

# Rapports sexuels entre médecin et patient

*Dr Patrick Ruedin PD*

*Dr J. Philip Zindel*

Le médecin, quelle que soit sa spécialité, peut être confronté à des situations très délicates telles qu'une érotisation de la relation médecin-patient et, beaucoup plus grave, être tenté de passer à l'acte. En effet, il est assez fréquent de lire dans la presse, souvent avec grand fracas et scandale à la clé, des comptes-rendus d'abus sexuels de médecins au détriment de leurs patientes (c'est le plus souvent les femmes qui sont abusées). Bien souvent, ces faits restent cachés comme des études tendent à le démontrer. Il nous a donc paru utile de rapporter dans ce journal consacré à la sexualité les extraits principaux d'une lettre adressée récemment aux thérapeutes par le Président de la Société Médicale Suisse d'Hypnose, le Docteur J. Philip Zindel, qui met en garde les médecins du risque de tels abus. Bien qu'il s'agisse ici d'hypnothérapie, ce message s'étend certainement à tous les médecins, même s'ils ne pratiquent pas spécifiquement de psychothérapie. Nous remercions l'auteur de nous autoriser aimablement à reproduire la majeure partie de son message.

La relation entre médecin et patient n'est pas en premier lieu (comme une certaine vision moderne greffée

sur le modèle économique pourrait le suggérer) un contrat de prestations techniques entre un « consommateur » et un « fournisseur de prestations ». Le médecin est en tout premier lieu une personne de confiance à laquelle un patient confie non seulement son corps avec ses dysfonctions, mais également d'importantes parties régressives de sa vie psychique. Ceci implique, par la force des choses et en raison de la nature régressive de la position du patient, une asymétrie de la relation, et de ce fait une forme de dépendance inhérente à la nature même de la relation entre médecin et patient. Cette relation asymétrique tout à fait particulière doit être garantie de manière absolument fiable (ce qui est d'ailleurs autant valable pour les prêtres, les éducateurs, les juristes, etc.). En revanche, une relation sexuelle doit, du point de vue éthique, résulter d'une symétrie basée sur le libre consentement des personnes concernées. Par conséquent, une relation médecin-patient et une relation intime s'excluent par leurs natures mêmes. C'est à la personne porteuse de responsabilités et à elle seule de garantir cette intégrité.

Il est possible, dans certains cas, qu'il y ait une érotisation de la relation entre médecin et patient appa-

raissant de la part du patient. Le médecin n'y a peut-être en rien contribué de manière apparente et se trouve dans une situation de tentation, voire harcelante. Même dans un tel cas, la situation est indiscutable : en cas d'érotisation de la relation entre médecin et patient, il s'agit d'une situation de transfert (selon la terminologie psychanalytique) qui doit absolument être abordée et faire l'objet d'une action thérapeutique.

S'engager ou même profiter d'une telle situation de transfert au lieu de la traiter est à considérer comme un acte de trahison à l'égard de la mission thérapeutique, ce qui est inadmissible du point de vue déontologique. Comme cela a déjà été mentionné plus haut, dans la réalité concrète, peu importe de qui émane l'initiative. Même si les deux personnes décident de mettre fin à la relation médecin-patient pour faire place à une relation privée, on se trouvera souvent dans les situations limites, où il ne sera pas toujours clair s'il y aura encore dépendance ou pas. Par contre, si la relation médecin-patient persiste, il s'agit alors de toute évidence d'un profond abus de confiance de la part du médecin responsable et donc d'un grave manquement déontologique. Nous ne pouvons donner ici que quelques indications sur la manière

dont un médecin doit se comporter si une telle situation s'amorce. Ni les médecins ni les patients ne sont des êtres asexués. Une attraction entre médecin et patient n'est pas exclue et n'est pas punissable en tant que telle. Mais le médecin doit absolument avoir conscience du fait qu'il se trouve dans une relation de responsabilité face à une personne en régression. Il s'agit donc en tout premier de reconnaître une telle situation, de la prendre au sérieux et d'évaluer correctement le risque qu'elle comporte. Ce n'est qu'après qu'on pourra, dans une deuxième étape, s'adresser à un superviseur ou à quelque personne de confiance dont on pourra être sûr qu'elle ne jugera pas. Seul le fait de pouvoir parler à quelqu'un de ses détresses professionnelles permet de prendre de la distance, ce qui permettra par la suite de chercher des solutions dans le dialogue (la supervision sert provisoirement de « béquille » pour les aspects psychiques dépassés par la situation du médecin en danger). Dans la pratique, les groupes Balint se sont avérés particulièrement utiles du fait dans ce genre de supervision. Il est naturel de parler de sujets délicats du contre-transfert avec des confrères dans une atmosphère de confiance. De plus, il est particulièrement important d'apprendre à reconnaître à temps les premiers signes d'alarme précurseurs. Pour tout médecin (en particulier pour ceux qui exercent une activité explicitement psychothérapique), la recherche permanente de connaissance de soi est une condition sine qua non pour assumer une activité professionnelle déontologiquement acceptable. Ceci implique la capacité de reconnaître et de prendre au sérieux ses propres signes d'alarme. Une difficulté supplémentaire vient du fait que souvent les médecins concernés doivent faire face à une propre histoire d'abus. De ce fait, ils ont tendance à réagir avec une défense dissociative, c'est-à-dire qu'ils pratiquent en prin-

cipe une double comptabilité (une « professionnelle » et une « privée »). Cela les engage dans une collusion fatale avec les tendances dissociatives de leurs patients, sans s'en rendre compte. Seul le savoir et l'acceptation inconditionnelle qu'aucune situation dans la constellation médecin-patient ne saurait justifier une relation sexuelle, peuvent peut-être encore sauver la situation à temps.

A ce propos, je tiens encore à mentionner que les recherches du domaine des abus sexuels ont démontré que le seul facteur à risque vraiment relevant et consistant se trouve dans la structure de la personnalité du médecin. Il existe toutefois certains aspects dans la personnalité du patient qui peuvent devenir des pièges pour le développement érotisant d'une relation. Ainsi, certains traits de personnalité du type « borderline » ou des comportements histrioniques ont tendance à mener certains médecins en

grandes difficultés contre-transférentielles. Mais même dans de tels cas, ce sera toujours et encore la seule tâche du médecin de reconnaître à temps ces signes et de les gérer de manière professionnelle. Ainsi, par exemple, déjà le seul désir ou l'acceptation de la part d'un patient à s'engager dans une relation privée avec son médecin sans pour autant vouloir abandonner la relation médicale, sont à considérer comme des signes d'alarme. La responsabilité qu'assume le médecin est ici très exigeante et entre profondément dans sa sphère privée.

Le moyen le plus efficace et le plus urgent serait certes de thématiser et d'approfondir ce sujet déjà au cours des études de médecine. En effet, cela laisse songeur si de futurs médecins de quelle discipline que ce soit, se retrouvent, après avoir été insuffisamment informés sur une grave erreur médicale malheureusement trop fréquente, poursuivis par la justice pénale.