes recherches sur la psychanalyse, fut aussi consulté.

Compte tenu du peu de littérature existante sur le sujet choisi, nous n'avions d'autre choix que d'adopter une démarche théorique et principalement descriptive. Des études futures pourraient cependant explorer plus à fond cette problématique, par exemple en interviewant des thérapeutes pour recueillir leurs réflexions sur les aspects éthiques de leur profession et vérifier si les techniques tirées de la médecine narrative leur semblent pertinentes.

En conclusion, au total, 83 documents ont été répertoriés et analysés pour les fins de notre étude (voir Appendice A). Nous avons d'abord procédé à une lecture naïve des articles. Ensuite, une deuxième lecture permet de répertorier les thèmes des différents articles sélectionnés. Poupart et al. (1997) indiquent qu'« afin d'établir [des] liens et de constituer des configurations significatives, il est important de dégager les éléments pertinents du texte et de les comparer avec d'autres éléments contenus dans le corpus documentaire » (p.260). Une troisième lecture des mêmes articles, lors de laquelle les thèmes propres à notre étude furent sélectionnés et les enjeux éthiques relatifs au transfert-contre transfert en psychothérapie répertoriés, nous aida à atteindre cet objectif. Nous avons ainsi pu établir une grille d'analyse qui nous guida dans la réponse à notre question de recherche.

Chapitre 1: Les bases psychanalytiques de la thérapie psychodynamique

Avant d'aborder la problématique du transfert / contre-transfert et des enjeux éthiques que cela soulève, il est essentiel d'expliquer ce qu'est la psychanalyse. En effet, la psychothérapie psychodynamique tire ses racines de la psychanalyse. Comme cette dernière, elle reconnaît l'existence de dynamiques inconscientes qui influencent le comportement humain et elle accorde une grande importance à la relation entre patient et thérapeute. Cependant, la thérapie psychodynamique est généralement plus courte et moins intensive que la cure psychanalytique classique (Canadian Association for Psychodynamic Therapy, 2008). Le présent chapitre donne donc un court aperçu de l'histoire de la psychanalyse et de ses concepts principaux. Les diverses façons dont l'éthique et la psychanalyse sont traitées conjointement sont ensuite abordées.

1.1 Définition et bref historique de la psychanalyse

Certains aspects de la psychanalyse ont fait leur place dans la société contemporaine et sont connus de beaucoup, comme le fait que le patient soit étendu sur un divan lors de la séance et que l'analyste soit soustrait à son regard. Cependant, il importe de bien saisir ce qu'est et n'est pas la psychanalyse pour pouvoir comprendre le but de ce travail. À cette fin, cette section définit la psychanalyse, récapitule ses moments marquants et présente ses principaux acteurs.

1.1.1 Descriptions et buts

La visée de la thérapie psychanalytique n'est pas le bonheur, ni même le bien-être du patient, mais plutôt la connaissance de soi et le développement de l'autonomie (Szasz, 1974); Stoloff (1993) dira ainsi que la raison d'être de la psychanalyse est de placer le sujet face à sa vérité. Plus précisément, la psychanalyse est une méthode de traitement selon laquelle les symptômes présentés par le patient sont le signe d'un conflit interne inconscient

non résolu (Phares & Chaplin, 1997). Le but est donc de rendre le patient conscient de ce conflit ainsi que des motivations et des désirs profondément enfouis qui en sont la cause (Tallon, 2007). Les symptômes devraient ensuite s'atténuer graduellement dès que le patient agit de manière plus authentique (Blass, 2003a). Ainsi, le bien-être du patient n'est pas le but premier de la psychanalyse mais plutôt un bénéfice secondaire amené par la connaissance de soi et la décision du patient d'agir selon ses besoins.

Selon Capell (1967),

« Much of the technical work in psychoanalytic treatment consists of translating the patient's involuntary "needs" into wishes, demonstrating to him that what he experiences passively and helplessly is in fact brought about by him or is within his power to change. » (p.134)

Szasz (1974) croit quant à lui que le patient et l'analyste devraient s'intéresser aux aspects de la vie du patient qui révèlent des dissonances. Ces dernières peuvent se manifester de plusieurs façons : par les doléances et les symptômes du patient et la façon dont il s'y adapte; par des contradictions entre des déclarations prononcées à des moments différents; par des inconstances entre ce que le patient dit et ce qu'il fait, et ainsi de suite. C'est à ce moment que l'analyste devrait entrer en action afin de remettre en question les explications du patient et de soumettre d'autres hypothèses pouvant expliquer la conduite de ce dernier. Si ces interventions sont appropriées et si le patient est capable de réfléchir à lui-même de façon nouvelle, alors, petit à petit, il se produira un changement dans sa personnalité (Szasz, 1974).

Une différence notable existe entre la psychanalyse et d'autres formes de thérapie : bien que l'analyste tente d'aider le patient à cheminer, il ne *prend pas soin* du patient, le patient prend soin de lui-même. De plus, ce dernier doit réaliser qu'il est le seul à pouvoir se libérer de ses symptômes et de ses blocages en apprenant à se connaître et en devenant responsable de ses actes (Szasz, 1974).

1.1.2 Historique du mouvement psychanalytique

Bien qu'il ait créé le terme *psychanalyse* en 1896, Sigmund Freud (1856-1939) admet lui-même qu'il n'a pas donné naissance à ce mouvement. En effet, en 1880, il était encore étudiant à l'Université de Vienne lorsque le docteur Joseph Breuer³ utilisa cette méthode pour traiter une jeune fille hystérique (Freud, 1924/2001). Le terme *hystérie* désignait à cette époque une maladie affligeant uniquement les femmes; ses principaux symptômes étaient la paralysie, la cécité et la surdité (Phares & Chaplin, 1997). La patiente du Dr Breuer, connue sous le pseudonyme d'Anna O., présentait ces symptômes ainsi qu'une double personnalité. Breuer utilisait l'hypnose pour soigner Anna O. et un jour, durant une transe, elle se remémora la première fois où l'un de ses symptômes était apparu. Étrangement, lorsqu'elle sortit de sa transe hypnotique, le symptôme avait disparu. Breuer répéta cette procédure plusieurs fois, avec un certain succès (Phares & Chaplin, 1997).

Freud devint médecin en 1881 (American Psychoanalytic Association, n.d. a) et, en 1885, il obtint une bourse lui permettant de se rendre à Paris pour étudier l'hystérie avec le célèbre neurologue Jean Charcot. Charcot avait découvert que certaines de ses patientes ne présentaient plus de symptômes lorsqu'elles étaient sous hypnose et qu'elles se rappelaient même parfois le traumatisme qui avait causé l'apparition des symptômes en question. Il ne fait aucun doute que ce phénomène de rappel dont Freud fut témoin joua plus tard un rôle important dans le développement du concept d'inconscient (Phares & Chaplin, 1997).

Après cette expérience, Freud utilisa l'hypnose pour traiter de nombreuses patientes. Certaines d'entre elles étaient cependant difficiles à hypnotiser, alors que d'autres avaient la fâcheuse habitude de sortir de leur transe sans aucun souvenir de ce qu'elles avaient révélé, annulant ainsi tout bénéfice de cette méthode (Phares & Chaplin, 1997). C'était le cas d'une patiente nommée Elisabeth, qui consulta Freud en 1892. Renonçant finalement à l'hypnotiser, il lui demanda de se coucher sur un sofa, de se concentrer sur ses symptômes

³ Le docteur Breuer était connu entre autres choses pour ses travaux sur la respiration et la physiologie du sens de l'équilibre.

et de tenter de se rappeler le moment où ils avaient commencé à se manifester (Phares & Chaplin, 1997).

Le travail de Breuer avec Anna O. avait mené à la cure par la parole, qui fut ensuite modifiée après le travail de Freud avec Elisabeth pour devenir l'association libre. L'expression *association libre* signifie simplement que la patiente devait mentionner tout ce qui lui passait par l'esprit sans se censurer, peu importe à quel point ses pensées pouvaient lui sembler idiotes, ennuyantes ou révoltantes (Phares & Chaplin, 1997). Le mouvement psychanalytique était lancé.

Le premier congrès psychanalytique eut lieu à Salzbourg en 1908. Il fut suivi de la création de l'Association Internationale de Psychanalyse en 1910 (American Psychoanalytic Association, n.d. *a*). Cependant, la psychanalyse ne prit vraiment son essor en Amérique du Nord qu'entre la Première et la Deuxième Guerre mondiale, lorsque que certains Américains allèrent étudier en Europe et revinrent ensuite dans leur patrie partager leur savoir (American Psychoanalytic Association, n.d. *b*).

1.1.3 Principaux acteurs du mouvement psychanalytique

Les idées révolutionnaires de Freud attirèrent de nombreux disciples, qui firent beaucoup pour l'avancement de la psychanalyse. Certains d'entre eux s'éloignèrent plus tard de Freud en raison de positions théoriques divergentes (Phares & Chaplin, 1997). Les contributeurs les plus connus du mouvement psychanalytique (classés par ordre chronologique selon leur date de naissance) sont mentionnés ci-dessous.

Alfred Adler (1870-1937), un médecin viennois, pratiqua brièvement comme ophtalmologiste à la fin de ses études en 1895, avant de se tourner vers la psychiatrie. Il se joignit au cercle de Freud en 1902, mais se distança de la psychanalyse freudienne en 1911, jugeant qu'elle accordait trop d'importance à la sexualité. Adler est le fondateur de la psychologie individuelle, qui met l'accent sur l'impact du sentiment d'infériorité sur la personnalité de l'individu. Il conclut que la motivation première de l'être humain est

d'atteindre la supériorité et la perfection dans l'espoir d'ainsi obtenir le pouvoir qui permettrait de mieux contrôler son environnement. Adler développa plus tard le concept d'*intérêt social* qu'il définit comme une prédisposition à contribuer à la société (Phares & Chaplin, 1997).

Un des plus proches collaborateurs de Freud fut le psychiatre suisse Carl Gustav Jung (1875-1961). Freud et Jung correspondirent fréquemment de 1906 à 1913 et se rendirent ensemble aux États-Unis en 1909 afin d'y donner une série de conférences (Phares & Chaplin, 1997). Leur relation cessa cependant en 1913 à la suite de différends personnels et professionnels. Jung s'intéressait à de multiples sujets, dont l'art, la littérature, l'alchimie et la religion (American Psychoanalytic Association, n.d. c). Il postula l'existence d'un inconscient collectif qui contiendrait toutes les expériences de nos ancêtres. Les éléments structuraux de l'inconscient collectif sont les archétypes, des images universelles, collectives et primordiales (Phares & Chaplin, 1997). Par exemple, l'archétype de l'*Ombre* représente le potentiel non réalisé d'un individu, mais aussi les composantes menaçantes de sa personnalité : l'Ombre est en partie responsable de notre agressivité, de notre cruauté, de notre immoralité et de notre passion. Les monstres et les démons présents dans nos rêves et dans la mythologie sont des représentations de l'Ombre (Phares & Chaplin, 1997). Jung est aussi connu pour sa description de la personnalité introvertie (l'individu a tendance à s'intéresser aux idées plutôt qu'aux relations sociales) et de la personnalité extravertie (l'individu s'intéresse davantage au monde extérieur et aux autres personnes qui y évoluent) (Phares & Chaplin, 1997).

Anna Freud (1895-1982) est la plus jeune enfant de Freud et la seule à avoir été impliquée dans le mouvement psychanalytique. Son père fut son analyste durant de nombreuses années, ce qui n'était pas anormal à l'époque, avant que l'orthodoxie du mouvement ne se soit cristallisée. Elle ne reçut aucune éducation universitaire mais fréquenta toutefois l'Institut Psychanalytique de Vienne. Elle est connue surtout comme la fondatrice de la psychanalyse des enfants et la gardienne de l'héritage freudien, mais

s'intéressa aussi aux mécanismes de défense et à leur rapport à la réalité (American Psychoanalytic Association, n.d. c).

Personnalité controversée, Jacques Lacan (1901-1981) fut expulsé de l'Association Internationale de Psychanalyse dans les années soixante pour ce que ses membres considéraient comme de multiples hérésies, incluant par exemple sa décision d'offrir de courtes sessions à ses patients (American Psychoanalytic Association, n.d. c). Il fit par la suite de Paris son quartier général et y fonda sa propre école de psychanalyse, où il « (...) engagea la psychanalyse dans la question épistémologique de ce qu'est et peut être la science » (Rajchman, 1994, pp.25-26) et introduisit entre autres choses l'idée de la primauté des fonctions linguistiques dans la structure de l'inconscient (American Psychoanalytic Association, n.d. c). En effet, le langage parlé et la narration occupaient une place prépondérante pour Lacan, à un point tel qu'il ne s'en remettait pas à la forme écrite pour véhiculer sa pensée, mais bien au séminaire qu'il dirigea durant trente ans (Rajchman, 1994). Fryer (2004) mentionne à ce sujet que Lacan cherchait constamment de nouvelles façons d'exprimer son point de vue et que son langage variait conséquemment. Mais Lacan avait aussi d'autres intérêts, comme l'éthique de la psychanalyse. Pour lui, cette dernière n'avait rien à voir avec des jugements moraux à propos d'événements passés; il se montrait d'ailleurs suspicieux face à l'éthique philosophique traditionnelle (Fryer, 2004). Il parlait plutôt d'une éthique du désir. Ainsi, l'individu agit de façon éthique non pas lorsqu'il calque son comportement sur une loi morale internalisée, mais lorsqu'il agit selon son désir (Fryer, 2004; Zupančič, 2005).

Erik Erikson (1902-1994) arrêta ses études après l'école secondaire et passa les années suivantes à explorer l'Italie, jusqu'à ce qu'un des ses amis lui propose un poste d'éducateur dans une garderie de Vienne en 1927. C'est à ce moment qu'il rencontra la famille Freud et commença son apprentissage de la psychanalyse sous la tutelle d'Anna Freud. Il enseigna ensuite dans plusieurs universités prestigieuses dont Harvard, Yale et Berkeley. Erikson est particulièrement connu pour sa théorie du développement psychosocial, qui se déroulerait selon lui en huit stades, échelonnés sur toute une vie.

Chacun de ces stades confronte l'individu à une crise et la façon dont il résout celle-ci (positivement ou négativement) affecte sa capacité à gérer la crise suivante. Par exemple, lors du cinquième stade, l'individu, alors âgé de 12 à 20 ans, doit négocier avec la confusion entourant son identité et sa définition de lui-même. Si cette crise est résolue de façon concluante, l'individu percevra son identité comme constante; si cette crise est mal résolue, l'individu sera paralysé par l'incertitude (Phares & Chaplin, 1997).

1.2 Sur quoi la majorité des discussions sur l'éthique et la psychanalyse se penchent-elles spécifiquement?

Les auteurs s'intéressant conjointement à l'éthique et à la psychanalyse concentrent généralement leur attention sur trois aspects distincts, dont le premier est le développement de la morale et du surmoi (Bilmes, 1999; Tallon, 2007; Zoja, 1995). De plus, considérant les buts de la psychanalyse, certains se demandent si elle est éthique en soi (Blass, 2003a; Merlino, 2006). Finalement, on trouve plusieurs articles portant sur des principes importants à respecter en psychanalyse (Merlino, 2006; Rubin, 2005; Solomon & Twyman, 2003; Szasz, 1974; Winer & Lax, 2002).

1.2.1 La morale et le surmoi

Andrew Tallon est professeur de philosophie à Marquette University, à Milwaukee, au Wisconsin. Il fut responsable de cours portant entre autres choses sur la philosophie des relations interpersonnelles et les problèmes éthiques contemporains. Pour Tallon (2007), l'éthique est un continuum. Il place à un pôle la perspective relativiste selon laquelle l'éthique ne serait qu'un comportement appris parmi tant d'autres. Il donne comme exemple le développement du surmoi tel qu'expliqué par Freud, c'est-à-dire un mécanisme résultant d'une intériorisation des valeurs et des idéaux de la société, intériorisation renforcée par l'application de punitions et de récompenses. Emmanuel Levinas représente la perspective absolutiste du pôle opposé. Pour Levinas, l'éthique est présente avant la

pensée et le libre arbitre, plutôt que dépendante d'eux; nous sommes éternellement responsable de l'Autre.

Quant à Bilmes (1999), psychanalyste, psychologue et professeur à la California School of Professional Psychology de 1969 jusqu'à son décès en 2007, la psychanalyse a permis de comprendre que les actes en apparence dictés par la morale ne sont pas toujours constructifs ou aimants, mais qu'ils peuvent aussi avoir une visée plus sombre. Il y a parfois une dimension narcissique dans l'idéalisme, un élément sadique dans le maintien du décorum, un besoin obsessionnel qui trouve satisfaction dans l'obéissance, une soif de pouvoir derrière le respect de la loi et un désir expiatoire derrière un acte charitable. C'est pourquoi Zoja (1995) maintient que les analystes devraient rester suspicieux de leurs règles morales et de leurs principes de conduite jusqu'à ce qu'ils soient capables d'évaluer leurs retombées réelles et finales.

1.2.2 La psychanalyse est-elle éthique en soi?

Plusieurs commentateurs de Freud ont conclu que pour deux raisons importantes la théorie psychanalytique classique rendait la réflexion éthique inutile (Merlino, 2006). Rappelons d'abord que la psychanalyse était à ses débuts considérée comme une science au même titre que la biologie ou la chimie. En tant que telle, elle n'avait donc pas à se soucier de systèmes de valeurs, de moralité ou d'éthique; elle n'avait qu'à respecter les règles de la méthode scientifique (Wallwork, 2005). En deuxième lieu, certains croient qu'une conduite morale serait totalement impossible compte tenu du déterminisme psychique (Merlino, 2006).

Mais le but de la psychanalyse n'est-il pas justement de rendre le patient conscient de ses motivations et de ses désirs profonds afin qu'il agisse de manière plus authentique? Si c'est le cas, il existerait deux niveaux de connaissance de soi : le soi « tel quel », ou *non intégré*, de l'individu qui n'est pas encore en contact avec ses désirs, ses sentiments et ses espoirs inconscients et le soi *intégré*, qui apparaît lorsque l'individu est conscient de ce qui

motive vraiment ses actes et qu'il n'est plus mené par une force invisible ou étrangère à ses yeux (Blass, 2003a). Ces deux soi ne convergeant pas créent des tensions éthiques chez l'analyste. Par exemple, certains soutiennent qu'il faut respecter le soi intégré n'ayant qu'une conscience limitée de ses motivations, alors que d'autres disent plutôt qu'il faut entendre les besoins du soi non intégré en lumière des besoins potentiels que le soi exprimerait s'il était intégré (Blass, 2003a).

Cette situation pose un problème éthique particulier : Est-il possible d'obtenir le consentement du soi non intégré pour le processus qu'il devra traverser afin de devenir intégré, une sorte de consentement éclairé à la psychanalyse? Une fois que le patient est devenu plus intégré, il est possible qu'il soit reconnaissant des changements qui se sont effectués chez lui, mais cela ne signifie pas qu'il y aurait consenti s'il en avait été averti au départ (Blass, 2003a). Ce qui mène au point suivant : à quel point l'atteinte de ce soi intégré est-elle une fin souhaitable, éthiquement? On pourrait soutenir que le soi intégré est intuitivement éthique car il permet à l'individu d'être plus honnête avec lui-même et avec les autres. Mais agir de façon authentique ne signifie pas automatiquement agir de façon plus éthique (Blass, 2003a). Par exemple, un individu pourrait réaliser qu'il a des pulsions meurtrières envers sa mère qui l'a complètement négligé lorsqu'il était enfant; le passage à l'acte serait authentique, au sens où il représenterait le désir de l'individu, mais ne serait pas éthique pour autant.

Finalement, selon Lacan (1973a), l'éthique joue un grand rôle en psychanalyse. Du côté du patient, elle est illustrée par la culpabilité que celui-ci peut ressentir face à ses désirs et par la nature pathologique de la moralité civilisée. Il existerait en effet un conflit fondamental entre cette moralité civilisée et les pulsions essentiellement amORALES du patient. L'analyste doit non seulement se pencher sur ce conflit existant chez le patient mais aussi se soucier des problèmes éthiques pouvant survenir durant la cure. Lacan (1973a) réfute l'idée que la psychanalyse favoriserait une éthique libertine: il soutient que la position éthique de l'analyste est révélée par la façon dont il formule les buts de la cure. Comme Lacan insiste sur la nécessité pour le patient de confronter la relation entre ses

actes et ses désirs dans l'immédiat du présent, on pourrait en fait parler non seulement d'une éthique du désir, mais aussi d'une éthique de la vérité.

1.2.3 Principes généraux à respecter

La confidentialité est un principe très fréquemment évoqué dans les discussions sur l'éthique et la psychanalyse. Winer et Lax (2002) conviennent qu'il peut parfois être souffrant pour l'analyste de porter le poids des confidences de ses patients et qu'il pourrait être tenté de s'en soulager en en discutant avec un conjoint ou un ami. Cette idée est inadmissible pour les auteurs, qui suggèrent plutôt de se confier à un collègue si nécessaire. Outre cette évidence, le respect de la confidentialité pose un autre problème éthique. Par exemple, que devrait faire un analyste à qui un patient a révélé des intentions violentes? La confidentialité devrait-elle être absolue, peu importe ce que le patient révèle? Certains analystes croient que prévenir les autorités compétentes est acceptable seulement si c'est la seule façon d'éviter des dommages sérieux et imminents à autrui; même dans ce cas, les révélations devraient être restreintes au strict minimum nécessaire (Winer & Lax, 2002). D'un autre côté, le concept de *personne* est étroitement lié dans le monde occidental à la notion d'être son propre maître, c'est-à-dire au fait que l'individu soit non seulement propriétaire de son corps mais aussi de ses pensées. En effet, selon Rubin (2005), nos pensées nous appartiennent, à moins que nous décidions volontairement d'en faire part à quelqu'un d'autre. Dans le cas qui nous occupe, le patient aurait accepté de partager ses pensées avec son analyste et uniquement avec celui-ci. Outre cet argument théorique, les lois obligeant la divulgation d'intentions violentes sont aussi contre-productives parce qu'elles empêchent les gens ayant des problèmes avec des aspects agressifs de leur personnalité d'aller chercher de l'aide. Par exemple, pour Winer et Lax (2002), l'affirmation « Je veux empoisonner le réseau d'eau potable de la ville » est un appel à l'aide avant d'être une menace réelle. Si l'individu avait un endroit sécuritaire et totalement confidentiel où discuter de ce type d'impulsion, afin de mieux comprendre sa source et sa signification, il y a fort à parier qu'il ne passerait pas à l'acte.

Toutes les considérations éthiques en psychanalyse ne sont pas aussi dramatiques que l'exemple ci-dessus. Il existe certains aspects éthiques à respecter au quotidien, comme le fait de commencer les sessions à l'heure juste et de discuter conjointement du paiement des frais ou des arrangements à mettre en place lors de vacances de l'analyste (Solomon & Twyman, 2003). D'autres problèmes peuvent survenir si un troisième acteur est impliqué dans la relation entre l'analyste et le patient. Ainsi, l'analyste pourrait juger que le patient bénéficierait de deux rencontres par semaine alors que la compagnie d'assurance du patient ne rembourse qu'un rendez-vous hebdomadaire (Merlino, 2006).

Szasz (1974) conçoit la relation thérapeutique comme un contrat selon lequel la seule tâche de l'analyste consiste à analyser; il n'a pas à répondre aux autres besoins du patient, quels qu'ils soient. Il dit donc à propos des relations sexuelles entre analyste et patient que la situation peut sembler de nature érotique au premier abord mais qu'elle ne l'est en fait pas plus que n'importe quelle autre demande du patient à l'analyste, par exemple des conseils ou une prescription de somnifères si l'analyste est aussi médecin. Ces désirs du patient sont raisonnables et l'analyste ne doit surtout pas le décourager d'aller les combler ailleurs, mais ce n'est pas son rôle de les satisfaire lui-même (Szasz, 1974).

En résumé, nous avons vu dans ce chapitre que le but de la psychanalyse, approche thérapeutique créée par Sigmund Freud, n'est pas le bonheur mais bien la connaissance de soi et la capacité à agir de façon authentique (Tallon, 2007). De plus, nous avons appris que selon ce mouvement, nos gestes ont principalement des motivations inconscientes (Phares et Chaplin, 1997). Finalement, nous avons exploré les diverses façons dont l'éthique et la psychanalyse sont étudiées conjointement, en nous penchant par exemple sur des articles traitant de principes importants à respecter en analyse. À ce sujet, Szasz (1974) met en garde l'analyste contre la tentation de vouloir répondre à tous les besoins du patient et l'enjoint à se cantonner strictement à l'analyse. Mais pourquoi le patient s'attendrait-il à plus de son analyste que ce que ce dernier lui a promis? La réponse se trouve dans le processus de transfert sur lequel nous allons nous pencher dans le chapitre suivant.

Chapitre 2: Le transfert et le contre-transfert

Comme ce mémoire se penche sur le transfert et le contre-transfert et les considérations éthiques qu'ils soulèvent en psychothérapie, ces processus seront ici définis en détails. Suivra une recension critique des suggestions données aux analystes et aux thérapeutes par divers auteurs pour les aider à gérer les bouleversements générés par le transfert et le contre-transfert.

2.1 Définition des processus de transfert et de contre-transfert

Le transfert est un élément important de presque toute analyse ou thérapie psychodynamique ayant du succès (Phares & Chaplin, 1997). Ceci étant dit, il ne contribue au progrès de la thérapie que s'il est reconnu comme tel par le thérapeute et que celui-ci est capable de contrôler les réactions qu'il suscite chez lui, qu'on nomme dans leur ensemble contre-transfert (Fröhlich, 1997).

2.1.1 Le transfert

Freud (1924/2001) décrit ainsi le transfert :

« Chaque fois que nous traitons psychanalytiquement un névrosé, ce dernier subit l'étonnant phénomène que nous appelons transfert. Cela signifie qu'il déverse sur le médecin un trop-plein d'excitations affectueuses, souvent mêlées d'hostilité, qui n'ont leur source ou leur raison d'être dans aucune expérience réelle; la façon dont elles apparaissent, et leurs particularités, montrent qu'elles dérivent d'anciens désirs du malade devenus inconscients. » (p.74)

Erikson (1971) spécifie un peu plus cette définition en expliquant que le patient reporte sur l'analyste des problèmes majeurs qu'il a eu dans le passé avec des personnes importantes pour lui. King (1980) et Schafer (1983) attribuent le transfert à une compulsion du patient à répéter constamment des conflits inconscients, des traumatismes et des fantasmes pathologiques. Cette répétition n'est pas que formelle; le patient ressent encore une fois toutes les émotions, les attentes et les désirs qui étaient présents dans cette situation passée,

mais il rend maintenant l'analyste responsable de cette détresse. Certains auteurs insistent que le patient réagit à l'analyste comme si ce dernier était une figure marquante de son enfance et non pas de son passé récent (Phares & Chaplin, 1997; Sorrel, 1973; Stoloff, 1993). Le fait que le patient soit couché sur un divan et que l'analyste soit derrière lui, soustrait à son regard, faciliterait le développement du transfert (Stoloff, 1993).

Cette répétition du passé n'est cependant pas totalement statique et immuable; elle permet une nouvelle lecture des événements vécus et de la façon dont ils ont été interprétés (Guyomard, 1998). Le patient peut en effet vouloir revivre certains moments de son existence dans l'espoir de mieux comprendre et contrôler les perceptions et les émotions qui s'y rattachent (de Blécourt, 1993). De même, Blos (1980), affirme que le patient cherche dans le transfert un moyen de surmonter une barrière dans son développement psychosocial. Ceci étant dit, les sentiments du patient envers l'analyste ne sont pas moins réels parce qu'ils sont liés à une répétition du passé (Szasz, 1974). Le transfert se produit après tout dans la vie *actuelle* du patient, dans son présent; il s'agit d'un état transitionnel vers une plus grande connaissance de soi (Schafer, 1983).

Les écrits de Lacan au sujet du transfert peuvent ici nous être utiles pour mieux comprendre la situation. Lacan (1973b) croit qu'il existe deux aspects du transfert: un aspect symbolique (la répétition) et un aspect imaginaire (sentiments d'amour et de haine). Ces deux aspects sont inséparables, mais la perspective qu'ils offrent sur le phénomène est différente. Pour Lacan, insister sur la répétition signifie refuser de voir qu'il existe dans la situation analytique une relation qui doit être étudiée ici et maintenant. Cet aspect imaginaire, qu'il appelle "l'amour de transfert", est un processus complexe: par exemple, selon lui, le désir n'apparaît jamais entre deux sujets mais entre un sujet et un être survalorisé qui est tombé au niveau d'objet (Lacan, 1973b).

Il importe de noter que la psychanalyse ne crée pas le transfert : elle ne fait que le mettre à jour (de Blécourt, 1993; Freud, 1924/2001). D'ailleurs, certains auteurs soutiennent que le transfert est un mécanisme interpersonnel caractérisant toutes les

relations humaines (Abend, 1993; Blos, 1980). Erikson (1964) croit quant à lui que ce processus se manifeste avec les personnes qui se trouvent dans une position importante face à un individu, comme par exemple les leaders, les supérieurs hiérarchiques, les adversaires et les rivaux.

Le transfert peut être positif ou négatif et présenter plusieurs gradations, allant de bénin à intense. Si le transfert est positif, le patient souhaitera que l'analyste soit heureux et qu'il ait du succès dans sa carrière et sa vie personnelle (Sorrel, 1973). Au contraire, si le transfert est négatif, le patient sera hostile envers l'analyste, il l'insultera peut-être et, à l'extrême, pourrait tenter de le blesser physiquement (Fink, 1999; Sorrel, 1973). Il est même possible que le transfert soit si intensément négatif qu'il rende toute analyse impossible (Atterton, 2007). Abend (1993) note cependant qu'une réaction agressive du patient pourrait aussi être due à la manière dont l'analyste mène la thérapie ou à son insensibilité, par exemple.

L'analyste a la responsabilité d'analyser le transfert plutôt que de l'exploiter de quelque manière que ce soit (Szasz, 1974); en effet, c'est de cette façon que l'inconscient du patient se manifestera et pourra être interprété (Stoloff, 1993). Selon Schafer (1983), l'analyse du transfert vise à corriger certaines croyances que le patient entretient envers lui-même et les autres. Ces croyances sont influencées par la façon dont le patient a appris durant l'enfance à se percevoir lui-même et à évaluer et réagir aux autres personnes (Kolb & Montgomery, 1958). L'analyste doit tenter de comprendre pourquoi le patient est convaincu de la véracité de ses croyances et lui démontrer quelles sont leurs conséquences. En illustrant au patient comment ses croyances déterminent ce qui est douloureux, plaisant ou limitant dans la relation thérapeutique, l'analyste tente de faire du patient un partenaire à part égale dans l'analyse. Malgré ce but louable, ces tentatives sont perçues par le patient comme une attaque de sa réalité et sa vision du monde et il aura donc au départ tendance à résister aux interprétations de l'analyste (Schafer, 1983).

Tant que le transfert n'est pas résolu et que le patient n'a pas compris l'origine de ses croyances à propos de lui-même et des autres, il répètera inlassablement les mêmes conflits avec l'analyste sans se rendre compte qu'il est en train de rejouer une expérience passée (Kantrowitz, Katz & Paolitto, 1990). Plusieurs analystes pensent que le transfert doit avoir été complètement liquidé avant que l'analyse ne se termine (Sorrel, 1973; Szasz, 1974). Autrement dit, l'analyste ne devrait plus être un objet vers lequel le patient dirige des émotions qui sont en fait suscitées par d'autres personnes. Certains analystes croient par contre qu'il n'est pas toujours possible de résoudre entièrement le transfert et qu'il n'est pas dommageable qu'il soit encore présent à la fin de l'analyse tant qu'il est positif et léger (Sorrel, 1973; Stoloff, 1993).

2.1.2 Le contre-transfert

Le terme contre-transfert désigna d'abord les limites que l'inconscient de l'analyste imposait sur son objectivité (Abend, 1993) et sur sa capacité à comprendre le patient. L'usage actuel met plutôt l'accent sur l'ensemble des réactions de l'analyste envers un patient (Abend, 1989). Comme il a été mentionné ci-haut, lors du processus de transfert le patient réagit à l'analyste comme si ce dernier était une figure marquante de son passé et il répète avec lui toutes sortes de conflits. L'analyste doit analyser ces interactions avec le patient, mais il ne doit pas y réagir personnellement. Lorsqu'il ne peut s'en empêcher, on dit qu'un contre-transfert se produit (Phares & Chaplin, 1997). Le transfert et le contre-transfert s'influencent constamment l'un l'autre; il s'agit d'une relation réciproque en constante évolution (Ulman & Stolorow, 1985). Le thérapeute peut être conscient de ce qui se produit et analyser le contre-transfert; être incapable de rester à distance et réagir personnellement à ce que lui dit le patient (avec colère, par exemple); ou être totalement inconscient qu'il y a un contre-transfert à l'œuvre (Muslin & Clarke, 1988; Racker, 1957).

Selon Racker (1957), le contre-transfert comprend toutes les réactions psychologiques de l'analyste au patient. Ce point de vue ne fait pas l'unanimité. De Blécourt (1993) croit par exemple que les perceptions et les comportements conscients de

l'analyste, ajustés à la réalité de sa relation avec le patient, ne font pas partie du contre-transfert. Après tout, l'analyste réagit d'une façon qui lui est propre à diverses qualités, valeurs et attitudes présentes chez n'importe quel individu, pas seulement chez ses patients (Kantrowitz et al., 1990). Stoloff (1993) distingue quant à lui « le contre-transfert au sens large, c'est-à-dire l'ensemble de la subjectivité inconsciente de l'analyste en tant qu'elle se trouve réactivée par le transfert » (p.68) du patient et la pensée de l'analyste (incluant entre autres choses les diverses théories qu'il tient pour acquises) qui serait plus objective (Stoloff, 1993).

Certains thérapeutes sont d'avis que le contre-transfert est principalement une source de problèmes et qu'il est nuisible au bon déroulement de la thérapie (Phares & Chaplin, 1997; Solomon, 2001). Par exemple, si un analyste ressent des sentiments négatifs face à un patient, cela risque fort de réduire sa capacité d'empathie à l'égard de ce dernier (Muslin & Clarke, 1988). D'autres pensent plutôt qu'il s'agit d'un outil très utile pour mieux comprendre le transfert du patient (Blass, 2003b; Ulman & Stolorow, 1985) et que l'analyste devrait donc se servir de ses émotions pour mieux guider son intervention (Erikson, 1971). Ceci dit, l'analyste devrait garder en tête que des réactions excessivement positives ou négatives envers le patient testent vigoureusement son éthique et risquent de rendre le traitement impossible (Kantrowitz et al., 1990; Solomon & Twyman, 2003). Denis (2007) ira jusqu'à dire que « (...) la plupart des fautes éthiques – en dehors de conduites délibérément perverses – ont une origine inconsciente, contre-transférentielle, contre laquelle les règlements ne protègent pas. » (p.92)

Pourquoi l'analyste est-il aussi vulnérable au contre-transfert, s'il y a été préparé dans sa formation? C'est que ce processus est influencé par les fantasmes, les biais et les préjugés de l'analyste (Fink, 1999), dont ce dernier n'est pas toujours conscient, ainsi que par sa vulnérabilité et sa sensibilité, qu'il peut être difficile de protéger constamment s'il veut réellement entrer en contact avec le patient (Muslin & Clarke, 1988). Il arrive aussi que l'analyste soit distrait à cause de difficultés dans sa vie personnelle et que son attention

y soit dirigée plutôt qu'occupée à rester vigilante au contre-transfert (Muslin & Clarke, 1988).

Certaines manifestations du contre-transfert sont attribuables aux dispositions caractérielles de l'analyste, comme une tendance à être exagérément accommodant afin de diminuer un sentiment de culpabilité ou l'habitude de projeter ses propres problèmes chez ses patients (Abend, 1989). De plus, le contre-transfert est parfois une manifestation des mécanismes de défense pathologiques que l'analyste met en place lorsque ce que le patient lui raconte ravive en lui d'anciennes angoisses et lui rappelle des conflits internes non résolus (Racker, 1957). Dans ce contexte, l'analyste pourrait se laisser emporter par un sadisme inconscient et réagir d'une manière nuisant au bon déroulement de l'analyse, par exemple en interprétant de façon blessante les propos du patient (Solomon & Twyman, 2003) ou en cherchant à le dominer en se montrant supérieur (Erikson, 1971). D'autre part, l'analyste a comme tout être humain certains élans narcissiques et ceux-ci peuvent s'exprimer dans le contre-transfert, que ce soit par un besoin qu'on reconnaisse tous les efforts qu'il a investi dans sa formation ou qu'on le rassure sur son utilité et sa compétence (Capell, 1967; Solomon & Twyman, 2003).

Comme il a été illustré plus haut, il existe plusieurs défis au déroulement optimal de l'analyse. Contrairement à d'autres formes de relation d'aide, on s'attend ici à ce que des émotions intenses soient dirigées du patient à l'analyste, et vice versa; ce phénomène est en fait partie intégrante de la thérapie, plutôt qu'une manifestation accessoire (Freud, 1953/1985). C'est ce qui explique le choix de la thérapie psychodynamique, largement inspirée de la psychanalyse pour ce projet : si une stratégie aidant le thérapeute à maintenir une attitude éthique envers ses patients se révèle efficace dans ce contexte, il est probable qu'elle le soit aussi dans d'autres types de thérapie moins émotionnellement volatiles.

2.2 Comment le thérapeute devrait-il gérer le contre-transfert?

Comme le contre-transfert est partie prenante de chaque analyse et chaque thérapie psychodynamique et qu'il peut avoir des conséquences négatives importantes, plusieurs auteurs proposent des stratégies pour aider l'analyste et le thérapeute à maintenir une attitude éthique avec leurs patients.

2.2.1 L'abstinence et la neutralité

Le terme abstinence ne possède pas ici uniquement sa connotation sexuelle habituelle. Il s'agit aussi d'une position que l'analyste devrait avoir face à son patient, position d'effacement qui lui interdirait d'exercer quelque pouvoir que ce soit sur ce dernier (Stoloff, 1993). Fabian (2001) parle quant à lui d'une abstinence émotionnelle, où le thérapeute éviterait de manifester ce qu'il ressent. Enfin, pour de Blécourt (1993) l'abstinence signifie que l'analyste ne devrait gratifier aucun des vœux, des désirs ou des demandes du patient, quels qu'ils soient. Bref, la définition de ce terme ne fait pas l'unanimité.

Le concept d'abstinence est lié de près à celui de neutralité (Schafer, 1983). Rares sont les auteurs qui croient encore qu'il est possible pour un analyste d'être complètement objectif face à un patient (Abend, 1993), mais cela reste néanmoins un objectif (Sorrel, 1973). Klimovsky, Dupetit et Zysman (1995) semblent comprendre qu'une parfaite neutralité soit difficile à atteindre et pesante à maintenir pour la majorité des analystes car ils leur rappellent que cette attitude en vaudra ultimement la peine pour le patient. Ils suggèrent de concevoir la neutralité de l'analyste comme un instrument aidant le patient à atteindre une connaissance de lui-même accrue et une plus grande liberté. Wallwork (1991) spécifie que cette neutralité devrait être bienveillante, compatissante et transmettre au patient que l'analyste se soucie de son bien-être, ce qui, techniquement, serait une attitude plus positive que neutre.

2.2.2 Avoir été soi-même en analyse ou y être en ce moment

Notons d'abord qu'il faut avoir fait soi-même une analyse pour devenir analyste, ce qui n'est pas absolument nécessaire pour un thérapeute d'orientation psychodynamique. Cette étape permettrait de mieux comprendre ce que traverse le patient et de mieux se connaître soi-même. Mais cela aurait aussi un autre avantage : l'analyste aurait intériorisé, en tant que patient durant sa propre analyse, ce que signifiait être traité de façon éthique (Solomon & Twyman, 2003) et s'appuierait sur cette expérience pour calibrer son intervention et ses réactions (Barnes, 2003). Un problème évident surgit ici : que se passe-t-il si l'analyste n'a pas été traité de façon éthique par son propre analyste et qu'il a intériorisé cette expérience comme modèle? Il se trouverait ensuite à reproduire ce modèle avec ses propres patients, avec des conséquences probablement fâcheuses.

Autre possibilité, l'analyste pourrait être encore lui-même en analyse, ou décider d'y retourner, et profiter de cet espace pour mieux comprendre ses réactions contre-transférentielles à ses patients (Haule, 1995; Ulman & Stolorow, 1985). Stoloff (1993) est tellement convaincu du bien-fondé de cette tactique qu'il conseille l'analyse indéfinie de l'analyste, ce qui entraînerait des coûts monétaires importants à long terme. Abend (1989) et Wakefield (1995), plus modérés, croient que des ré-analyses périodiques pourraient suffire. Cette stratégie est certes plus abordable financièrement, mais l'effet potentiel de la discontinuité entre ces analyses multiples n'est pas clair.

2.2.3 L'auto-analyse

Nous savons que Freud s'analysait lui-même alors que le mouvement psychanalytique n'en était encore qu'à ses premiers balbutiements (Phares & Chaplin, 1997), mais cette pratique serait aussi utile aux thérapeutes modernes. En effet, l'auto-analyse serait un moyen privilégié de débusquer des sentiments liés au contre-transfert (de Blécourt, 1993; Denis, 2007; Muslin & Clarke, 1988; Racker, 1957). Abend (1989) nuance

un peu ce propos en disant que seuls les contre-transferts d'intensité modérée se prêtent à l'auto-analyse; les plus extrêmes justifieraient un retour en analyse.

Comment un thérapeute devrait-il procéder pour s'analyser lui-même? Les précisions à cet égard sont rares : les bons analystes seraient apparemment capables d'évaluer constamment leurs sentiments et leurs états d'âme afin de s'assurer que le contre-transfert ne nuit pas à leur travail (Fink, 1999; Phares & Chaplin, 1997). De plus, ils devraient pouvoir explorer à la fois la psyché du patient (de Blécourt, 1993), leur propre psyché et l'interaction des deux (Gordon, 1995). Tout ceci en étant totalement présent dans la relation thérapeutique (Solomon & Twyman, 2003). Wakefield (1995) reconnaît que c'est un objectif exigeant, qui demande un effort de tous les instants.

Ainsi, même si l'auto-analyse est louangée comme une tactique de choix pour se protéger des effets néfastes du contre-transfert, la façon de l'appliquer concrètement reste peu explicite et son utilisation optimale demanderait une vigilance quasi-surhumaine.

2.2.4 Discuter avec un ou plusieurs collègue(s)

Bien que la confidentialité de la relation thérapeutique soit un principe important, il peut être acceptable pour le thérapeute de se confier à un collègue s'il sent que son éthique est vigoureusement testée et qu'il craint en conséquence de nuire à son patient (Barnes, 2003; Haule, 1995; Irvine, 1995; Wakefield, 1995; Winer & Lax, 2002). Plant (1995) croit même que cela devrait devenir une règle et une tradition dans chaque société analytique : dès que l'analyste a un doute sur la tangente que prend sa relation avec un patient, il devrait pouvoir consulter un collègue, et ce, sans payer pour la première (et possiblement seule) visite. L'aspect charitable de cet arrangement vise à souligner qu'une transgression (réelle ou imaginée) reste une erreur humaine et que l'analyste en faute n'est pas au-delà de la rédemption.

Il importe de souligner que les analystes et les thérapeutes, même s'ils ont une pratique privée, ne sont pas laissés complètement à eux-mêmes. Tout d'abord, ils peuvent toujours contacter leur ordre professionnel respectif. De plus, il existe des groupes de discussion, parfois appelés groupes de contrôle, où ils peuvent parler ensemble de leurs difficultés (Solomon et Twyman, 2003). Ces regroupements sont souvent inspirés des groupes de parole Balint⁴, instaurés dans les années cinquante par Michaël Balint, un médecin et psychanalyste hongrois (Otten, 2002). L'idée de consulter un collègue ou de discuter de ses préoccupations avec plusieurs d'entre eux semble raisonnable et assez facilement réalisable, tant que le thérapeute est confortable à l'idée de partager des réactions et des sentiments intimes avec d'autres.

2.2.5 Consulter un code d'éthique ou un comité d'éthique

S'il travaille par exemple dans un hôpital, le thérapeute qui se demande si son comportement dépasse les limites d'une relation thérapeutique saine pourrait toujours s'adresser au comité d'éthique afin d'y voir plus clair (Irvine, 1995; Solomon & Twyman, 2003). L'inconvénient majeur est que ces comités se rencontrent souvent à des intervalles précis et qu'il pourrait donc s'écouler un certain temps avant d'obtenir des conseils ou une réponse. De plus, tous les milieux de travail ne possèdent pas un comité d'éthique. Alternativement, il pourrait évidemment consulter le code d'éthique de l'ordre professionnel auquel il se rattache (Solomon & Twyman, 2003). La majorité des codes d'éthique comportent cependant un désavantage handicapant pour le thérapeute qui chercherait une méthode concrète pour bien se comporter avec ses patients : ils sont généralement vagues, énonçant des principes de base à respecter sans nécessairement expliquer comment s'y prendre au quotidien. (À l'exception de prescriptions évidentes, comme de ne pas avoir de relations sexuelles avec les patients.) Par exemple, le code

⁴ Les groupes Balint seront discutés plus en détails dans le chapitre suivant, qui décrit les débuts de la médecine narrative.

d'éthique de l'*International Psychoanalytical Association* (2007) mentionne simplement qu'aucun psychanalyste ne peut violer les droits de la personne.

2.2.6 Les vertus des analystes

Peut-être les grands principes et les lignes de conduite ne sont-ils pas nécessaires. En effet, Wallwork (2005, cité dans Merlino, 2006) énumère certaines vertus qui seraient propres aux analystes, comme l'empathie, le respect, la curiosité, l'honnêteté, l'humilité et la maîtrise de soi. Haule (1995) ira jusqu'à parler d'une retenue héroïque devant la tentation. Les analystes porteraient aussi une telle dévotion à leur travail que celle-ci serait suffisante pour s'assurer qu'ils ne se laisseront pas emporter par leurs émotions (Muslin & Clarke, 1988). La provenance de ces vertus n'est pas claire; ont-elles été apprises au cours de la formation de l'analyste ou sont-elles supposées être innées chez celui-ci et le pousser vers une profession où elles pourront s'exprimer?

2.2.7 Discuter du contre-transfert avec le patient

Selon Racker (1957), bien que cela ne soit pas toujours souhaitable, il existe apparemment certaines situations où l'analyste devrait dire au patient comment il se sent et analyser avec lui le contre-transfert. L'auteur ne mentionne cependant pas clairement quand cela serait approprié, se contentant de dire que cela dépend de multiples facteurs. Erikson (1971) spécifie légèrement en expliquant qu'il s'agit d'une bonne tactique auprès de certains patients qui « (...) ne peuvent apprendre à délimiter la réalité sociale et à supporter les tensions émotionnelles que si le thérapeute peut juxtaposer ses propres réactions émotionnelles aux [leurs]. » (p.70)

2.2.8 La résilience émotionnelle

Coulehan (1995) définit la résilience émotionnelle comme une capacité à expérimenter la dynamique émotionnelle du prendre soin comme une partie essentielle d'une bonne pratique, plutôt que comme une nuisance. Ce terme désigne aussi la capacité

de fonctionner (ce que l'auteur nomme la *stabilité*) tout en ressentant des émotions profondes (la *tendresse*). Ainsi, la résilience émotionnelle empêcherait le thérapeute d'être submergé par ses sentiments tout en protégeant les intérêts du patient plus efficacement qu'une attitude détachée ne le pourrait. Pour atteindre cet état optimal, le thérapeute devrait pouvoir aménager un espace interne pour ses émotions. De cette façon, celles-ci auraient leur place, mais ne paralyseraient pas toutes les ressources disponibles, lui permettant ainsi de maintenir le cap (Coulehan, 1995; Solomon & Twyman, 2003).

2.2.9 Autres conseils et stratégies

Créer une relation formelle, plutôt qu'amicale, avec les patients dès le départ serait utile pour rappeler à l'analyste que certaines limites ne doivent pas être franchies (Irvine, 1995; Szasz, 1974). Wallwork (1991) croit que l'établissement de cette relation est basé sur une promesse implicite de l'analyste, celle de ne pas blesser ni exploiter le patient.

Certains auteurs soulignent l'importance de la prévention. Ainsi, Wakefield (1995) pense que des efforts éducatifs devraient être faits auprès de tous les gens travaillant en relation d'aide, et ce, pour deux raisons. En premier lieu, pour leur faire prendre conscience de leurs points faibles et en deuxième lieu, pour leur rappeler qu'il est de leur devoir de s'assurer qu'ils sont capables de faire correctement leur travail. De même, Gordon (1995) met les analystes en garde contre la tentation de se réfugier dans le déni ou la répression et les enjoint plutôt à rester à l'affût de manifestations d'un contre-transfert.

En bref, il est maintenant clair que le transfert et le contre-transfert ont une influence importante quant au bon déroulement et au succès de la thérapie psychodynamique. En conséquence, plusieurs auteurs ont tenté de trouver des stratégies qui permettraient au thérapeute de bien gérer ces processus. Il semble toutefois qu'elles présentent des difficultés d'application rendant parfois leur utilisation rébarbative. Or, comme nous allons le voir au chapitre trois, il existe une méthode propre à la médecine

narrative qui pourrait aider les thérapeutes à maintenir une relation éthique avec leurs patients.

Chapitre 3: La médecine narrative

Ce chapitre comporte deux parties. La première retrace les origines de la médecine narrative et définit ses trois piliers : l'attention, la représentation et l'affiliation. La deuxième traite plus spécifiquement de la représentation et de la façon dont elle pourrait servir d'outil au thérapeute soucieux de maintenir une relation éthique avec ses patients.

3.1 Qu'est-ce que la médecine narrative?

Bien que la médecine narrative semble avoir pris son envol à la fin des années quatre-vingt-dix, elle n'aurait pu voir le jour sans la contribution de Michael Balint dès les années cinquante. Elle fut aussi propulsée par certaines transformations sociales et idéologiques majeures durant les années soixante-dix. Ainsi, l'émergence du courant du constructivisme social et l'avènement de l'ère postmoderne ont permis au mouvement chapeauté par la docteure Rita Charon d'atteindre la proéminence qu'il connaît aujourd'hui. Sans ces bouleversements, les intervenants du milieu de la santé ne seraient pas aussi familiers avec les concepts d'attention, de représentation et d'affiliation et les façons dont ils peuvent rendre la pratique médicale plus satisfaisante pour tous les acteurs.

3.1.1 Origines et définition

Au cœur de la médecine narrative réside la notion de récit, qu'il s'agisse d'écouter celui des autres ou de raconter le nôtre. Médecin et psychanalyste hongrois, Michaël Balint (1896-1970) s'est intéressé dès les années cinquante à la relation médecin-patient et à la façon dont cette dyade communiquait. À son avis, cette relation se dégradait à mesure qu'apparaissaient de nouveaux tests diagnostiques et des médicaments toujours plus performants. On ne prenait plus en considération le patient dans sa totalité, comme un être humain avec ses joies et ses peines, on n'écoutait plus ce qu'il avait à dire; il devenait pour le médecin une machine faite de plusieurs parties individuelles fonctionnant plus ou moins

bien (Balint, 2002)⁵. C'est ce qui amènera Balint à dire que c'était la relation médecin-patient qui était malade (Swerdloff, 2002).⁶ Il en conclut que les médecins devaient approcher différemment les problèmes des patients et être conscients de leurs effets sur ces derniers, de leur rôle comme agent thérapeutique (Balint, 1955).

Pour mieux comprendre cette question, Balint, qui travaillait à ce moment à la clinique Tavistock à Londres, mit sur pied des groupes de discussion composés de médecins généralistes. Ces groupes avaient pour but de permettre aux médecins de partager avec des collègues leurs sentiments et leurs réflexions à propos de patients (Otten, 2002). Typiquement, un participant racontait un épisode qui s'était produit entre un patient et lui et ce que cette interaction avait évoquée chez lui (ex. tristesse, colère, incompréhension). Par la suite, les autres membres du groupe partageaient ce qu'ils pensaient et ressentaient face au récit du participant. On tentait de déterminer comment le participant pourrait mieux comprendre la personnalité du patient et sa maladie et comment il pourrait améliorer sa communication avec celui-ci (Balint, Ball, & Hare, 1969). Cette technique devait permettre au participant d'observer sa relation avec le patient de l'extérieur, de la mettre en perspective, de remarquer des choses qui lui avaient échappées auparavant (Otten, 2002). Comme ils semblent avoir des effets positifs sur les participants, les groupes Balint sont maintenant assez répandus et font parfois partie de la formation des étudiants en médecine. Auger (2002) mentionne par exemple qu'on peut en retirer « (...) tolérance et patience à l'égard des patients et (...) une meilleure adaptation de la prise en charge thérapeutique du médecin » (p.2263).

Outre la contribution importante de Balint, la médecine narrative trouve aussi ses racines dans la philosophie du constructivisme social, un courant développé par Harry Goolishian et Harlene D. Anderson dans les années soixante-dix. C'est à ce moment que débuta l'ère postmoderne, dans laquelle nous nous trouvons toujours. À la période

⁵ Cet article a originalement été publié en 1930 dans le journal médical *Gyógyászat* (Therapeutics) et traduit pour la première fois de l'hongrois au français par Judith Dupont, *Le coq-héron*, 95, 1985.

précédente, l'ère moderne, on percevait le savoir comme étant objectif et fixe; tout être humain pouvait obtenir ce savoir et ainsi trouver des réponses à ce qui l'intriguait (Poon, 2007). À l'opposé, selon la vision postmoderne, le savoir ne peut être appris de façon objective; il est de facto subjectif et construit socialement. En conséquence, le savoir et la personne le recherchant sont interdépendants : pour acquérir ce savoir, l'individu doit comprendre les liens entre contexte, culture, langage et expérience personnelle. En effet, pour les postmodernistes, les gens peuvent tirer de nouvelles connaissances de leur vision subjective de l'univers et les histoires que les êtres humains construisent à propos de leurs expériences, leurs problèmes et leurs soucis sont plus importantes que de pouvoir établir si des faits objectifs supportent leurs croyances (Poon, 2007). Les années soixante-dix virent aussi un regain d'intérêt pour les dimensions humaines de la médecine et une pratique centrée sur le patient (Charon, 2000).

C'est dans ce contexte que surgit plus ouvertement la médecine narrative, dont le but premier était de comprendre la vision du monde et les valeurs du patient à travers son utilisation du langage. Ces concepts furent développés plus en profondeur par Michael White et David Epton qui donnèrent naissance au début des années quatre-vingt-dix à la thérapie narrative. Cette approche voyait dans la vie de chaque individu une histoire en déroulement qui pouvait être étudiée de multiples perspectives et avoir plusieurs dénouements possibles (Poon, 2007).

C'est cependant la docteure Rita Charon, une interniste avec un doctorat en littérature, qui est généralement créditée pour avoir rendu populaire la médecine narrative à l'aide de nombreux articles, recherches et conférences. Elle a de plus milité activement pour que des cours à ce sujet fassent partie des programmes de médecine des universités d'Amérique du Nord (Divinsky, 2007). À son avis, la réponse généralement favorable du milieu médical à ce mouvement prouve que les soignants et les patients avaient besoin de quelque chose de plus que ce que la médecine traditionnelle proposait (Charon, 2007). Par

⁶ Cet article résulte d'une série d'entrevues enregistrées ayant eu lieu le 6 et 7 août 1965 entre Dr. Bluma

exemple, certains professionnels de la santé préfèrent maintenant utiliser une technique plus près de l'ethnographie et de l'écoute psychanalytique que du questionnaire pour recueillir de l'information auprès de leurs patients (Charon & Wyer, 2008).

Charon (2001a, 2007) utilise l'expression *médecine narrative* pour faire référence à une pratique clinique renforcée par la compétence narrative, c'est-à-dire la capacité de reconnaître, d'absorber, de métaboliser, d'interpréter et d'être touché par les récits sur la maladie. La compétence narrative suppose aussi une reconnaissance de la complexité éthique de la relation entre l'émetteur et le récepteur de l'histoire, une relation marquée par le devoir du récepteur envers les informations privilégiées qu'il possède maintenant et la gratitude de l'émetteur d'avoir été entendu (Charon, 2004). En effet, Charon (2006) considère l'éthique si importante qu'elle lui accorde une place dans les cinq aspects narratifs de la médecine, avec la temporalité, la singularité, la causalité et l'intersubjectivité. Outre ces caractéristiques, la médecine narrative repose sur trois concepts majeurs : l'attention, la représentation et l'affiliation.

3.1.2 L'attention

Selon Charon (2006), « (...) to perform healing of another, one has to empty oneself of thought, distraction, and goals and to donate oneself to the other. » (p.133) Autrement dit, on doit cesser de penser à ses soucis pour laisser la place à ceux du patient. Des méthodes comme les pratiques contemplatives, l'étude d'œuvres d'art ainsi que l'écoute favorisée par Freud ont toutes quelque chose à apprendre à la médecine narrative sur la façon d'atteindre et d'utiliser un état d'attention optimal (Charon, 2007).

Pour être totalement à l'écoute, le récepteur doit s'ouvrir à l'autre et accepter de se laisser pénétrer (Charon, 2006) par ses confidences, son histoire, ses problèmes, avec toutes les émotions et les bouleversements que cela peut entraîner. De plus, le récepteur n'est pas un sujet passif : il écoute activement, évaluant des hypothèses, formulant certaines

interprétations, cherchant des indices, tout cela pour parvenir à entendre la voix authentique de l'autre. Le récepteur est en fait un instrument au service de l'émetteur (Charon, 2006), permettant à ce dernier de clarifier sa pensée et de structurer ses expériences en un tout cohérent.

Cette forme d'attention n'est pas nécessairement facile à atteindre et à maintenir car elle comporte plusieurs challenges. En effet, le médecin doit être capable de suivre le fil du récit du patient, d'identifier les métaphores et les images utilisées par celui-ci, de tolérer l'ambiguïté et l'incertitude et d'entendre cette histoire en lumière des autres racontées par ce patient (Charon, 2006). Octroyer ainsi à l'autre son attention n'est pas sans conséquences : cette pratique transforme aussi le récepteur, clarifiant et révélant qui il est comme personne, illustrant par exemple sa façon caractéristique de gérer la tension. Il peut être utile pour le professionnel de mettre en mots le récit du patient et les pensées et les émotions qu'il a suscitées, afin de mieux comprendre ses réactions et d'apprendre à se connaître davantage (Charon, 2006).

3.1.3 La représentation

Pour Charon (2006), il y a un lien puissant et réciproque entre l'attention portée au récit du patient et la représentation que le médecin en fait par écrit. Sans cette étape médiane, il serait impossible d'atteindre une réelle affiliation car le sens de ce qui est exprimé provient simultanément de celui qui écrit et du sujet à propos duquel il écrit (Charon, 2006). Le texte est plus qu'un amalgame de mots et de signes de ponctuation; il est aussi une forme de communication entre deux individus et un outil permettant d'approfondir la connaissance de soi (Ricœur, 2008).

De plus, mettre en mots l'expérience du patient est un acte moral : sa souffrance, auparavant informe, invisible et donc insupportable, est maintenant reconnue (Anderson, 2000; Charon, 2006, 2007). En résumé, la représentation vise à illustrer ce qui est

universellement vrai en révélant le particulier alors que le savoir logico-scientifique tente d'illustrer ce qui est universellement vrai en transcendant le particulier (Charon, 2001a).

Les avantages de la représentation seront expliqués plus précisément dans la section du chapitre consacrée spécifiquement à cette pratique.

3.1.4 L'affiliation

Avant la représentation, il y a deux êtres isolés, le médecin et le patient, qui souffrent tous les deux seuls de leur côté (Charon, 2007). L'affiliation, ou l'intersubjectivité, est ce qui se produit lorsque deux sujets authentiques se rencontrent. Ce rendez-vous est à la base de la philosophie de Lévinas, qui postule que les acteurs se retrouvent alors automatiquement confrontés à leur responsabilité face à l'Autre. En effet, le médecin ayant reçu les confidences de son patient lui est maintenant redevable de ce nouveau savoir (Charon, 2006). En étant témoins de la souffrance de l'Autre, nous sommes amenés non seulement à comprendre ce que cette souffrance signifie pour lui, mais aussi ce qu'elle signifie pour nous, et c'est ce qui crée cette relation d'affiliation entre patient et médecin (Charon, 2007).

3.2 La représentation comme nouvel outil pour le thérapeute

La représentation telle que prônée par Charon repose sur une notion beaucoup plus ancienne, celle de la *mimèsis*, qui sera approfondie dans cette section à partir des travaux de Paul Ricoeur. La réflexion et la conscience de soi (« self-awareness ») seront ensuite abordées. Finalement, les avantages de la représentation, de la réflexion et de la conscience de soi seront discutés.

3.1.2 La mimèsis selon Paul Ricoeur

La *mimèsis* est un concept clé de la médecine narrative et plus spécifiquement de la représentation. Aristote utilisa ce terme grec pour définir ce qu'était un récit : « l'imitation

d'une action » ou *mimèsis praxeos* (Ricœur, 2008). Cependant, la *mimèsis* n'est pas seulement une copie conforme d'une expérience ou d'une situation, elle crée quelque chose, nous révèle un savoir auparavant inaccessible (Charon, 2006). L'auteur contemporain s'étant le plus penché sur la *mimèsis* est sans nul doute Paul Ricœur, qui en explora les trois stades (*mimèsis I*, *mimèsis II* et *mimèsis III*) en profondeur dans son œuvre *Temps et récit* (1983). L'auteur exprimait dans cet ouvrage ses réflexions sur la façon dont les êtres humains pouvaient donner sens à leur expérience du monde et à celle des autres par l'intermédiaire du texte (Ricœur, 1983).

3.1.2.1 Mimèsis I

Cette phase est celle de la composition de l'intrigue d'un récit. Pour Ricœur (1983), comme « (...) l'intrigue est une intention d'action » (p.108), il importe avant tout de décrire les traits structurels des actions en général. En premier lieu, les actions ont des *agents*, des individus pouvant poser des gestes et être tenus responsables de leurs actes. Ces agents ont des raisons d'agir comme ils le font, c'est-à-dire des *motifs*, et leurs actions sont guidées par les *buts* qu'ils souhaitent atteindre (Ricœur, 1983). Mais les agents ne maîtrisent pas tout dans leur environnement : il existe aussi des *circonstances* hors de leur contrôle qui affectent leurs décisions. Autre point important, les agents sont toujours en *interaction* avec d'autres personnes. Cette interdépendance peut prendre toutes les formes, de la coopération à la lutte. Enfin, le récit n'est pas qu'une suite de phrases d'action : il a aussi des *traits discursifs*, comme la syntaxe, par exemple, qui relie tous les éléments ensemble pour en faire un tout cohérent (Ricœur, 1983).

L'action n'existe pas dans un vacuum. Elle se situe non seulement quelque part temporellement, mais existe aussi dans un milieu culturel caractérisé par des règles et des traditions; ce sont ces dernières qui donneront un sens à l'expérience de l'individu. Pour refléter cette réalité, Ricœur (1983) dit que l'action est « symboliquement médiatisée » (p.113). L'auteur insiste sur le caractère *public* du système symbolique, qui est reconnaissable par les membres d'un même groupe social, et mentionne qu'il fournit un

contexte de description dans lequel il est possible d'interpréter la signification des actes posés par le protagoniste d'un récit. Chaque culture possède aussi ses *normes*, permettant d'évaluer si les actions reflètent les valeurs prônées par la société ou non. En effet, selon Ricœur (1983), l'action n'est jamais éthiquement neutre.

En résumé, *mimèsis I* est le stade de précompréhension de l'action, que Ricœur (1983) appelle aussi le temps préfiguré. C'est la connaissance des diverses caractéristiques de l'intrigue et de l'action qui rendent l'auteur capable de composer un texte et le lecteur capable de le déchiffrer.

3.1.2.2 Mimèsis II

Mimèsis II est le siège de l'opération de configuration de l'intrigue. Ce stade a une fonction de médiation entre *mimèsis I* et *mimèsis III*, fonction qui reflète le fait que l'intrigue est elle-même médiatrice, et ce, de trois façons (Ricœur, 1983).

En premier lieu, elle fait le lien entre plusieurs épisodes isolés et un récit pris dans son entièreté. Ainsi, une histoire n'est pas simplement une énumération d'incidents mais une entité en elle-même, ce qui fait qu'on devrait toujours pouvoir identifier le thème sous-jacent. « Bref, la mise en intrigue est l'opération qui tire d'une simple succession une configuration » (Ricœur, 1983, p.127).

Ensuite, la mise en intrigue joint de multiples éléments tous aussi divers les uns que les autres : des agents, des motifs, des buts, des circonstances, des interactions, etc. (Ricœur, 1983).

Troisièmement, elle combine deux dimensions temporelles différentes. La première, la dimension épisodique du récit, est linéaire : les épisodes du récit se suivent l'un à la suite de l'autre, chronologiquement (Ricœur, 1983). La dimension configurante reflète plutôt le travail d'assemblage des divers aspects du récit, avec le résultat que l'histoire se laisse suivre, qu'elle nous mène vers un dénouement et qu'on peut en identifier le thème

principal. De plus, lorsque nous relisons un récit dont nous connaissons déjà la fin, nous pouvons appréhender cette dernière depuis le début, ce qui nous offre une nouvelle perspective sur les péripéties qui y mènent (Ricoeur, 1983).

L'acte configurant a une autre caractéristique en lien avec le temps : la traditionalité. Pour Ricoeur (1983), une tradition n'est pas simplement la transmission de faits ou de croyances statiques, mais une évolution dynamique. La construction d'une tradition repose sur deux fonctions, la sédimentation et l'innovation (Ricoeur, 1983). La sédimentation est le processus par lequel les différents aspects de la mise en intrigue deviennent un ou des paradigme(s) guidant la création littéraire. Comme il a été discuté plus haut, l'intrigue a certains traits primaires (des agents, des circonstances, etc.) qui constituent sa forme de base. De plus, certains genres particuliers, comme la tragédie grecque, ont grandement influencé la production de textes dans la société occidentale. Finalement, il existe divers types d'œuvres littéraires, que l'on peut catégoriser selon l'agencement des péripéties et le développement de l'intrigue. Ce sont ces trois aspects, forme, genre et type, qui constituent un paradigme (Ricoeur, 1983).

L'innovation a une relation mutuelle avec la sédimentation. En effet, malgré les paradigmes en place, il y a toujours de l'espace pour l'innovation; chaque nouvelle œuvre est après tout unique. Ceci étant dit, « (...) l'innovation reste une conduite gouvernée par des règles : le travail de l'imagination ne naît pas de rien. Il se relie d'une manière ou d'une autre aux paradigmes de la tradition » (Ricoeur, 1983, p.135).

3.1.2.3 Mimèsis III

C'est dans ce dernier stade que se produit une interaction entre le texte et le lecteur. En fait, c'est l'acte de lecture lui-même qui déclenche le passage de *mimèsis II* à *mimèsis III* (Ricoeur, 1983). Les paradigmes évoqués plus haut aident le lecteur à reconnaître la forme, le genre et le type d'œuvre, lui donnent une idée de son déroulement et l'orientent vers son dénouement; en même temps, c'est le fait d'être lu qui actualise la capacité du

texte à être suivi. Selon Ricoeur (1983), le texte n'est complet qu'après avoir été lu et avoir suscité des émotions, des pensées, des réactions chez le lecteur.

Le concept de référence mérite ici d'être mentionné. L'auteur d'un texte transmet ses visions, ses idées, ses sentiments; on pourrait dire qu'il construit un univers particulier. Cet univers entrera en interaction avec celui du lecteur, qui a sa propre façon de se situer dans le monde et de réagir à ce qui l'entoure (Ricoeur, 1983). Il existe différents types de références. Par exemple, les poèmes mettent en scène des *références métaphoriques* alors que l'historiographie, qui se base sur des événements ayant vraiment eu lieu, utilise ce que Ricoeur (1983) appelle des *références par traces au réel passé*. Une œuvre peut cependant utiliser plus d'un type de références : ce serait le cas du récit d'un patient qui comprendrait des éléments autobiographiques mais aussi des métaphores illustrant ses sentiments face à la maladie, par exemple.

3.2.2 La réflexion et la conscience de soi ("self-awareness")

La réflexion est l'action d'arrêter sa pensée sur quelque chose pour l'examiner en détail; cette observation comporte généralement une part de critique (Petit Larousse Illustré, 2009). Selon Charon (2006), cette aptitude est nécessaire pour évaluer les mérites et les conséquences d'une vie passée à soigner les malades.

Dans leur article à ce sujet, Atkins et Murphy (1993) identifient deux types de réflexion : la réflexion sur l'action et la réflexion en action. Comme son nom l'indique, cette dernière se produit alors que le professionnel est dans le feu de l'action et elle influence les décisions qu'il prendra et la qualité des soins offerts. Il existe trois stades au processus de réflexion (Atkins & Murphy, 1993). Le premier est déclenché lorsque l'individu expérimente des émotions et des pensées inconfortables. Le deuxième stade implique une analyse critique constructive de la situation. À ce moment, l'individu examine à la fois ses sentiments et ses connaissances. Finalement, lors du troisième stade surgit une perspective nouvelle sur la situation. En réalité, ces stades ne progressent pas de façon

parfaitement linéaire; ils sont plutôt intégrés l'un à l'autre. Ils sont présentés l'un à la suite de l'autre simplement pour faciliter la compréhension (Atkins & Murphy, 1993).

Il y a dans la littérature une suggestion implicite voulant que certaines habiletés soient requises pour pratiquer la réflexion (Atkins & Murphy, 1993). La première est la connaissance de soi, qui permet à l'individu de décortiquer ce qu'il ressent. Il doit par la suite être capable de décrire, verbalement ou par écrit, la situation qu'il vit et ce qu'elle suscite chez lui. Troisièmement, il doit pouvoir évaluer de façon critique si les connaissances qu'il possède sont pertinentes à la situation actuelle. Il doit ensuite amalgamer les nouvelles informations qu'il a acquises sur la situation et sur lui-même avec celles qu'il avait déjà. En dernier lieu, il doit juger de la meilleure manière d'agir, ce qui implique généralement une comparaison de diverses alternatives avec des standards ou des critères (Atkins & Murphy, 1993). La figure 1 illustre ce modèle.

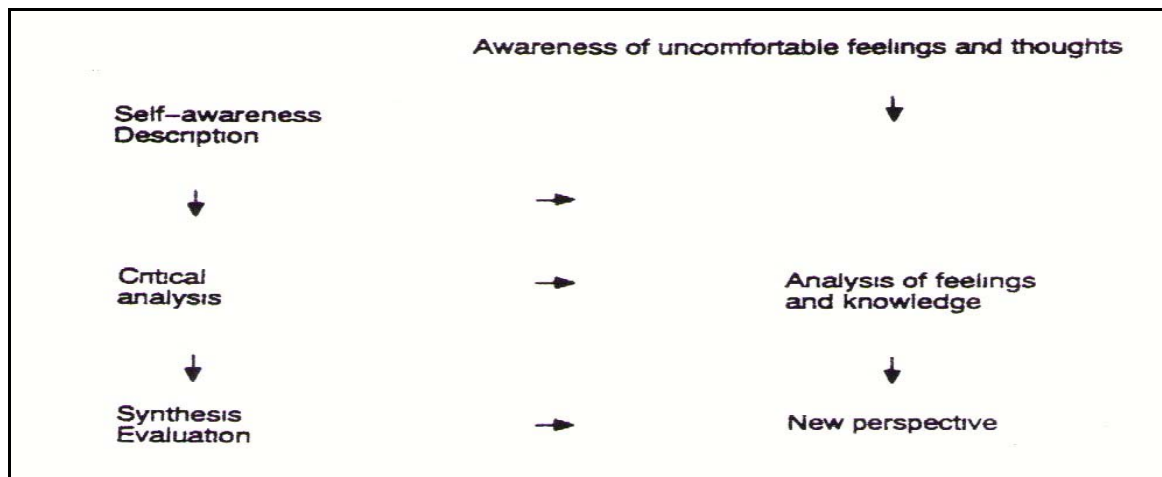


Figure 1: Reflective processes: a model including skills required for reflection (Atkins & Murphy, 1993).

Tenir un journal peut faciliter la pratique de la réflexion parce que cela permet aux soignants de rendre explicites les motifs implicites dans leurs actes et donc de mieux se connaître (Atkins & Murphy, 1993). Pour Novack et al. (1997), la conscience de soi est une compréhension de la manière dont le tempérament et les expériences passées du professionnel affectent ses interactions avec ses patients et les autres acteurs du milieu

médical. C'est cette évaluation honnête de sa propre perspective qui est la partie la plus difficile de la réflexion, car elle est sujette à la défensive et aux biais (Miller et Schmidt, 1999).

Le professionnel qui souhaiterait en apprendre plus sur lui-même peut par exemple se poser les questions suivantes : Quels rôles est-ce que je jouais dans ma famille? Est-il possible que je reproduise ces rôles dans mon environnement professionnel? Quels messages ai-je reçus de la part de ma famille et de la société à propos des rôles sexuels « appropriés »? Y a-t-il des différences dans la façon dont j'interagis avec les patients de sexe masculin et de sexe féminin? De quelle façon est-ce que je répons habituellement à ma colère et à celle des autres? Est-ce que j'ai tendance à réagir excessivement? À essayer d'amadouer les autres? À les blâmer? À ignorer mes sentiments? Quels sont les sentiments sous-jacents qui précipitent ma colère? Le rejet? L'humiliation? Où est-ce que j'ai appris mes réponses à la colère (Novack et al., 1997)?

3.2.3 Avantages de la représentation, de la réflexion et de la conscience de soi

Tous les médecins sont formés à écrire de façon très structurée dans les dossiers médicaux. Cependant, la majorité d'entre eux en savent beaucoup plus sur leurs patients que ce qu'ils notent dans lesdits dossiers (Charon, 2000). Par conséquent, de plus en plus de médecins écrivent à propos de leur pratique, non pas sous forme de rapports scientifiques, mais plutôt en termes des interactions humaines qu'elle leur amène et de ses aspects émotionnels et personnels (Charon, 2004). Une fois que ces expériences sont représentées en mots, elles peuvent être étudiées sous tous leurs angles, dans toutes leurs dimensions. Le médecin peut circuler autour de la représentation, découvrir des aspects inattendus qui ne lui étaient pas accessibles auparavant. Le professionnel peut se voir lui-même de l'extérieur ou du point de vue d'un autre acteur dans la situation (Charon, 2006). Il peut s'arrêter et réfléchir sur la signification et les conséquences de ses interactions avec

ses patients et prendre conscience de ses propres réactions, complexes et étoffées, au contact de la maladie (Charon, 2000).

En réalité, l'écriture crée et recrée le passé dans le moment présent. Elle puise dans l'ombre pour en tirer ce qui ne peut être vu ou exprimé et le place sur la page, là où la discussion et la révision sont possibles (Anderson, 2000). Lorsqu'il écrit pour représenter, pour comprendre et pour intégrer ses expériences, l'individu est libre d'essayer des alternatives; il peut se voir comme il est, comme il a été, comme il pourrait être (Anderson, 2000). Avec le temps, Charon (2001b) devint convaincue que la représentation lui donnait accès à des connaissances sur ses patients et sur elle-même qu'elle n'aurait pu acquérir autrement.

Malgré le fait qu'il puisse révéler des choses déplaisantes à propos de soi, cet exercice est néanmoins utile car il aide les professionnels à offrir de meilleurs soins (Miller et Schmidt, 1999). Par exemple, les soignants ne peuvent être efficaces et présents s'ils sont distraits par des problèmes personnels. Or, selon Novack et al. (1997), la réflexion et la conscience de soi accrue qui en découle favoriseraient une meilleure balance entre les activités personnelles et professionnelles. Griffin (2008) illustre une autre situation où la réflexion pourrait être utile. Consciemment ou inconsciemment, il peut arriver que le soignant perçoive l'histoire d'un patient comme étant trop proche de la sienne ou de ce qu'il craint qu'elle puisse devenir. Il pourrait être tenté de réagir en conséquence, soit en se distançant du patient ou en s'impliquant exagérément dans sa vie. C'est ici que des pratiques favorisant la connaissance de soi prennent tout leur sens, permettant au professionnel d'en apprendre plus sur lui-même et d'agir différemment la prochaine fois qu'une situation semblable surviendra. En effet, les individus conscients de l'influence de facteurs personnels sur leur comportement peuvent examiner pourquoi et comment ils prennent certaines décisions. Leurs choix deviennent donc plus informés et potentiellement plus libres (Novack et al., 1997).

Les origines de la médecine narrative, ainsi que ses principaux concepts, l'attention, la représentation et l'affiliation, sont maintenant éclaircis. De surcroît, il fut établi que la représentation repose sur la *mimèsis*, dont Ricœur a décortiqué les trois stades. Les notions de réflexion et de conscience de soi ont ensuite été abordées et leurs avantages expliqués, tout comme ceux de la représentation. Il est maintenant temps d'intégrer tous les composants de ce mémoire et de voir comment la médecine narrative peut être utile pour analyser les aspects éthiques du transfert et du contre-transfert.

Chapitre 4: L'apport de la médecine narrative pour analyser les aspects éthiques du transfert et du contre-transfert

Ce chapitre vise à démontrer comment la médecine narrative peut aider le thérapeute à maîtriser les bouleversements du transfert et du contre-transfert et les considérations éthiques qu'ils soulèvent. Les avantages de la médecine narrative pour le thérapeute seront premièrement établis. Deuxièmement, les concepts et les stades de la *mimèsis*, exposés au chapitre précédent, seront appliqués à une situation fictive entre un thérapeute et son patient afin de mettre en pratique les éléments constitutifs du récit. Troisièmement, les diverses façons dont l'attention, la représentation et l'affiliation peuvent aider le thérapeute à gérer les considérations éthiques suscitées par le transfert et le contre-transfert seront présentées.

4.1 Les avantages de la médecine narrative pour le thérapeute

Il existe des similitudes claires entre la médecine narrative et la thérapie psychodynamique. Ce sont deux formes de cure par la parole; elles partagent certaines croyances sur la nature de la santé et du bien-être; elles incluent des aspects de la vie intérieure du patient et du professionnel dans leur pratique; elles respectent les dimensions intersubjectives des relations de soin (Charon, 2008). De plus, dans les deux cas, le professionnel doit pouvoir faire partie de l'expérience de l'individu qui souffre sans pour autant coloniser celle-ci (Charon, 2007).

Se former à la médecine narrative et à ses méthodes implique l'étude des caractéristiques du récit et de diverses œuvres littéraires marquantes dans le champ de la littérature et de la médecine. Cette entreprise vaut-elle les efforts investis et peut-elle réellement aider le thérapeute à maintenir une attitude éthique envers ses patients, même au milieu des bouleversements émotionnels du transfert et du contre-transfert? Selon Greenhalgh et Hurwitz (1999), la réponse à ces questions est définitivement oui. Ces

auteurs croient en effet qu'une formation en médecine narrative permet d'atteindre une connaissance et une compréhension de soi et des ses patients inatteignables par d'autres moyens. Selon Charon (2004), cela crée aussi une pratique qui honore les patients qui souffrent et nourrit le soignant qui les accompagne.

Plusieurs raisons justifient la familiarisation avec les méthodes narratives. En premier lieu, l'étude de la littérature peut favoriser le développement de l'empathie ainsi qu'aider les professionnels à mieux saisir ce qui se passe dans la vie de leurs patients et ce qui motive les actes de ces derniers (Charon, 2000, 2004). En conséquence, une thérapeute pourrait plus aisément se rappeler que les attaques dont elle se sent victime de la part de son patient ne sont en réalité pas dirigées vers elle personnellement; de plus, une compassion accrue pourrait museler son désir de représailles. Mais les patients ne sont pas les seuls à bénéficier de cette approche : en effet, elle favoriserait aussi chez le soignant un engagement plus important envers sa propre santé et son épanouissement personnel (Charon, 2001a). L'avantage est clair : si le thérapeute se sent plus accompli comme individu, est plus à l'écoute de ses besoins et est motivé à chercher des moyens appropriés de les satisfaire, il risque moins de vouloir utiliser un patient à cette fin.

Durant les trois dernières décennies, les récits ont été importants pour l'éthique médicale de trois façons principales (Jones, 1999). Premièrement, ils ont été utilisés comme études de cas pour l'enseignement d'une éthique basée sur des principes directeurs. Deuxièmement, les récits ont servi de guides moraux illustrant ce qu'était une « bonne » vie, non seulement dans la pratique de la médecine mais dans tous les aspects de l'existence. Troisièmement, les récits ont aussi pris la forme de témoignages qui ont forcé la réévaluation de pratiques médicales et de préceptes éthiques auparavant acceptés sans discussion (Jones, 1999).

La médecine narrative présente donc plusieurs avantages pour le thérapeute. Cependant, pour pouvoir en profiter, celui-ci doit connaître les éléments du récit et les diverses façons dont ils sont assemblés.

4.2 Les concepts et les stades de la mimèsis tels qu'appliqués au récit du thérapeute

Avant de passer à l'attention, la représentation et l'affiliation et de voir comment elles peuvent améliorer la capacité du thérapeute à maintenir une relation éthique avec ses patients, il faut d'abord comprendre comment est construit un récit et quels en sont les composantes. L'explication débutée au chapitre précédent avec la présentation de la *mimèsis* est ici précisée; les concepts et les stades de la *mimèsis* seront en effet appliqués à une situation fictive qui pourrait être vécue par une thérapeute avec un patient ainsi qu'au récit que celle-ci pourrait hypothétiquement rédiger pour y voir plus clair. Ce récit fictif nous servira donc à illustrer plus clairement comment les différentes composantes de la *mimèsis* s'amalgament ensemble.

4.2.1 Mimèsis I

Selon Ricœur (1983), « (...) s'il est vrai que l'intrigue est une intention d'action, une compétence préalable est requise : la capacité d'identifier l'action en général par ses traits structurels (...) » (p. 108). Ainsi, une thérapeute voulant s'essayer à la représentation doit tout d'abord être consciente des différentes caractéristiques que son récit doit posséder. Comme il fût mentionné plus tôt, pour qu'il y ait une action, il doit tout d'abord y avoir des agents (Ricœur, 1983). Pour la thérapeute essayant de mieux comprendre une situation problématique éthiquement, les agents seraient principalement le patient et elle-même, mais d'autres acteurs pourraient figurer dans le récit, par exemple des proches ou des collègues de la thérapeute, si cette dernière croit qu'ils ont quelque chose à voir avec ses sentiments et ses réactions au patient en question. Par exemple, une thérapeute ressentant beaucoup de colère face à un patient se dépeignant constamment comme une victime pourrait conclure qu'il en est ainsi car ce patient lui rappelle sa propre mère qui se plaignait continuellement.

Les agents ont des motifs qui expliquent pourquoi ils agissent comme ils le font (Ricœur, 1983). Pour mieux comprendre son patient, la thérapeute devrait tenter de

déterminer ce qui motive les actes de ce dernier. Pour ce faire, elle peut évidemment se baser sur ce qu'elle connaît déjà de sa personnalité et de son histoire personnelle. Il est par contre possible que cette information ne soit pas suffisante. Dans ce cas, la thérapeute pourrait tenter d'écrire un récit en se plaçant dans la peau du patient et en utilisant son imagination pour combler les lacunes. Charon (1986) recommande cette méthode à ses étudiants en médecine lorsqu'ils éprouvent de forts sentiments négatifs envers un patient, car ils ont alors tendance à déshumaniser ce dernier et à oublier qu'il vit probablement lui aussi cette hospitalisation difficilement. Pour revenir à l'exemple mentionné plus haut, supposons que la thérapeute aux prises avec un patient adepte de la victimisation (appelé ci-bas Monsieur A.) ne voie ce dernier que depuis deux mois et qu'elle ne possède donc pas encore beaucoup d'informations sur son passé ou même sur son présent. Elle pourrait alors imaginer que monsieur A. agit de cette façon car son père était surprotecteur, ne lui laissait prendre aucune initiative et refusait de lui laisser développer son autonomie. En conséquence, Monsieur A., habitué à être pris en charge, subit passivement les aléas du destin et a le sentiment de n'avoir aucun contrôle sur sa vie. Évidemment, ce scénario ayant émergé de l'imagination de la thérapeute, la réalité pourrait être tout autre. Jusqu'à un certain point, cela importe plus ou moins, tant que le scénario a réussi à ré-humaniser le patient et à susciter une part d'empathie chez la thérapeute, ce qui devrait l'aider à gérer sa frustration (Charon, 1986).

Les actions impliquent aussi des buts, qu'il ne faut pas confondre avec des motifs (Ricoeur, 1983). Si les motifs expliquent ce qui cause le comportement d'un individu, les buts ont plutôt à voir avec ce que l'individu souhaite atteindre avec ce comportement. En conservant toujours le même exemple, on pourrait penser que Monsieur A. se place dans le rôle de la victime car il veut ainsi, consciemment ou non, s'attirer la sympathie de la thérapeute ou se déresponsabiliser de ses actes en blâmant les autres.

Les agents ne maîtrisent cependant pas tout dans leur entourage; ils sont parfois victimes de circonstances hors de leur contrôle (Ricoeur, 1983). Par exemple, Monsieur A., enfant, n'avait pas de contrôle sur la façon dont son père le traitait, ce dernier

ayant ses propres raisons d'agir ainsi. De même, Monsieur A. n'a pas de pouvoir décisionnel au sujet du moment où sa thérapeute décide de prendre des vacances, bien qu'il puisse se sentir trahi de devoir manquer des séances à cette occasion.

Pour Ricœur (1983), l'action implique toujours une *interaction*, une relation entre deux ou plusieurs personnes. Les protagonistes peuvent agir ensemble ou l'un contre l'autre, mais il reste qu'il y a toujours une relation d'inter-signification. Cette interaction est évidemment au centre du récit composé par la thérapeute qui tente de comprendre ses sentiments face à un patient.

De surcroît, une intrigue ne se limite pas à une suite de phrases d'action, elle implique des traits discursifs, comme la syntaxe, qui permettent de construire un tout cohérent (Ricœur, 1983). Par exemple, la thérapeute composant sa réflexion au sujet d'un patient tenterait de faire des liens entre les divers événements qu'elle rapporte et les pensées et les émotions que ceux-ci suscitent chez elle. Ainsi, elle pourrait écrire : « J'ai de moins en moins de patience avec Monsieur A. J'ai beau essayer de contrôler ma frustration, de me rappeler qu'il consulte parce qu'il est souffrant, rien n'y fait. J'appréhende les séances avec lui et je les passe les dents serrées, utilisant toute mon énergie à me convaincre de ne pas être agressive envers lui. Je me sens coupable, parce que je réalise que je ne suis pas très attentive au contenu de ce qu'il me raconte et que mes interprétations sont plutôt paresseuses. »

Ricœur (1983) insiste sur le fait que l'action est symboliquement médiatisée, c'est-à-dire qu'elle existe dans un milieu culturel particulier, qui possède ses règles et ses normes spécifiques, connues des gens évoluant dans cet environnement. Ainsi, un autre individu lisant le récit de la thérapeute serait à même d'évaluer si les actes de celle-ci se conforment aux valeurs prônées par la société. Par exemple, le lecteur pourrait apprécier l'effort que la thérapeute fait en contrôlant son agacement devant Monsieur A., parce qu'on reconnaît généralement dans notre société que les « bons » thérapeutes sont à l'écoute des patients et

les aident à progresser dans leur cheminement, plutôt que de les blesser et de faire en sorte qu'ils se sentent encore plus mal.

4.2.2 Mimèsis II

Le deuxième stade de la *mimèsis* est celui de la configuration de l'intrigue et a une fonction de médiation entre le premier et le troisième stade, fonction qui reflète le fait que l'intrigue est elle-même médiatrice à trois niveaux (Ricœur, 1983). Tout d'abord, comme il fut mentionné plus tôt, un récit n'est pas qu'une succession de phrases d'action mais forme plutôt un tout cohérent. L'intrigue fait donc le lien entre les divers événements de façon à composer une entité dont on peut identifier le thème. Que Monsieur A. se plaigne constamment et que sa thérapeute soit irritée, pris séparément, ne constituent pas un récit mais deux faits indépendants. La thérapeute pourrait être irritée parce qu'elle a obtenu une contravention en venant au travail ce matin ou parce qu'elle a oublié son portefeuille à la maison. C'est seulement lorsqu'il est établi que la thérapeute est irritée *parce que* Monsieur A. se plaint continuellement *et* que cela lui rappelle sa mère que le récit fait sens et qu'on peut en identifier le thème sous-jacent, dans ce cas-ci le fait que la thérapeute souffre encore des blessures causées par sa relation avec sa mère et que cela a une influence sur son travail.

Deuxièmement, l'intrigue associe tous les aspects de l'action (Ricœur, 1983): les agents (la thérapeute et Monsieur A.), les motifs (Monsieur A. se positionne en victime en raison de la façon dont il a été traité par son père en grandissant), les buts (Monsieur A. souhaite ainsi obtenir la sympathie de la thérapeute et se déresponsabiliser de ses actes), les circonstances (Monsieur A. n'avait pas de contrôle sur les agissements de son père et n'en a pas non plus sur la décision de la thérapeute de prendre des vacances) et les interactions entre les agents (Monsieur A. se plaint à la thérapeute qui y réagit négativement).

Troisièmement, l'intrigue combine deux dimensions temporelles différentes : la dimension épisodique et la dimension configurante (Ricœur, 1983). La

première est linéaire, en ce sens que les épisodes du récit se suivent chronologiquement. D'abord, Monsieur A. se plaint lors de ses séances et la thérapeute en est irritée. Puis, celle-ci se questionne sur les raisons de son irritation. Enfin, elle conclut que Monsieur A. lui rappelle sa propre mère. La dimension configurante représente la façon dont les divers épisodes sont agencés de façon à ce qu'un thème puisse être identifié, comme il fut mentionné plus haut.

La tradition et l'innovation sont aussi à l'œuvre dans la *mimèsis* (Ricœur, 1983). La thérapeute compose un récit qui appartient à un certain genre traditionnel en littérature, par exemple l'autobiographie ou l'essai réflexif. Ceci étant dit, ce récit, avec ses caractéristiques particulières, représente tout de même une innovation, parce qu'il n'existe pas d'autre récit parfaitement identique, au mot près.

4.2.3 Mimèsis III

Le passage de *mimèsis* II à *mimèsis* III est déclenché par l'acte de lecture. En effet, selon Ricœur (1983), c'est le fait que le texte soit lu qui actualise sa capacité à être suivi, même si tous les aspects précédemment décrits y ont évidemment contribué. Pour être complet, le texte doit avoir suscité des émotions, des réflexions, des questionnements, bref, avoir touché le lecteur. C'est justement pourquoi la thérapeute peinant à maintenir une attitude éthique avec un patient déciderait de mettre la situation sur papier : parce qu'elle pourrait prendre conscience en se relisant de liens qui lui échappaient auparavant et ainsi obtenir une nouvelle perspective sur la situation. Par exemple, en relisant le passage décrivant comment elle appréhendait les séances avec Monsieur A. et essayait de contenir son agressivité, la thérapeute pourrait réaliser qu'elle agit exactement de la même façon lorsqu'elle doit aller chez sa mère, qui a la même tendance à se poser constamment en victime. Ayant réfléchi à ceci, la thérapeute pourrait conclure qu'elle réagit aussi violemment à Monsieur A. car celui-ci réactive de vieilles blessures causées par sa relation avec sa propre mère. À partir de ce moment, lorsqu'elle se sent devenir agressive lors de séances avec Monsieur A., la thérapeute pourrait se rappeler qu'elle ne réagit pas à

Monsieur A. lui-même mais aux souvenirs douloureux que ce dernier évoque chez elle; Monsieur A. n'est nullement responsable des carences émotionnelles de la thérapeute et ne doit donc pas en pâtir.

Pour pouvoir transmettre toutes les nuances de son expérience, la thérapeute utilisera probablement plus d'une sorte de références dans son récit. Ricœur (1983) mentionne entre autres la *référence par traces au réel passé*, qui renvoie à des événements ayant vraiment eu lieu. Cela serait le cas d'un passage du type : « Hier, alors que j'écoutais Monsieur A. me raconter une énième mésaventure l'ayant convaincu que l'univers tout entier voulait sa perte (...) » car on y décrit un événement s'étant véritablement produit (il y a bien eu une séance entre Monsieur A. et la thérapeute) et pouvant être situé temporellement (« hier »). Par contre, la thérapeute pourrait faire appel à une *référence métaphorique* pour tenter de traduire un sentiment ou une émotion en mots. Par exemple, pour expliquer comment elle s'est sentie graduellement envahie par l'agressivité, elle pourrait écrire : « J'avais l'impression d'être un thermomètre dont le mercure grimpait de plus en plus rapidement, je voyais rouge. »

Maintenant que les éléments constitutifs du récit ont été explicités et mis en pratique, il y a lieu de voir comment l'attention, la représentation et l'affiliation peuvent être utiles aux thérapeutes.

4.3 Comment l'attention, la représentation et l'affiliation peuvent-elles aider le thérapeute à gérer les considérations éthiques suscitées par le transfert et le contre-transfert?

Comme il fut établi au chapitre précédent, l'attention, la représentation et l'affiliation sont les trois piliers de la médecine narrative (Charon, 2006). Ce sont en fait des aptitudes à perfectionner afin d'améliorer la relation médecin-patient et de la rendre plus efficace, non pas en termes de temps sauvé mais au sens où le médecin en connaîtra

plus sur son patient et sera donc plus à même de l'aider adéquatement. Il sera démontré dans cette section comment ces trois aspects de la médecine narrative peuvent aussi contribuer au bon fonctionnement de la relation thérapeute-patient en aidant le thérapeute à gérer les considérations éthiques suscitées par le transfert et le contre-transfert. À défaut d'avoir trouvé des exemples concrets dans la littérature, divers exemples fictifs seront utilisés à cette fin.

4.3.1 L'attention

Cette dimension pourrait au premier abord paraître évidente au thérapeute car elle est *de facto* partie prenante de son travail. En effet, Charon (2007) souligne que les médecins devraient prendre exemple sur l'écoute telle qu'elle est pratiquée en psychanalyse plutôt que de poser continuellement des questions ou d'interrompre à tout bout de champ le patient. Ceci étant dit, le thérapeute pourrait être silencieux sans toutefois porter attention à son patient; peut-être est-il perdu dans ses pensées ou somnolent. Selon Charon (2006), il s'agit d'une attitude inadéquate : pour se mettre à l'écoute de l'autre, à son service, il ne faut penser à rien sauf à ce qu'il est en train de dire en ce moment.

Imaginons un thérapeute qui soit préoccupé par ses finances plutôt que par le patient devant lui. Peut-être a-t-il vendu récemment des actions qui sont aujourd'hui à un prix record ou vient-il d'être averti par son comptable qu'il doit plusieurs milliers de dollars au gouvernement. Il réfléchit donc à ses désagréments économiques plutôt que de se concentrer sur ce que lui raconte le patient. À première vue, certains pourraient douter qu'il s'agisse là d'une faute éthique; après tout, le thérapeute n'a pas fait d'avances sexuelles au patient, ni ne l'a insulté. Cependant, selon Szasz (1974), le thérapeute briserait ainsi le contrat qu'il a établi, plus ou moins concrètement, avec le patient au début de la thérapie et selon lequel il n'a qu'une seule obligation : analyser le patient. Or, s'il réfléchit à son compte en banque, il y a fort à parier qu'il ne peut à la fois interpréter adéquatement les propos du patient ou soulever des inconstances dans son discours. Pour éviter ce cas de figure, le thérapeute pourrait possiblement profiter du temps entre deux patients pour faire

une liste de toutes les choses qui le préoccupent et se promettre d'y revenir à la fin de la journée.

Charon (2006) reconnaît qu'il est ardu de maintenir un tel degré d'attention. De fait, il ne suffit pas de bien vouloir se donner au patient et d'être le réceptacle de ses états d'âme mais aussi d'accepter les perturbations cognitives et émotives que cela peut entraîner chez soi. À ce sujet, Racker (1957) rappelle qu'il arrive que le patient ravive par ses propos d'anciennes angoisses chez son thérapeute. Nous pourrions poser l'hypothèse qu'un thérapeute ayant vécu la même expérience pourrait se trouver ramené en enfance par le récit d'un patient se remémorant le divorce de ses parents et la douleur qui en a résulté. Il lui faudrait alors passer momentanément par-dessus sa propre blessure réactivée pour ne pas perdre sa concentration. De plus, il devrait résister à la tentation d'entraîner le patient vers un autre sujet qu'il juge moins pénible pour lui-même. Peut-être en voudrait-il au patient de le faire souffrir ainsi et serait-il tenté de formuler des interprétations blessantes laissant sous-entendre que le patient a eu un rôle à jouer dans le divorce de ses parents. Dans leur chapitre sur l'attitude éthique en psychanalyse, Solomon et Twyman (2003) parlent en effet d'un possible sadisme inconscient chez l'analyste qui peut le faire réagir d'une manière nuisant au bon déroulement de l'analyse. Ainsi, toutes les implications personnelles du récit du patient peuvent influencer le travail du thérapeute et son désir d'assister le patient dans sa démarche; sur le coup, cependant, il n'en aurait probablement pas complètement conscience. La représentation est particulièrement utile dans ce genre de situation.

4.3.2 La représentation

Le thérapeute mentionné plus haut gagnerait sans aucun doute à écrire sur les sentiments évoqués par le discours de son patient à propos du divorce de ses parents. Nous pourrions imaginer qu'au début, il ne serait peut-être conscient que d'être très fâché contre le patient; il pourrait d'ailleurs être surpris de l'intensité de sa réaction. Petit à petit, en laissant libre cours à son inspiration, il pourrait remonter vers la source de sa colère, dans

ce cas-ci une souffrance très intense causée non seulement par le divorce de ses parents lorsqu'il était enfant, mais aussi par sa profonde conviction qu'il était la cause de ce divorce.

Bien que cet exemple soit inventé, il est néanmoins des plus plausibles et démontre bien ce que Ricœur (2008) signifiait lorsqu'il écrivait que « (...) toute histoire bien racontée enseigne quelque chose [et] (...) révèle des aspects universels de la condition humaine (...) » (p.261). (Par exemple, des émotions comme la colère ou la culpabilité). Pour lui, les récits développent une forme d'intelligence, non pas scientifique ou théorique, mais appartenant davantage au domaine de la sagesse pratique et du jugement moral (Ricœur, 2008). D'ailleurs, la représentation force les individus à accepter la responsabilité de leurs actes. Carson (2001) suggère à cet effet de percevoir chaque récit comme une évaluation de sa pratique et de son comportement, plutôt que comme une description neutre. Cela illustre le fait que toutes les histoires sont essentiellement des constructions qui dépendent de ce qui a été inclus et de ce qui a été omis, ce qui est toujours un choix, peu importe qu'il ait été pris de manière inconsciente. Cette réalisation permet ensuite à l'auteur d'en apprendre un peu plus sur lui-même (Carson, 2001). Pour revenir à l'exemple fictif utilisé plus haut, imaginons qu'en relisant son récit, le thérapeute aux parents divorcés se rende compte qu'il n'a pas inclus un commentaire du patient qui soulignait qu'il était inhabituellement brusque et semblait en colère. S'interrogeant sur cet « oubli », il pourrait conclure qu'il a omis le commentaire parce qu'il ne cadrerait pas avec son image de lui-même, c'est-à-dire celle d'un homme poli et mesuré et d'un thérapeute professionnel avec une façade à toute épreuve. Par la suite, il pourrait se questionner sur l'importance qu'il accorde au fait d'être constamment en contrôle de ses émotions. Toutes ces réflexions accroîtraient certainement sa connaissance de lui-même.

Certains pourraient questionner la pertinence de l'effort et du temps requis par la représentation. Ne serait-il pas plus rapide de consulter un code d'éthique pour savoir comment agir? Comme il fut mentionné plus tôt, les codes d'éthique présentent généralement des principes à respecter mais ces derniers sont souvent généraux et parfois

insuffisants à eux seuls dans la vie réelle, où il existe des zones grises. La représentation permet d'étoffer une situation, de la placer dans son contexte humain, où évoluent des émotions puissantes et des dynamiques interpersonnelles complexes (Jones, 1999). Un exemple imaginaire servira à démontrer la différence entre les deux approches. Supposons qu'un thérapeute soit tenté d'avoir des relations sexuelles avec un patient. La consultation du code d'éthique de son organisation lui dirait que cette pratique est prohibée, ce qu'il savait déjà et qui, concrètement, ne l'aide aucunement à maîtriser ses pulsions. Il pourrait évidemment se rapporter à son ordre professionnel, discuter de la situation dans un groupe de parole et/ou décider de référer le patient à un autre collègue. Ceci étant fait, il pourrait tout de même décider d'écrire sur la situation afin de clarifier sa pensée et les émotions qui l'habitent en ce moment. Extrapolons qu'en réfléchissant sur ses circonstances actuelles, il se rende compte que ses relations avec son partenaire amoureux sont distantes et froides ces temps-ci et qu'il ne se sent pas apprécié comme personne, ni convoité sexuellement. Cela pourrait lui faire réaliser qu'il ne désire pas ce patient spécifiquement, mais plutôt qu'on le rassure sur sa valeur comme individu et sur son apparence physique. Ayant pris conscience de tout cela, le thérapeute pourrait conclure que la meilleure solution est de discuter avec son conjoint, d'accorder plus de temps à celui-ci, d'entreprendre une thérapie de couple, etc. Nous voyons donc que la représentation implique une réflexion et un potentiel changement d'attitude qui ne découleraient probablement pas de la consultation d'un code d'éthique.

Ainsi, les récits offrent de nouvelles perspectives sur une situation et nous éduquent tout à la fois. Ils nous aident à voir qu'il existe d'autres façons d'agir et que celles-ci peuvent nous libérer des reproches que nous nous adressons et de la honte que nous ressentons parfois devant nos actes (Divinsky, 2007). De plus, les récits révèlent souvent la signification qu'a une profession pour un individu (Charon, 2001a), signification qui peut être à la source de certaines de ses décisions. Supposons par exemple qu'une personne ait décidé de devenir thérapeute parce qu'elle savait qu'elle allait ainsi occuper une place importante dans la vie de ses patients et que cela allait compenser pour toutes les fois où

elle s'était sentie invisible ou impuissante étant enfant. Capell (1967) souligne en effet qu'un thérapeute, comme tout être humain, peut avoir besoin qu'on le rassure sur son utilité et sa compétence. Si tel était le cas, cela pourrait expliquer pourquoi la thérapeute de notre exemple a tendance à étouffer l'indépendance de ses patients et à vouloir qu'ils restent sous son joug. Ayant réalisé qu'elle nuisait à ses patients et pourquoi elle le faisait, elle serait en mesure d'aller chercher à guérir ailleurs ses blessures narcissiques, que ce soit en entreprenant elle-même une thérapie, en exprimant ses sentiments à ses parents ou en décidant de faire la paix avec son passé.

4.3.3 L'affiliation

Le thérapeute est constamment témoin de la souffrance de ses patients. Bien qu'elle puisse certainement être pénible, cette situation a néanmoins un avantage, celui de renforcer les liens unissant le thérapeute à ses divers patients. À ce sujet, Charon (2007) explique:

« We, the viewers, are mobilized in witnessing others' suffering (...) not only to comprehend what that suffering might mean to the patient (...) but also to witness and comprehend what such suffering might mean or might have meant to ourselves. And so the interpenetration of self and other – the goal of affiliation – is seen within the very seat of the observation. »
(p.1267)

À défaut d'avoir trouvé un exemple adéquat dans la littérature, un scénario fictif démontrera comment ce processus pourrait hypothétiquement se produire en thérapie. Imaginons qu'une patiente, appelée Madame X., accuse un jour violemment son thérapeute de la rejeter, de ne pas s'intéresser à elle comme personne mais de simplement vouloir empocher son chèque à la fin du mois. Tout d'abord estomaqué de cette attaque, le thérapeute réfléchit ensuite à ce qu'il connaît de Madame X. et réalise qu'elle transfère sur lui les sentiments qu'elle éprouve pour son père. En effet, ce dernier, se plaignant d'une vieille blessure de guerre, n'a jamais travaillé du vivant de Madame X. Lorsqu'elle eut atteint 15 ans, il la retira de l'école pour qu'elle puisse trouver un emploi et ainsi augmenter les revenus de leur petite famille. Selon ce qu'en dit Madame X., son père ne lui a jamais

démontré quelque affection que ce soit, prenant pour acquis qu'elle devait organiser sa vie pour répondre à ses besoins à lui et que l'argent qu'elle gagnait lui revenait à lui de droit.

Il serait peu probable que le thérapeute ait vécu exactement la même situation avec ses propres parents. Cependant, postulons pour les besoins de la cause qu'il a déjà eu une petite amie très matérialiste qui le laissa brusquement lorsqu'il lui offrit un cadeau d'anniversaire qu'elle jugeait trop peu dispendieux. Le thérapeute est donc familier avec la sensation d'être rejeté comme personne et d'être apprécié seulement en fonction de ses revenus. En conséquence, il saisit très bien la souffrance de Madame X., qui reflète celle qu'il a expérimentée il y a de nombreuses années. C'est cette compréhension et l'empathie qu'elle génère qui renforcent l'affiliation entre Madame X. et le thérapeute. Ce lien, en retour, aide le thérapeute à maîtriser le mouvement d'humeur qu'il a tout de même ressenti devant l'attaque de Madame X. et les doutes que cette dernière a fait surgir dans son esprit quant à sa compétence comme thérapeute. C'est ainsi que l'affiliation, la rencontre de deux âmes authentiques, favorise le comportement éthique du thérapeute (Charon, 2006). Il s'agit évidemment d'un exemple fictif; en réalité, chaque thérapeute doit trouver en lui-même un référent pour la souffrance du patient, une expérience particulière qui lui permettra de mieux comprendre ce que vit ce dernier.

En résumé, les exemples précédents démontrent à quel point la position de sujet du thérapeute, c'est-à-dire l'endroit où il se situe personnellement et émotionnellement, influence ses interactions avec ses patients (DasGupta & Charon, 2004). C'est ici que l'approche de la médecine narrative prend tout son sens, car elle propose des méthodes concrètes pour prendre conscience de cela et adapter son intervention en conséquence. Il ne suffit pas de dire aux professionnels qu'ils doivent être plus humains ou plus à l'écoute d'eux-mêmes et de leurs patients. Il faut leur montrer comment atteindre ces buts complexes. La médecine narrative offre des procédés développés et testés dans les départements de littérature des universités et les ateliers d'écriture créative, des méthodes qui enseignent la lecture attentive, la représentation réflexive et la façon de témoigner de la souffrance de l'autre et de la sienne (Charon, 2008). Ultimement, c'est en reconnaissant sa

souffrance et sa vulnérabilité et en refusant de les faire porter à ses patients que le thérapeute s'assure d'agir éthiquement.

La section suivante, la conclusion, rappelle les points importants de ce travail ainsi que ce qu'il a permis de constater au sujet de la médecine narrative et de ce qu'elle peut apporter à l'étude des considérations éthiques suscitées par le transfert et le contre-transfert en psychanalyse. De surcroît, cette section présente et explique les limites de ce projet.

Conclusion

En thérapie psychodynamique, on s'attend à ce que de fortes émotions circulent entre thérapeute et patient. On prend pour acquis que le patient transfèrera sur le thérapeute certains des sentiments qui l'habitent face à des personnes de son entourage et qu'il évoquera diverses réactions chez celui-ci (Fröhlich, 1997). Comment s'assurer que le thérapeute ne se laissera pas emporter par ses émotions et ne commettra pas de manquement à l'éthique?

Évidemment, il n'existe aucune garantie à ce sujet. Cependant, diverses stratégies sont proposées dans la littérature pour aider le thérapeute à maintenir une relation éthique avec ses patients. On discute par exemple de l'importance de maintenir une attitude d'abstinence et de neutralité (Abend, 1993; de Blécourt, 1993; Fabian, 2001; Klimovsky et al., 1995; Schafer, 1983; Sorrel, 1973; Stoloff, 1993; Wallwork, 1991) et de la possibilité de discuter avec un collègue si l'on sent sa retenue vaciller (Barnes, 2003; Haule, 1995; Irvine, 1995; Plant, 1995; Solomon & Twyman, 2003; Wakefield, 1995; Winer & Lax, 2002). Ceci étant dit, la plupart de ces suggestions présentent certains inconvénients. Abend (1993) croit par exemple qu'il est impossible pour un thérapeute d'être constamment et complètement objectif face à un patient et Winer & Lax (2002) mentionnent que le thérapeute peut être ambivalent face à l'idée de briser la confidentialité de sa relation avec un patient. Dans la même veine, il n'est pas évident que tout thérapeute sera confortable de dévoiler ses états d'âme les plus intimes à un collègue.

La médecine narrative, popularisée surtout par Michaël Balint et Rita Charon, représente une autre alternative qui pourrait aider le thérapeute à mieux gérer les chambardements émotionnels liés au transfert et au contre-transfert. Cette approche a plusieurs avantages. Par exemple, l'étude de la littérature favoriserait le développement de l'empathie (Charon, 2000, 2004). La représentation, c'est-à-dire le fait d'écrire à propos d'une situation dans le but d'encourager la réflexion à son sujet, permettrait d'obtenir une nouvelle perspective sur celle-ci (Charon, 2006; Divinsky, 2007) et de développer la sagesse pratique et le jugement (Ricœur, 2008). L'intérêt de la médecine narrative repose

aussi dans la notion de partage qu'elle met de l'avant; on n'écrit pas seulement pour soi, pour se raconter, mais aussi pour discuter de notre expérience avec d'autres. Il doit y avoir un dialogue où chacun confronte ses textes aux autres (Charon, 2006). Cela peut être fait, par exemple, lors de rencontres de groupes de contrôle ou de groupes de parole de type Balint. Ainsi, les difficultés sont reconnues et des solutions sont apportées pour que les participants puissent améliorer leur éthique. En ce sens, l'éthique narrative est un outil de travail. De plus, en augmentant la connaissance de soi et des patients (Greenhalgh & Hurwitz, 1999), cette méthode amènerait le soignant à porter une plus grande attention à son bien-être personnel et à celui des patients (Charon, 2001) et donc à les traiter de façon plus efficace et respectueuse (Charon, 2006). Finalement, témoigner de la souffrance des patients et réfléchir à ce qu'elle signifie pour eux et pour soi renforcerait les liens entre soignant et soignés (Charon, 2007), facilitant le maintien d'une relation éthique. Ceci étant dit, la pratique des techniques de la médecine narrative implique l'acceptation des bouleversements suscités par le contact authentique avec l'autre et des réalisations, parfois troublantes, résultant d'une réflexion profonde sur soi (Charon, 2006).

L'utilisation de techniques issues de la médecine narrative est d'autant plus pertinente pour le thérapeute travaillant à son compte car elle n'implique pas nécessairement la participation d'un troisième acteur, bien que les réflexions qui découlent de l'exercice de représentation gagneraient sans nul doute à être partagées et discutées avec d'autres. De plus, ces techniques seraient certainement plus efficaces que les codes d'éthiques car ceux-ci présentent habituellement des principes généraux à respecter mais ne prennent pas en considération d'autres facteurs pouvant affecter le comportement de l'analyste, par exemple le besoin de guérir des blessures narcissiques (Solomon & Twyman, 2003).

À l'issue de la présente recherche, nous avons donc pu constater que la médecine narrative offrait une option supplémentaire aux thérapeutes n'étant pas satisfaits des autres méthodes censées les aider à maintenir un comportement éthique avec leurs patients. Bien que les techniques issues de la médecine narrative demandent une formation

supplémentaire, le lien plus étroit et plus authentique qu'elles permettent de créer entre patient et thérapeute peut justifier l'investissement plus important de la part de ce dernier. En effet, ce rapprochement permet au thérapeute de traiter son patient de façon plus respectueuse et plus efficace, non pas en terme de temps ou d'énergie, mais dans le sens où il sera plus à l'écoute de ce que celui-ci tente véritablement de communiquer par ses paroles et ses actes et sera donc mieux positionné pour l'accompagner dans son cheminement vers la connaissance de soi. Malgré tout, le perfectionnement d'aptitudes comme l'attention, la représentation et l'affiliation a des conséquences pour le thérapeute. De fait, s'ouvrir à l'autre et témoigner de sa souffrance nous met en contact avec la nôtre. Cela nous force à examiner les personnes et les événements marquants de notre histoire personnelle, ceux qui ont fait de nous qui nous sommes, et les diverses façons dont nous réagissons à ce qui nous affecte personnellement. Bien que cet exercice puisse être pénible par moments, il en résulte pour le soignant une connaissance de soi accrue et une évaluation honnête de ses vulnérabilités et de ses faiblesses, ce qui facilite par la suite l'identification des moments où il serait tenté d'utiliser le patient pour répondre à ses propres besoins.

Ce projet comporte évidemment ses limites. Premièrement, l'étude de la perspective d'autres auteurs, comme Lévinas, aurait sans nul doute approfondi cette réflexion. Deuxièmement, certains pourraient argumenter que les thérapeutes pratiquant l'auto-analyse tiennent probablement un journal pour les aider dans leur démarche et qu'en conséquence la représentation n'est nullement une nouvelle technique. Cela serait exact si elle était prise en isolation mais il ne faut pas oublier que son efficacité dépend entre autres choses de son association avec l'attention et l'affiliation et de son effet sur ses processus. De plus, l'étude de la *mimèsis* amène la familiarisation avec les divers aspects d'un récit et la façon dont ils sont interconnectés, des connaissances qui rendent l'exercice d'écriture nettement plus efficace.

Troisièmement, la présente étude est un exercice théorique n'ayant pas sondé l'opinion de thérapeutes au sujet de leur définition de l'éthique, de la place qu'ils lui accordent dans leur pratique et de leurs commentaires sur l'utilité de techniques tirées de la

médecine narrative. Cependant, en raison du peu de recherche sur le sujet, une analyse documentaire critique s'imposait avant d'entreprendre des recherches sur le terrain. Un projet futur devrait certainement inclure des entrevues afin de mieux cerner le potentiel apport de la médecine narrative pour les thérapeutes. En effet, s'il s'avère que des techniques comme la représentation sont pertinentes pour les thérapeutes aux prises avec les manifestations du transfert et du contre-transfert, on pourrait espérer qu'elles le soient aussi dans le cadre de relations d'aide moins émotionnellement volatiles.

Bibliographie

Abend, S. M. (1989). Countertransference and psychoanalytic technique. *Psychoanalytic Quarterly*, 58, 374-395.

Abend, S. M. (1993). An inquiry into the fate of the transference in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41(3), 627-651.

American Psychoanalytical Association. (n.d. a). *Chronology of Sigmund's Freud life*. Document consulté le 3 février 2009 au <http://www.apsa.org/Portals/1/docs/freudchrono.pdf>.

American Psychoanalytical Association. (n.d. b). *Contributions of psychoanalysis*. Document consulté le 3 février 2009 au <http://www.apsa.org/AboutPsychoanalysis/ContributionsofPsychoanalysis/tabid/211/Default.aspx>.

American Psychoanalytical Association. (n.d. c). *Noted psychoanalysts*. Document consulté le 3 février 2009 au <http://www.apsa.org/AboutPsychoanalysis/NotedPsychoanalysts/tabid/204/Default.aspx>.

Anderson, C. M. (2000). Writing and healing. *Literature and Medicine*, 19(1), ix-xiv.

Atkins, S., & Murphy, K. (1993). Reflection: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1188-1192.

Atterton, P. (2007). The talking cure: The ethics of psychoanalysis. *Psychoanalytic Review*, 94(4), 553-576.

Auger, F. (2002). L'apport de la formation Balint dans la pratique. *Le Concours Médical*, 124(34), 2262-2263.

Baker, R. (1994). Psychoanalysis as a lifeline: A clinical study of a transference perversion. *International Journal of Psycho-Analysis*, 75, 743-753.

Balint, M. (1955). The doctor, his patient, and the illness. *The Lancet*, 268(6866), 683-688.

Balint, M. (2002). The crisis of medical practice. *The American Journal of Psychoanalysis*, 62(1), 7-15.

Balint, M., Ball, D.H., & Hare, M.L. (1969). Training medical students in patient-centered medicine. *Comprehensive Psychiatry*, 10(4), 249-258.

- Barnes, F. P. (2003). Ethics in practice. Dans H. M. Solomon & M. Twyman (Éds.), *The ethical attitude in analytic practice* (pp. 39-47). London: Free Association Books.
- Bilmes, M. (1999). Psychoanalysis and morals: A dark alliance. *Psychoanalytic Review*, 86(4), 627-642.
- Blass, R. B. (2003a). On ethical issues at the foundation of the debate on the goals of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 84(4), 929-943.
- Blass, R. B. (2003b). On the question of the patient's right to tell and the ethical reality of psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51(4), 1283-1304.
- Blos, P. (1980). The life cycle as indicated by the nature of the transference in the psychoanalysis of adolescents *International Journal of Psycho-Analysis*, 61, 145-151.
- Brenman, E. (1984). Discussion of Van Spruiell's paper 'The analyst at work'. *International Journal of Psycho-Analysis*, 65, 31-37.
- Canadian Association for Psychodynamic Therapy. (2008). *About CAPT*. Document consulté le 27 octobre 2009 au: <http://www.psychodynamiccanada.org/index.php?n=3>
- Capell, H. D. (1967). The ethical basis of psychoanalysis. *Psychoanalytic Review*, 54(4), 132-140.
- Carson, A. M. (2001). That's another story: Narrative methods and ethical practice. *Journal of Medical Ethics*, 27, 198-202.
- Carter, A.H. III. (1986). Esthetics and anesthetics: Mimesis, hermeneutics, and treatment in literature and medicine. *Literature and Medicine*, 5, 141-151.
- Charon, R. (1986). To render the lives of patients. *Literature and Medicine*, 5, 58-74.
- Charon, R. (2000). Reading, writing, and doctoring: Literature and medicine. *American Journal of the Medical Sciences* 319(5), 285-291.
- Charon, R. (2001a). Narrative medicine. A model for empathy, reflection, profession and trust. *Journal of the American Medical Association*, 286(15), 1897-1902.

- Charon, R. (2001b). Narrative medicine: Form, function, and ethics. *Annals of Internal Medicine*, 134(1), 83-87.
- Charon, R. (2004). Narrative and medicine. *New England Journal of Medicine*, 350(9), 862-864.
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine. Honoring the stories of illness*. New York: Oxford University Press.
- Charon, R. (2007). What to do with stories. The sciences of narrative medicine. *Canadian Family Physician*, 53(August 2007), 1265-1267.
- Charon, R. (2008). Where does narrative medicine come from? Drives, diseases, attention, and the body. Dans P. L. Rudnytsky & R. Charon (Éds.), *Psychoanalysis and narrative medicine*. New York: State University of New York Press.
- Charon, R., & Wyer, P. (2008). The act of medicine. Narrative evidence-based medicine. *The Lancet*, 371, 296-297.
- Churchill, L.R., & Schenck, D. (2005). One cheer for bioethics: Engaging the moral experiences of patients and practitioners beyond the big decisions. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 14, 389-403.
- Coulehan, J. L. (1995). Tenderness and steadiness: Emotions in medical practice. *Literature and Medicine*, 14(2), 222-236.
- DasGupta, S., & Charon, R. (2004). Personal illness narratives: Using reflective writing to teach empathy. *Academic Medicine*, 79(4), 351-356.
- de Blécourt, A. (1993). Transference, countertransference and acting out in psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74, 757-774.
- Denis, P. (2007). L'éthique du psychanalyste. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 1, 83-93.
- Divinsky, M. (2007). Stories for life: Introduction to narrative medicine. *Canadian Family Physician*, 53, 203-205.
- Elwyn, G., & Gwyn, R. (1999). Stories we hear and stories we tell: Analysing talk in clinical practice. *British Medical Journal*, 318, 186-188.

- Erikson, E. H. (1964). *Insight and responsibility: Lectures on the ethical implications of psychoanalytic insight*. New York: W.W. Norton & Company Inc.
- Erikson, E. H. (1971). *Éthique et psychanalyse*. Paris: Flammarion Éditeur.
- Fabian, E. (2001). Ethical considerations on dynamic psychiatry and the tradition of relationship in psychoanalysis. An historical overview. *Medicine and Law*, 20(4), 525-530.
- Farrell, D. (1983). Freud's 'thought-transference', repression, and the future of psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 64, 71-81.
- Fink, B. (1999). The ethics of psychoanalysis: A Lacanian perspective. *Psychoanalytic Review*, 86(4), 529-545.
- Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière Inc.
- Freud, S. (1985). *La technique psychanalytique*. Paris: Presses Universitaires de France. (Œuvre originale publiée en 1953).
- Freud, S. (1993). *L'avenir d'une illusion*. Paris: Presses Universitaires de France. (Œuvre originale publiée en 1948).
- Freud, S. (2001). *Cinq leçons sur la psychanalyse suivi de Contributions au mouvement psychanalytique*. Paris: Éditions Payot et Rivages. (Œuvre originale publiée en 1924).
- Fröhlich, W. D. (1997). *Dictionnaire de la psychologie*. Paris: Librairie Générale Française.
- Fryer, D. R. (2004). *The intervention of the other. Ethical subjectivity in Levinas and Lacan*. New York: Other Press.
- Gardner, M. R. (1984). Discussion of Vann Spruiell's paper 'The analyst at work'. *International Journal of Psycho-Analysis*, 65, 39-43.
- Gordon, R. (1995). Transference-countertransference. The Eros-Agape factor. Dans L. B. Ross & M. Roy (Éds.), *Cast the first stone: Ethics in analytic practice* (pp. 109-118). Wilmette, IL: Chiron Publications.

- Greenhalgh, T., & Hurwitz, B. (1999). Why study narrative? *British Medical Journal*, 318, 48-50.
- Griffin, F. L. (2008). The fortunate physician: Learning from our patients. Dans P. L. Rudnytsky & R. Charon (Éds.), *Psychoanalysis and narrative medicine*. New York: State University of New York Press.
- Guyomard, P. (1998). *Le désir d'éthique*. Paris: Aubier.
- Haule, J. R. (1995). Eros, mutuality, and the "New Ethic". Dans L. B. Ross & M. Roy (Éds.), *Cast the first stone: Ethics in analytic practice* (pp. 9-15). Wilmette, IL: Chiron Publications.
- Holmes, D. E. (1992). Race and transference in psychoanalysis and psychotherapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 73, 1-11.
- Holmes, J. (1998). Narrative in psychotherapy. Dans T. Greenhalgh & B. Hurwitz (Éds.), *Narrative based medicine. Dialogue and discourse in clinical practice* (pp. 176-184). London: BMJ Books.
- Hurwitz, B. (2000). Narrative and the practice of medicine. *The Lancet*, 356, 2086-2089.
- International Psychoanalytical Association. (2007). *Ethical principles and implementing procedures*. Document consulté en ligne le 30 janvier 2009 au <http://www.ipa.org.uk/default.aspx?page=44>
- Irvine, F. C. (1995). The need for an analytic temenos. Dans L. B. Ross & M. Roy (Éds.), *Cast the first stone: Ethics in analytic practice* (pp. 16-22). Wilmette, IL: Chiron Publications.
- Jones, A. H. (1997). Literature and medicine: Narrative ethics. *The Lancet*, 349, 1243-1246.
- Jones, A. H. (1999). Narrative in medical ethics. *British Medical Journal*, 318, 253-256.
- Julien, P. (1995). *L'étrange jouissance du prochain*. Paris: Éditions du Seuil.

- Kantrowitz, J. L., & Katz, A. L., & Paolitto, F. (1990). Followup of psychoanalysis five to ten years after termination: III. The relation between the resolution of the transference and the patient-analyst match. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38(3), 655-678.
- Kast, V. (1995). How to handle unethical behavior in an ethical way. Dans L. B. Ross & M. Roy (Éds.), *Cast the first stone: Ethics in analytic practice* (pp. 75-81). Wilmette, IL: Chiron Publications.
- King, P. (1980). The life cycle as indicated by the nature of the transference in the psychoanalysis of the middle-aged and elderly. *International Journal of Psycho-Analysis*, 61, 153-160.
- Klimovsky, G., Dupetit, S., & Zysman, S. (1995). Ethical and unethical conduct in psychoanalysis. Correlations between logic, ethics, and science. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76, 977-989.
- Kolb, L. C., & Montgomery, J. (1958). An explanation for transference cure: Its occurrence in psychoanalysis and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 115(5), 414-421.
- Launer, J. (2003). Narrative-based medicine: A passing fad or a giant leap for general practice? *British Journal of General Practice*, February, 91-92.
- Lacan, J. (1973a). *Le Séminaire de Jacques Lacan. Livre VII: L'éthique en psychanalyse*. Texte établi par Jacques-Alain Miller. Paris: Seuil.
- Lacan, J. (1973b). *Le Séminaire de Jacques Lacan. Livre VIII: Le transfert*. Texte établi par Jacques-Alain Miller. Paris: Seuil.
- Lewis, M. (1995). Memory and psychoanalysis: A new look at infantile amnesia and transference. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (4), 405-417.
- Lothane, Z. (1999). Ethics in psychiatry and psychoanalysis. *Psychopathology*, 32(3), 141-151.
- Meissner, W. W. (2007). What if there is an ethical dimension in psychoanalysis? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(2), 541-569.
- Merlino, J. P. (2006). Psychoanalysis and ethics: Relevant then, essential now. *American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 34(2), 231-247.

- Miller, S. Z., & Schmidt, H. J. (1999). The habit of humanism: A framework for making humanistic care a reflexive clinical skill. *Academic Medicine*, 74(7), 800-803.
- Montello, M. (1997). Narrative competence. Dans H. L. Nelson, *Stories and their limits. Narrative approaches to bioethics* (pp. 185-197). New York: Routledge.
- Muller, J. P. (1999). The ethics of speech in psychoanalysis. *Psychoanalytic Review*, 86(4), 513-528.
- Muslin, H., & Clarke, S. (1988). The transference of the therapist of the elderly. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 16(3), 295-315.
- Neubauer, P. B. (1980). The life cycle as indicated by the nature of the transference in the psychoanalysis of children. *International Journal of Psycho-Analysis*, 61, 137-144.
- Novack, D. H., Suchman, A. L., Clark, M., Epstein, R. M., Najberg, E., & Kaplan, C. (1997). Calibrating the physician. Personal awareness and effective patient care. *Journal of the American Medical Association*, 278(6), 502-509.
- Ordway, J. A. (1976). Transference in a fishbowl : A survey of rural psychoanalysis. *Comprehensive Psychiatry*, 17(1), 209-216.
- Otten, H. (2002). *Introduction to Balintwork*. Document consulté sur le site de la International Balint Federation le 27 octobre 2009 au: <http://www.balintinternational.com/downloads/introbalint.pdf>
- Petit Larousse Illustré*. (2009). Paris: Larousse.
- Phares, E. J., & Chaplin, W. F. (1997). *Introduction to personality* (4th ed.). Boston: Longman.
- Plant, F. (1995). Analysis: Ritual without witnesses. Dans L. B. Ross & M. Roy (Éds.), *Cast the first stone: Ethics in analytic practice* (pp. 59-67). Wilmette, IL: Chiron Publications.
- Poon, V. H. K. (2007). Narratives and therapy. *Canadian Family Physician*, 53, 1881-1882.

- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville, QC : Gaëtan Morin Éditeur.
- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 303-357.
- Rajchman, J. (1986). *Le savoir-faire avec l'inconscient*. Périgueux, France: William Blake & Co.
- Rajchman, J. (1994). *Érotique de la vérité. Foucault, Lacan et la question de l'éthique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Ricoeur, P. (1983). *Temps et récit: Tome 1. L'intrigue et le récit historique*. Paris: Éditions du Seuil.
- Ricoeur, P. (2008). *Écrits et conférences 1. Autour de la psychanalyse*. Paris: Éditions du Seuil.
- Rubin, B. (2005). Ethics, culture, and taboos - Organized psychoanalysis and the Cabernite affair. *Psychoanalytic Review*, 92(6), 829-838.
- Schafer, R. (1983). *The analytic attitude*. New York: Basic Books Inc.
- Schwartz, R. (2007). Doctor as story-listener and storyteller. *Canadian Family Physician*, 53, 1288-1289.
- Sebek, M. (2002). Some critical notes on Solomon's paper 'The ethical attitude – a bridge between psychoanalysis and analytical psychology'. *Journal of Analytical Psychology*, 47, 195-201.
- Silverman, S. (1988). Correspondences and thought-transference during psychoanalysis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 16(3), 269-294.
- Skelton, J. R., Macleod, J. A. A., & Thomas, C. P. (2000). Teaching literature and medicine to medical students, part II: why literature and medicine? *The Lancet*, 356, 2001-2003.
- Solomon, H. M. (2001). Origins of the ethical attitude. *Journal of Analytical Psychology*, 46, 443-454.

- Solomon, H. M., & Twyman, M. (2003). Introduction: The ethical attitude in analytic practice. Dans H. M. Solomon & M. Twyman (Éds.), *The ethical attitude in analytic practice* (pp. 3-12). London: Free Association Books.
- Sorrel, W. E. (1973). Basic concepts of transference in psychoanalysis. *Diseases of the Nervous System*, 34(4), 158-159.
- Spruiell, V. (1984). The analyst at work. *International Journal of Psycho-Analysis*, 65, 13-30.
- Stoloff, J.-C. (1993). *L'interprétation: De la rationalité à l'éthique de la psychanalyse*. Paris: Bayard Éditions.
- Swerdloff, B. (2002). An interview with Michael Balint. *The American Journal of psychoanalysis*, 62(4), 383-413.
- Szasz, T. S. (1974). *The ethics of psychoanalysis. The theory and method of autonomous psychotherapy*. New York: Basic Books Inc.
- Szpilka, J. (2002). Some thoughts on psychoanalysis and ethics. *International Journal of Psychoanalysis*, 84(5), 1037-1049.
- Taketomo, Y. (1989). An American-Japanese transcultural psychoanalysis and the issue of teacher transference. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 17(3), 427-450.
- Tallon, A. (2007). Can Levinas's ethical metaphysics contribute to psychoanalysis? The case for and against. *Psychoanalytic Review*, 94(4), 657-680.
- Thompson, M. G. (1999). The ethics of psychoanalysis: An introduction. *Psychoanalytic Review*, 86(4), 503-512.
- Tovey, P. (1998). Narrative and knowledge development in medical ethics. *Journal of Medical Ethics*, 24, 176-181.
- Ulman, R. B., & Stolorow, R. D. (1985). The "transference - counter-transference neurosis" in psychoanalysis. An intersubjective viewpoint. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 49(1), 37-51.
- Vergheze, A. (2001). The physician as storyteller. *Annals of Internal Medicine*, 135(11), 1012-1017.

- Wakefield, J. (1995). Am I my brother's keeper? Dans L. B. Ross & M. Roy (Éds.), *Cast the first stone: Ethics in analytic practice* (pp. 82-90). Wilmette, IL: Chiron Publications.
- Wallwork, E. (1991). *Psychoanalysis and ethics*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Wallwork, E. (2005). Ethics in psychoanalysis. Dans *The American Psychiatric Publishing Textbook in Psychoanalysis* (pp. 281-297). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Watson, S. (2007). An extraordinary moment. *Canadian Family Physician*, 53, 1283-1287.
- Weiss, S.S. (1975). The effect on the transference of 'special events' occurring during psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*.
- Winer, J. A., & Lax, R. F. (2002). Ethics of psychoanalysis: Confidentiality. *International Journal of Psychoanalysis*, 83(2), 457-462.
- Zoja, L. (1995). Reflections concerning ethics. Dans L. B. Ross & M. Roy (Éds.), *Cast the first stone: Ethics in analytic practice* (pp. 42-55). Wilmette, IL: Chiron Publications.
- Zupančič, A. (2005). Éthique et tragédie chez Lacan. Dans J.-M. Rabaté (Éd.), *Lacan* (pp. 207-225). Paris : Bayard.

Appendice A: Documents répertoriés et analysés pour les fins de la présente étude

Tableau 1: Documents répertoriés et analysés pour les fins de la présente étude

Auteur(s)	Année	Type de document	Titre
Abend	1989	Article	Countertransference and psychoanalytic technique
Abend	1993	Article	An inquiry into the fate of the transference in psychoanalysis
American Psychoanalytical Association	n.d	Page web	Chronology of Sigmund's Freud life
American Psychoanalytical Association	n.d	Page web	Contributions of psychoanalysis
American Psychoanalytical Association	n.d	Page web	Noted psychoanalysts
Anderson	2000	Article	Writing and healing
Atkins & Murphy	1993	Article	Reflection: A review of the literature
Atterton	2007	Article	The talking cure: The ethics of psychoanalysis
Auger	2002	Article	L'apport de la formation Balint dans la pratique
Balint	1955	Article	The doctor, his patient, and the illness
Balint	2002	Article	The crisis of medical practice
Balint, Ball & Hare	1969	Article	Training medical students in patient-centered medicine
Barnes	2003	Chapitre	Ethics in practice
Bilmes	1999	Article	Psychoanalysis and morals: A dark alliance
Blass	2003	Article	On ethical issues at the foundation of the debate on the goals of psychoanalysis
Blass	2003	Article	On the question of the patient's right to tell and the ethical reality of psychoanalysis

Blos	1980	Article	The life cycle as indicated by the nature of the transference in the psychoanalysis of adolescents
Canadian Association for Psychodynamic Therapy	2008	Page web	About CAPT
Capell	1967	Article	The ethical basis of psychoanalysis
Carson	2001	Article	That's another story: Narrative methods and ethical practice
Charon	1986	Article	To render the lives of patients
Charon	2000	Article	Reading, writing, and doctoring: Literature and medicine
Charon	2001	Article	Narrative medicine. A model for empathy, reflection, profession and trust
Charon	2001	Article	Narrative medicine: Form, function, and ethics
Charon	2004	Article	Narrative and medicine
Charon	2006	Monographie	Narrative medicine. Honoring the stories of illness
Charon	2007	Article	What to do with stories. The sciences of narrative medicine
Charon	2008	Chapitre	Where does narrative medicine come from? Drives, diseases, attention, and the body
Charon & Wyer	2008	Article	The act of medicine. Narrative evidence-based medicine
Coulehan	1995	Article	Tenderness and steadiness: Emotions in medical practice
DasGupta & Charon	2004	Article	Personal illness narratives: Using reflective writing to teach empathy
de Blécourt	1993	Article	Transference, countertransference and acting out in psychoanalysis
Denis	2007	Article	L'éthique du psychanalyste
Divinsky	2007	Article	Stories for life: Introduction to narrative medicine
Erikson	1964	Monographie	Insight and responsibility: Lectures on the ethical implications of psychoanalytic insight
Erikson	1971	Monographie	Éthique et psychanalyse
Fabian	2001	Article	Ethical considerations on dynamic psychiatry and the tradition of relationship in psychoanalysis.

Fink	1999	Article	The ethics of psychoanalysis: A Lacanian perspective
Freud	1953/1985	Monographie	La technique psychanalytique
Freud	1924/2001	Monographie	Cinq leçons sur la psychanalyse <i>suivi de</i> Contributions à l'histoire du mouvement psychanalytique
Fryer	2004	Monographie	The intervention of the other. Ethical subjectivity in Levinas and Lacan.
Fröhlich	1997	Dictionnaire	Dictionnaire de la psychologie
Gordon	1995	Chapitre	Transference-countertransference. The Eros-Agape factor
Greenhalgh & Hurwitz	1999	Article	Why study narrative?
Griffin	2008	Chapitre	The fortunate physician: Learning from our patients
Guyomard	1998	Monographie	Le désir d'éthique
Haule	1995	Chapitre	Eros, mutuality, and the "New Ethic"
International Psychoanalytical Association	2007	Page web	Ethical principles and implementing procedures
Irvine	1995	Chapitre	The need for an analytic temenos
Jones	1999	Article	Narrative in medical ethics
Kantrowitz, Katz, & Paolitto	1990	Article	Followup of psychoanalysis five to ten years after termination: III. The relation between the resolution of the transference and the patient-analyst match
King	1980	Article	The life cycle as indicated by the nature of the transference in the psychoanalysis of the middle-aged and elderly
Klimovsky, Dupetit, & Zysman,	1995	Article	Ethical and unethical conduct in psychoanalysis. Correlations between logic, ethics, and science
Kolb & Montgomery	1958	Article	An explanation for transference cure: Its occurrence in psychoanalysis and psychotherapy
Lacan	1973a	Monographie	Le Séminaire de Jacques Lacan. Livre VII: L'Éthique en psychanalyse

Lacan	1973b	Monographie	Le Séminaire de Jacques Lacan. Livre VIII: Le transfert
Merlino	2006	Article	Psychoanalysis and ethics: Relevant then, essential now
Miller & Schmidt	1999	Article	The habit of humanism: A framework for making humanistic care a reflexive clinical skill
Muslin & Clarke	1988	Article	The transference of the therapist of the elderly
Novack, Suchman, Clark, Epstein, Najberg, & Kaplan	1997	Article	Personal awareness and effective patient care
Otten	2002	Page web	Introduction to Balintwork
Phares & Chaplin	1997	Monographie	Introduction to personality
Plant	1995	Article	Analysis: Ritual without witnesses
Poon	2007	Article	Narratives and therapy
Racker	1957	Article	The meanings and uses of countertransference
Rajchman	1994	Monographie	Érotique de la vérité. Foucault, Lacan et la question de l'éthique
Ricoeur	1983	Monographie	Temps et récit: Tome 1. L'intrigue et le récit historique
Ricoeur	2008	Monographie	Écrits et conférences 1. Autour de la psychanalyse
Rubin	2005	Article	Ethics, culture, and taboos - Organized psychoanalysis and the Cabernite affair
Schafer	1983	Monographie	The analytic attitude
Solomon	2001	Article	Origins of the ethical attitude
Solomon & Twyman	2003	Chapitre	Introduction: The ethical attitude in analytic practice
Sorrel	1973	Article	Basic concepts of transference in psychoanalysis
Stoloff	1993	Monographie	L'interprétation: De la rationalité à l'éthique de la psychanalyse
Swerdloff	2002	Article	An interview with Michael Balint
Szasz	1974	Monographie	The ethics of psychoanalysis. The theory and method of autonomous psychotherapy
Tallon	2007	Article	Can Levinas's ethical metaphysics contribute to psychoanalysis? The case for and against
Lacan	1973b	Monographie	Le Séminaire de Jacques Lacan. Livre VIII: Le transfert

Ulman & Stolorow	1985	Article	The "transference - counter-transference neurosis" in psychoanalysis. An intersubjective viewpoint
Wakefield	1995	Chapitre	Am I my brother's keeper?
Wallwork	1991	Monographie	Psychoanalysis and ethics
Winer & Lax	2002	Article	Ethics of psychoanalysis: Confidentiality
Zoja	1995	Chapitre	Reflections concerning ethics
Zupančič	2005	Chapitre	Éthique et tragédie chez Lacan