



# Place du psychologue et complexités en soins palliatifs

12 fiches pour comprendre

*Positionnement du psychologue, spécificités,  
limites et ajustements (DMS, SPCJD, éthique,  
sens et spiritualité...)*

Sous la direction de  
**Delphine Peyrat-Apicella**  
et **Sigolène Gautier**

**Place du psychologue  
et complexités  
en soins palliatifs**

## ÉDITIONS IN PRESS

74, boulevard de l'Hôpital – 75013 Paris

Tél. : 09 70 77 11 48

[www.inpress.fr](http://www.inpress.fr)

Collection dirigée par Lydia Fernandez, professeur en psychologie de la santé et du vieillissement, psychologue clinicienne, université Lyon 2, Institut de psychologie, département du PSED.

### *PLACE DU PSYCHOLOGUE ET COMPLEXITÉS EN SOINS PALLIATIFS.*

ISBN : 978-2-84835-757-7

© 2022 ÉDITIONS IN PRESS

*Couverture : Lorraine Desgardin*

*Mise en pages : Mathieu Richir*

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite (Loi du 11 mars 1957, alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

# Place du psychologue et complexités en soins palliatifs

Sous la direction de  
Delphine Peyrat-Apicella et Sigolène Gautier





# SOMMAIRE

Les auteurs.....	7
Introduction.....	9
<u>FICHE 1</u>	
Rapport d'étonnement d'une stagiaire en soins palliatifs.....	11
<i>Mélanie Dormont</i>	
<u>FICHE 2</u>	
Les interventions du psychologue en équipe mobile de soins palliatifs à destination du patient.....	23
<i>Stéphanie Gasnier</i>	
<u>FICHE 3</u>	
La place du psychologue en équipe mobile de soins palliatifs vue par le binôme IDE-médecin .....	35
<i>Justine Robert, Louise Buretel de Chasse, Véronique Laplanche, Benoit Cozzi, Isabelle Marin</i>	
<u>FICHE 4</u>	
Les groupes de parole et de supervision clinique en soins palliatifs.....	45
<i>Marc Guiose, Alexandre Sinanian</i>	
<u>FICHE 5</u>	
Sens et histoire de la maladie .....	57
<i>Delphine Peyrat-Apicella</i>	

FICHE 6

La spiritualité..... 67  
*Nicolas Pujol*

FICHE 7

Le deuil chez le jeune enfant ..... 77  
*Marthe Ducos*

FICHE 8

Soutenir la démarche de réflexion éthique  
en soins palliatifs..... 89  
*Rozenn Le Berre*

FICHE 9

La sédation profonde et continue jusqu'au décès  
(SPCJD) : au carrefour des subjectivités..... 99  
*Yasmine Chemrouk*

FICHE 10

Temporalité psychique et durée moyenne de séjour .... 111  
*Sigolène Gautier*

FICHE 11

Les LISP : adéquation entre attentes et réalités? ..... 123  
*Élodie Dauneau*

FICHE 12

Unité de soins palliatifs : espace de vie –  
source d'en-vie ..... 133  
*Lucile Rolland-Piègue*

Conclusion ..... 143

## LES AUTEURS

**LOUISE BURETEL DE CHASSEY**, infirmière en Équipe mobile de soins palliatifs (EMSP), Hôpital Delafontaine, Saint-Denis.

**YASMINE CHEMROUK**, psychologue clinicienne, docteure en psychologie, Laboratoire SuLiSoM, Université de Strasbourg et centre hospitalier régional d'Orléans.

**BENOÎT COZZI**, médecin en EMSP, Hôpital Delafontaine, Saint-Denis.

**ÉLODIE DAUNEAU**, psychologue clinicienne, doctorante en psychologie, Laboratoire CAPS, Université de Poitiers et EMSP/LISP (Lits identifiés soins palliatifs), Centre hospitalier de Rochefort, co-coordinatrice régionale du collège des psychologues de la SFAP Nouvelle-Aquitaine.

**MÉLANIE DORMONT**, psychologue stagiaire, centre des massues, Croix Rouge Française Lyon, Université Lyon 2.

**MARTHE DUCOS**, psychologue clinicienne, docteure en psychologie, EMSP, Institut Bergonié Bordeaux, co-coordinatrice régionale du collège des psychologues de la SFAP Nouvelle-Aquitaine.

**STÉPHANIE GASNIER**, psychologue clinicienne, Équipe d'Appui Départementale de Soins Palliatifs (EADSP 41), Centre hospitalier de Blois, coordinatrice régionale du collège des psychologues de la SFAP Centre-Val de Loire.

**SIGOLÈNE GAUTIER**, psychologue clinicienne – Unité de Soins Palliatifs, centre des massues, Croix Rouge Française Lyon, responsable du collège national des psychologues de la SFAP.

**MARC GUIOSE**, psychologue clinicien, psychanalyste, chargé de cours Université Sorbonne Paris VI, co-fondateur de l'organisme de formation Psy Cap Corps.

**VÉRONIQUE LAPLANCHE**, infirmière en EMSP, Hôpital Delafontaine, Saint-Denis.

**ROZENN LE BERRE**, docteure en philosophie, maîtresse de conférences de l'Institut Catholique de Lille, Centre d'éthique médicale, EA 7446 ETHICS.

**ISABELLE MARIN**, ex-médecin en EMSP, Hôpital Delafontaine, Saint-Denis.

**DELPHINE PEYRAT-APICELLA**, psychologue clinicienne, maîtresse de conférences en psychologie, laboratoire UTRPP (UR 4403), Université Sorbonne Paris Nord, co-coordinatrice du collège national des psychologues de la SFAP.

**NICOLAS PUJOL**, psychologue clinicien-chargé de recherche, docteur en Psychologie, maison médicale Jeanne-Garnier, Paris.

**JUSTINE ROBERT**, médecin responsable de l'EMSP, Hôpital Delafontaine, Saint-Denis.

**LUCILE ROLLAND-PIÈGUE**, psychologue clinicienne, EMSP, Centre Hospitalier Rives de Seine, co-coordinatrice régionale du collège des psychologues de la SFAP Île-de-France.

**ALEXANDRE SINANIAN**, psychologue clinicien, docteur en Psychopathologie, directeur du cabinet PRACTICE.

# INTRODUCTION

La clinique des soins palliatifs est multiple, riche de l'engagement de professionnels désireux d'acquérir et de transmettre des savoir-faire et des savoir-être en adéquation avec une clinique bien spécifique. Dès l'achèvement du sommaire du premier opus de cet ouvrage (*Psychologie et soins palliatifs*, paru dans la même collection en janvier 2021), nous est apparue la nécessité d'en penser un second. Finalement, il pourrait probablement exister de multiples titres au sujet d'une expérience clinique qui peut se questionner à tellement d'endroits et de manières différentes, qu'il est finalement bien difficile de la circonscrire.

Nous avons tenté, dans le premier ouvrage, d'aborder les concepts fondamentaux de base, se révélant comme structurels du champ des soins palliatifs, afin d'en favoriser une appréhension globale. Cette suite (ou pour-suite) approche davantage des sujets sources de tensions, des lieux et/ou problématiques de potentielles conflictualités. Des sujets comme la sacro-sainte DMS<sup>1</sup>, la création de LISP<sup>2</sup> dans les établissements de soin, l'abord de la spiritualité ou bien de nouvelles dénominations comme la SPCJD<sup>3</sup>, questionnent et ouvrent de multiples réflexions sur la pratique clinique en soins palliatifs. Par ailleurs, la place du psychologue (en EMSP<sup>4</sup> notamment) est abordée sous différents angles, permettant d'approcher la spécificité de notre métier dans un champ où l'approche interdisciplinaire est centrale, et où les

- 
1. Durée Moyenne de Séjour.
  2. Lits Identifiés de Soins Palliatifs.
  3. Sédation Profonde et Continue Jusqu'au Décès.
  4. Équipe Mobile de Soins Palliatifs.

places de chacun se pensent et évoluent au gré des équipes, mais surtout des situations cliniques, flirtant parfois avec l'extrême.

# RAPPORT D'ÉTONNEMENT D'UNE STAGIAIRE EN SOINS PALLIATIFS

Mélanie Dormont

Les Unités de soins palliatifs et leurs fonctions sont encore aujourd'hui méconnues socialement. Découvrir ces lieux peut donc s'avérer étonnant, déroutant, et bouleverser nos diverses représentations. L'appareil psychique est ainsi mis à l'épreuve face à ce que nous pouvons y rencontrer : des corps malades, une temporalité incertaine, et bien évidemment la mort.

---

• *mort* • *contre-transfert* • *sensorialité* • *appareil psychique*  
• *élaboration* •

## 1. Introduction

Nous sommes aujourd'hui dans un monde, dans une société, où tout est mis en œuvre pour retarder au maximum l'échéance de la mort [1]. Cependant, vient un moment où nous y serons tous confrontés, par exemple du fait d'une maladie. Le sujet atteint d'une maladie grave, létale, se retrouve confronté à sa finitude : il se rapproche de la fin de sa vie, ce qui est non seulement difficile, mais provoque également des réactions imprévisibles. Comme le disait S. Freud [2], la mort est non représentable pour la psyché humaine. Ainsi, est-il vraiment possible d'accepter sa propre mort ? Et est-ce réellement cela dont il s'agit en USP ? Le corps, qui normalement maintient en vie, est aujourd'hui la cause de ce qui va mener à la mort, et cela peut s'avérer-déstabilisant voire déséquilibrant pour les individus. Vient donc le moment d'accompagner le patient dont la maladie est létale dans une prise en charge globale visant à atténuer toutes les souffrances (physiques, morales et

spirituelles) jusqu'à la fin de sa vie. Telle est la place des soins palliatifs. Pour les définir, nous reprendrons les mots de Thérèse Vanier (1976) : les soins palliatifs « *c'est tout ce qu'il reste à faire quand il n'y a plus rien à faire* » [3].

Cependant, les soignants et les proches sont, tout comme les patients, confrontés à la mort. Une mort qui pour eux aussi peut-être difficile à intégrer. De nombreux processus se jouent donc en ces lieux d'accompagnement de la fin de vie, entre tous les acteurs qui s'y retrouvent, mêlant affects, défenses et douleur. L'accompagnement à l'approche de la mort est difficile à penser, si tant est que la mort elle-même soit possible à penser. Sans oublier que chacun a une perception différente de la mort en fonction de ses vécus, de ses représentations, mais également de ses croyances, qu'elles soient religieuses ou non. La mort peut mettre en difficulté, « secouer », et même violenter les personnes qui y sont confrontées ; *a contrario* face à la souffrance, j'ai pu constater que la mort pouvait parfois représenter une délivrance pour les proches. Ayant approché le champ de la fin de vie à travers un stage en unité de soins palliatifs, je vais tâcher de rendre compte des perceptions et réalités de cette clinique à travers mon propre point de vue d'étudiante.

## 2. Attentes et contextualisation du stage en Unité de Soins Palliatifs

Étudiante en Master 2 de psychologie, psychopathologie clinique à visée de recherche, j'ai réalisé un stage au sein duquel je devais élaborer un mémoire de recherche. J'avais également une envie personnelle de rencontrer des patients, de me confronter moi-même à la clinique, m'extrayant de la position d'observatrice adoptée dans mes précédentes expériences de stages. J'ai choisi de réaliser un stage dans une unité de soins palliatifs à la

suite de l'intervention d'un professeur qui, lors d'un cours, avait évoqué le cas clinique d'un patient en USP. Il est vrai que ce cas clinique m'avait interpellée, sans vraiment que je n'ai pu identifier pourquoi ; ce qui a donc provoqué mon envie de découvrir ce milieu qu'est l'accompagnement en fin de vie.

Me voici au début de l'année universitaire, ayant l'opportunité de commencer un stage dans une unité de soins palliatifs avec malgré tout quelques angoisses et appréhensions. J'aborde ce lieu avec toutes mes (fausses) représentations, car effectivement, je m'attendais à trouver une ambiance mortifère dans ce service. Je pensais qu'il s'agissait d'un lieu où les patients étaient hospitalisés à la fin de leur vie, pour leur fin de vie, donc pour mourir. Cette idée rejoint d'ailleurs la pensée sociale qui tend à se représenter les USP comme des « mouirois ». Je m'attendais ainsi à trouver un environnement quelque peu « glauque », sombre, avec des patients en phase terminale, en phase agonique. Or, ce n'est pas seulement ce à quoi j'ai été confrontée. En effet, j'ai découvert un environnement lumineux et bien vivant, tout comme les patients, eux-mêmes bien vivants, avec une vie psychique active ; même si effectivement, la majorité des patients décèdent dans l'unité. De même, j'ai pu observer et participer à l'orientation des patients, et à la mise en place de projets de vie après un passage en USP. Cela a d'ailleurs été le centre de ma recherche, car j'ai décidé de réaliser une étude sur le vécu psychique des patients en USP lors de leur projet d'orientation dans une autre structure, tant ces projets sont un sujet important.

### 3. Premiers pas dans l'institution

En arrivant en ce lieu qu'est l'USP, j'ai été étonnée de découvrir la prise en charge globale pluridisciplinaire [4]. Chaque professionnel (médecins, infirmiers, aides-soignants...) a sa place

et est impliqué dans la prise en charge du patient. De même, j'avoue avoir été étonnée de la place laissée à la psychologue de l'équipe (ma tutrice de stage) : j'avais tellement entendu parler des difficultés pour les psychologues hospitaliers à avoir une place [5] ! Le travail pluridisciplinaire est évident pour chaque professionnel et valorise une approche globale du patient, permettant de mettre en évidence ses diverses dimensions, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales. J'ai donc constaté qu'il n'est pas uniquement question de confort pour que le patient ne soit pas douloureux, mais réellement de bien-être, notamment en réduisant les angoisses, par exemple à travers les nombreuses thérapies complémentaires (art-thérapie, sophrologie, musicothérapie...).

Finalement, j'ai pu observer une prise en charge maternante des patients, que nous pouvons comparer au *holding* et au *handling*, décrits par D.W. Winnicott en 1974 [6]. Effectivement, les soignants sont aux « petits soins » pour les patients, tentant de s'ajuster au mieux à leurs besoins et désirs. Peut-être pourrait-on faire l'hypothèse que l'état de dépendance dans lequel se trouvent les patients implique ce positionnement de la part des soignants ? Est-ce donc parce que les patients ont une position de type infantile que les soignants sont maternants ? Ou est-ce parce que les soignants sont maternants que les patients adoptent une position infantile ? Sûrement est-ce un peu réciproque...

De même, l'accompagnement des familles et les nombreux contacts que peuvent avoir l'équipe avec les proches signent le caractère global de la prise en charge. N'est-ce pas finalement une prise en charge idéale pour le patient ? Ou suis-je moi dans l'idéalisation de cette prise en charge ? Je dois ajouter qu'il s'agissait d'un premier stage pour moi en institution hospitalière : j'ai donc découvert la présence, et plus particulièrement l'omniprésence du corps, à travers toute ma sensorialité. En effet, j'ai pu observer, sentir, et entendre le corps malade. Observer les effets de la maladie

et des traitements sur le corps (maigreur, perte de cheveux, teint jaune, plaies...), mais également les différents appareillages présents autour des patients. Sentir les odeurs des plaies dues à la maladie. De même entendre, par exemple dans le cadre du cancer de la gorge où la voix est modifiée, des essoufflements liés à des difficultés respiratoires, le bruit des appareillages, mais aussi les bruits naturels que le corps peut produire lorsqu'il est malade.

## 4. Des représentations changeantes

La vision de la mort est un phénomène culturel, puisque l'on sait que selon les pays, elle n'est pas abordée de la même manière. Effectivement, dans certains pays elle est fêtée et célébrée, il existe des rites spécifiques, alors que dans d'autres, comme en occident, elle est davantage mise à distance. Mais à quel moment ce tabou a-t-il émergé lorsque l'on sait qu'au XIX<sup>e</sup> siècle, les cadavres dans les morgues étaient exposés en vitrine ?

Lors de cette expérience en USP, j'ai vécu de nombreux bouleversements psychiques, notamment liés à mes représentations de la mort qui se transformaient, elles-mêmes liées au tabou sociétal lié à la mort. En effet, j'ai pu constater une capacité grandissante à évoquer et à penser la mort, allant jusqu'à une forme de banalisation. Banalisation différente du clivage qu'évoque S. Freud en 1915, visant à faire taire cette idée de la mort, et en lien direct avec le tabou autour de la mort que nous connaissons dans notre société [2]. Nous ne l'élaborons pas, nous ne la montrons pas : au contraire, la mort est cachée.

Pour ma part, je pense que mes processus psychiques ont évolué, et que mes défenses se sont réajustées, réadaptées, afin de faire face à la mort à laquelle j'ai été confrontée. Ainsi, la mort n'a plus été mise à distance, mais incluse dans mon quotidien.

J'ai eu conscience du moment précis où mes représentations se transformaient. C'était en me rendant à la relève<sup>5</sup> : je suis passée devant une chambre dont la porte était ouverte et où j'ai vu un patient en phase agonique (maigre, bouche ouverte, yeux fermés, forte respiration). Je l'ai regardé, puis j'ai tourné la tête et ai continué mon chemin. C'est une fois assise que je me suis interrogée : « à quel moment cela ne me faisait plus “rien” de voir un patient comme ça ? ». Mais si je me suis interrogée, c'est bien que quelque chose m'a interpellée, et cela ne m'a donc pas « rien » fait. La différence est que je n'ai pas été sidérée comme j'aurai probablement pu l'être quelque temps auparavant en étant confrontée à cette situation. Ce jour-là, je m'étonne moi-même de mes propres défenses (banalisation notamment), ce qui montre le changement de mes processus défensif afin de pouvoir m'accoutumer. Cela ouvre à un nouveau questionnement qui est la différence dans la manière d'aborder la mort dans la vie professionnelle et dans la vie privée. En tant que professionnel, nous sommes immergés dans ce milieu de fin de vie, côtoyer la mort fait partie du quotidien, ce qui explique l'atténuation du vécu de sidération. Mais pourrais-je en dire autant s'il s'était avéré que ce soit un proche que j'eusse vu dans cet état ? Aborder la mort professionnellement ou personnellement reste donc différent, même en travaillant dans le milieu de la fin de vie.

## **5. Et le regard des autres dans la société alors ?**

Lorsque j'évoquais mon expérience en soins palliatifs, j'ai pu remarquer deux réactions possibles : la première étant la fascination, où mon interlocuteur se montrait curieux et posait de nombreuses questions ; la seconde étant le rejet, où parler de

---

5. Transmission des informations lors du changement d'équipe

ce sujet semblait déranger et gêner. C'était cette seconde réaction que j'ai d'ailleurs pu retrouver en majorité.

Il me semble intéressant d'évoquer la réaction d'autres étudiants en psychologie. Effectivement, lorsque je parlais de ce stage, des patients et de la mort dans les groupes avec d'autres étudiants, j'ai pu remarquer que mes mots pouvaient choquer. En effet, j'ai constaté que mes propos dérangent puisque mes collègues ont qualifié ma manière d'évoquer la clinique que j'expérimentais de trop « cash », trop « spontanée ». J'ai eu l'impression d'être violente par mes paroles, ce qui semble traduire le tabou social face au sujet de la mort.

De même, comme je pense tous les professionnels travaillant dans ce secteur, lorsque ce milieu est évoqué, j'ai eu de nombreuses fois ce retour : « je ne sais pas comment tu fais, moi je ne pourrais pas ». Le bénéfice secondaire des difficultés éprouvées face à la mort pourrait donc se trouver dans la narcissisation de se trouver dans cette position unique, où peu de personnes peuvent être. Dans un premier temps, face à ces remarques, je ressentais le besoin d'expliquer les défenses qui entraient en jeu ayant pour but l'adaptation. J'avais pour habitude de dire que notre appareil psychique savait se protéger, et qu'ainsi « nous sommes plus forts que ce que l'on pense ». Cette explication venait nier le côté bénéfique narcissisant et permettait de me ramener « au niveau » de mon interlocuteur. Mais au fur et à mesure que cette remarque revenait, et probablement avec lassitude de ressentir le besoin de me justifier, je ne disais plus rien, m'amusant même parfois à mouvementer mon interlocuteur en dévoilant de manière volontaire des choses choquantes, avec un vocabulaire tout aussi percutant pour les personnes extérieures au milieu de la fin de vie. Avec du recul, peut-être était-ce aussi pour moi un moyen de me décharger de ce que pouvait me faire vivre ce stage, agresser l'autre là où j'ai été agressée, ce qui renvoie finalement à l'expression d'une souffrance.

## 6. Ressentis et mouvements transféro-contre-transférentiels

Face aux patients atteints d'une maladie létale, j'ai pu identifier mes ressentis et certains mouvements transféro-contre-transférentiels. J'évoquerai uniquement ceux que j'ai ressentis le plus fortement, à commencer par l'impuissance. Au-delà de la mort, il est difficile d'être confronté à la souffrance de l'autre. En lien avec la sensorialité évoquée précédemment, j'ai pu ressentir du dégoût, de la gêne et des envies de fuir. Ces ressentis ont d'ailleurs impacté ma disponibilité psychique et par conséquent mon positionnement face au patient. Effectivement, je me concentrais plus sur les productions de ce corps malade que sur ce qui se jouait dans l'entretien. Comment rester présent psychiquement avec le patient lorsque ce qui occupait mes pensées lors de l'entretien était la manière de sortir physiquement et rapidement de la chambre ?

Enfin, je souhaitais évoquer le besoin de me sentir proche du corps des patients, allant jusqu'à les toucher, leur tenant la main, abordant donc une différence fondamentale dans ma position entre l'approche théorique du cadre psychanalytique et la pratique de la clinique à l'hôpital. De mon point de vue, le toucher est un moyen de faire lien, d'être contenant et rassurant envers le patient, particulièrement auprès de patients en soins palliatifs. De même, le toucher est parfois une réponse par la même modalité de communication que le patient. Ce toucher est important, nécessaire, et change la relation que nous avons avec le patient ; il y a quelque chose de plus intime dans la proximité qui selon moi se joue, puisque l'on se sent plus proche du patient. Nous pouvons mettre en lien ce toucher avec le « contre-transfert maternel », décrit par A. Van Lander [7]. Effectivement, en lien avec cette proximité du corps, nous pouvons retrouver d'autres gestes que j'ai pu effectuer qui m'ont renvoyée à une

place de « mère suffisamment bonne » [6], correspondant au positionnement de l'équipe soignante. En plus de la position de stagiaire psychologue, je me suis donc mise dans une position « d'aidante » par l'acte et non seulement par la parole, afin que le patient soit le plus confortable possible. Peut-être est-ce aussi une manière d'agir contre l'impuissance. Ces proximités par le corps, par les gestes, impactent obligatoirement le lien avec le patient en le transformant, le décès des patients avec qui il y a eu ces proximités me touchant particulièrement. Outre cet aspect proche du corps, j'ai pu retrouver ce contre-transfert maternel par mon envie d'accompagner, d'aider, de protéger et de consoler certains patients.

## 7. Conclusion

Pour conclure, après un passage dans ce lieu, je ne peux que dire qu'il s'agit d'un milieu qui fait grandir et mûrir, tant dans une position professionnelle que personnelle. C'est un stage qui m'a fait éprouver beaucoup de fatigue. Effectivement, c'est un milieu coûteux psychiquement, par l'intensité des entretiens cliniques mais également par la force des processus défensifs. Il m'est par exemple arrivé de m'écrouler en rentrant chez moi et de dormir sans même avoir la force de manger. Avec ce stage, je suis arrivée à voir certains éléments de ma vie quotidienne différemment, dédramatisant certaines situations lorsque je voyais ce à quoi sont confrontés les patients. Il n'est pas question d'une mort dans la vie fantasmatique : c'est une mort réelle qui attend les patients, à plus ou moins court terme, et à laquelle sont confrontés les soignants. Lors de la phase agonique, ce sont des corps réels en train de mourir auxquels nous devons faire face. Lorsque le patient décède, nous le voyons être transféré au service funéraire sous un drap blanc. Et rare m'ont été les occasions de voir un corps mort. C'est ainsi une mort réelle que

j'ai vécue au travers des patients, ce qui m'a fait évoluer dans mon propre rapport à la mort. Malgré tout, cela n'enlève rien à la vie présente dans ce service. De même, il y aura certains patients touchants et marquants que je garderai en mémoire, particulièrement ceux qui m'ont mise en difficulté, alors que j'oublierai les autres.

Aussi, l'accompagnement de ma tutrice lors de ce stage m'a énormément aidée à élaborer, à me questionner justement et à adapter ma position face aux diverses situations auxquelles j'ai été confrontée. Je n'ai donc pas été seule dans ces premiers pas en USP, et je pense que cela a été étayant pour orienter ma vision des choses et ne pas me laisser capter par cette vision mortifère de ce que peut représenter l'USP. L'ensemble de l'équipe a aussi été présente pour répondre à certains questionnements ce qui m'a également aidée dans la pratique, et m'a donné confiance pour participer durant les temps pluridisciplinaires.

Pour terminer, il ne faut pas oublier que ce qui a été évoqué dans cet écrit reste subjectif. Je me livre avec mes propres représentations et des enjeux contre-transférentiels qui me sont propres. Ce qui est en jeu ici est ma propre subjectivité, mais chacun a sa singularité et pourra voir les choses différemment. Ce qui me semblait important dans cet écrit, c'était finalement de développer le cheminement personnel qu'a pu avoir une stagiaire de psychologie clinique en soins palliatifs qui ne connaissait pas ce milieu.

## Références bibliographiques

- [1] Hintermeyer, P. (2009). Choisir sa mort? *Gérontologie et société*, 32/131 : 157-170.

- [2] Freud, S. (1915). *Actuelles sur la guerre et la mort et autres textes*. Paris : PUF, 2012.
- [3] Alric, J. Benezech, J.P. (2011). *La mort ne s'affronte pas... !*. Montpellier : Sauramps. p. 10.
- [4] Gautier, S. (2021). De la pluri à l'interdisciplinarité. In Peyrat-Apicella, D., Gautier, S. *Psychologie et soins palliatifs*. Paris : In Press.
- [5] Schwering, K. (2014). La maladie honteuse du psychologue à l'hôpital. *Champ psy*, 66, 31-44.
- [6] Winnicott, D.W. (1956). *La mère suffisamment bonne*. Paris : Payot, 2006.
- [7] Van Lander, A. (2015). *Apports de la psychologie clinique aux soins palliatifs*. Paris : Érès.

## Cas clinique : Madame T.

Madame T. est une femme de 56 ans atteinte d'un cancer du sein métastatique. Elle se présente plutôt mince, cheveux courts et gris qu'elle est en train de perdre puisqu'ils sont nombreux autour d'elle sur sa taie d'oreiller.

Elle présente une plaie près des côtes, sous sa poitrine, très malodorante, qui sent depuis le couloir alors que la porte de sa chambre est fermée. Personne ne sait comment aborder le sujet avec Madame T., qui refuse que l'on ouvre la fenêtre de sa chambre pour aérer. Mais dire ou ne pas dire au patient relève de la question de l'authenticité dans la rencontre. Des stratégies alternatives ont finalement été trouvées : mettre un diffuseur d'huiles essentielles dans la chambre et aller faire les soins avec une goutte d'huile essentielle sur le masque. Pour ma part, je mettais de l'huile essentielle de citron sur mon masque, odeur qui à ce jour n'est plus agréable pour moi puisque je l'associe à l'odeur de Madame T. Il arrive d'ailleurs que lorsque j'y repense, l'odeur me revienne.

Il s'est avéré que Madame T. avait conscience de cette odeur. Effectivement, alors qu'il y avait une amélioration des odeurs émanant de sa plaie, et que la date de sa sortie était proche, Madame T. a confié à un médecin qu'elle se sentait. Elle reliait ses odeurs à celle qu'elle sentait lorsqu'elle était enfant, travaillant dans l'arrière-boutique de la boucherie de ses parents où elle faisait le ménage. Dans cette arrière-boutique se trouvaient les « cadavres d'animaux », selon les mots rapportés par le médecin.

Madame T. avait peu de liens avec sa famille et ne recevait que rarement la visite de l'un de ses frères.

Lors de nos entretiens, Madame T. ressentait pour chaque propos le besoin de justifier le pourquoi de son comportement. Elle restait longuement sur les mêmes éléments, répétant les choses plusieurs fois. Elle était avec moi en permanence dans le test du lien, cherchant probablement à voir si je restais malgré ce qu'elle pouvait me dire (et malgré probablement l'odeur). Madame T. était également dans une défense d'agrippement et cela m'a mise en difficulté pour maintenir le cadre des entretiens. Effectivement, il arrivait que je reste plus d'une heure dans sa chambre, alors que tout ce à quoi je pensais était de sortir et m'éloigner de cette odeur. Comment rester présente physiquement et psychiquement quand la patiente est elle-même présente psychiquement ? Quand le corps malade est si prégnant que l'on passe à côté des enjeux psychiques de la rencontre ?



Quelle est la place du psychologue en soins palliatifs? Comment faire face à la complexité des situations que l'on y rencontre ?

Ces fiches abordent des thématiques sensibles, notamment autour des représentations des soins palliatifs, de la place du psychologue dans les différentes équipes, de la supervision clinique, du sens et de la spiritualité en fin de vie, ou encore des questionnements éthiques relatifs à cette clinique.

Cet ouvrage, riche de sa pluridisciplinarité, permet d'approcher au plus près les problématiques inhérentes à cette phase si particulière qu'est la fin de la vie.

**Les directrices d'ouvrage :** Delphine Peyrat-Apicella est psychologue clinicienne, maîtresse de conférence en psychologie à l'université Sorbonne Paris Nord. Elle est co-responsable du collège des psychologues de la SFAP.

Sigolène Gautier est psychologue clinicienne dans l'unité de Soins Palliatifs du Centre des Massues à la Croix-Rouge Française de Lyon. Elle est responsable du collège des psychologues de la SFAP.

**Les auteurs :** Louise Buretel de Chassey, Yasmine Chemrouk, Benoît Cozzi, Élodie Dauneau, Mélanie Dormont, Marthe Ducos, Stéphanie Gasnier, Marc Guiose, Véronique Laplanche, Rozenn Le Berre, Isabelle Marin, Nicolas Pujol, Justine Robert, Lucile Rolland-Piègue, Alexandre Sinanian.

**Collection dirigée par Lydia Fernandez**



9 782848 357577

ISBN : 978-2-84835-757-7

11 € TTC - France

[www.inpress.fr](http://www.inpress.fr)