



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



SOINS PALLIATIFS ET PSYCHOLOGIE

Vous avez dit « psy » : la clinique du psychologue en soins palliatifs pédiatriques



You said « psy »: Psychologist's clinical practice in pediatric palliative care



Charlotte Mancel-Arrouët

**Charlotte Mancel-Arrouët^{a,*}, Flora Roizot^{b,c},
Groupe des psychologues de la Fédération nationale
des équipes ressources régionales de soins palliatifs
pédiatriques¹**

^a Équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques La Source, Basse-Normandie, Pôle FEH, CHU, avenue de la Côte-de-Nacre, CS 30001, 14033 Caen cedex 9, France

^b Équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques Virgule, région Bourgogne, hôpital d'enfants du centre hospitalier universitaire de Dijon, 14, rue Gaffarel, 21079 Dijon cedex, France

^c Laboratoire de psychopathologie et psychologie médicale, université de Bourgogne, esplanade Erasme, 21078 Dijon, France

Reçu le 1^{er} avril 2015 ; reçu sous la forme révisée le 23 juin 2015 ; accepté le 5 août 2015
Disponible sur Internet le 2 octobre 2015

MOTS CLÉS

Soins palliatifs pédiatriques ;
Psychologue ;
Interdisciplinarité ;
Pratique clinique ;
Fonction contenante

Résumé Dans l'optique d'une présentation lors du sixième Congrès francophone de soins palliatifs pédiatriques, et en lien avec le référentiel des pratiques du psychologue en soins palliatifs de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (Sfap) – auquel il a été associé pour la partie pédiatrique – le collège des psychologues de la Fédération nationale des équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques a tenté de cerner les spécificités de leur pratique dans ce domaine. Cette réflexion s'est plus particulièrement articulée autour de la définition de la clinique du psychologue, au regard de l'interdisciplinarité inhérente aux équipes de soins palliatifs, pédiatriques et adultes. En effet, dans ces équipes pluriprofessionnelles et interdisciplinaires, où chacun est amené à intervenir « au chevet du patient », il semble important de pouvoir discerner ce qui relève d'un socle clinique commun aux différents membres de l'équipe (médecin, puéricultrice, psychologue, etc.) et

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mancel-c@chu-caen.fr (C. Mancel-Arrouët).

¹ Groupe des psychologues de la Fédération nationale des équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques : Delphine Cayzac ; Anne-Lise Cousin ; Anne Crespin ; Florence Etourneau ; Dalila Freire ; Marie Grosjean ; Marie-Nang Lithhouvongs ; Charlotte Mancel-Arrouët ; Stéphanie Obrégon ; Angélique Pannetier ; Alessia Perifano ; Flora Roizot ; Audrey Rollin ; Vanessa Ségard ; Katell Séverin ; Céline Trohel.

de la singularité de leurs positionnements professionnels. Ce travail, issu d'une réflexion collective riche d'une pluralité de pratiques, tente de déterminer des invariants dans la clinique du psychologue spécifiquement auprès de l'enfant en soins palliatifs, de sa famille, et des équipes, afin d'apporter une meilleure lisibilité interdisciplinaire. Ainsi, la garantie de la reconnaissance de la vie psychique, de la parole et de la temporalité de chacun (de l'enfant notamment), la position de tiers auprès des familles et des équipes, ainsi que la fonction contenant (et ses trois temps : l'écoute, la transformation et la restitution) développée par W. Bion semblent constituer les invariants dans la diversité des pratiques du psychologue, toujours dans une démarche interdisciplinaire.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Pediatric palliative care;
Psychologist;
Interdisciplinarity;
Clinical practice;
Containing function

Summary In view of a presentation during the sixth francophone pediatric palliative care congress, and in connection with the reference table about the practice of psychologists in palliative care elaborated by the French society for palliative care (SFAP) – to which it was associated for the pediatric part – the group of psychologists of the pediatric palliative care resource teams started a think tank trying to define their specific practice in this field of intervention. This theme was particularly centered on the definition of psychologists' clinical practice, related to the interdisciplinarity inherent in adult and pediatric palliative care teams. Indeed, in these multiprofessional and interdisciplinary teams, in which everyone has to intervene on the patient's bedside table, it seems important to be able to distinguish what is related to a common clinical basis, shared by the different members of the team (doctor, pediatric nurse, psychologist, etc.), from their singular professional positioning. This work, stemming from a plural practice-based think tank, tries to determine invariants in psychologists' clinical practice, specifically in pediatric palliative care with the child, his family and medical teams, in order to provide a better interdisciplinary understanding. Thereby, the guaranty of the recognition of each one's psychic life, expression and temporality, the third-party positioning with families and teams, and the containing function (through its three steps: listening, transforming and restoring) as developed by W. Bion, seem to constitute the invariants of the various practices of psychologists, always in an interdisciplinary approach.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

« (...) soutenir, écouter, accompagner, soulager, réconforter, consoler, être tout simplement là, en particulier en zone de turbulences, caractérisées par le risque et l'incertitude » [1].

L'incertitude est constitutive des soins palliatifs pédiatriques [2], et représente l'espace des possibles, des espoirs, des projections (même à court terme) qui permettent de rester au service du bien-être de l'enfant et sa famille malgré l'annonce du risque d'une mort prématurée. L'incertitude est donc garante du maintien d'une dynamique psychique de projection vers l'avenir, quel que soit son terme.

« Avec l'espoir et au-delà, la confiance est un autre via-tique pour assumer l'incertain dans la relation de soin, dès l'annonce du diagnostic, et jusqu'à l'issue, qu'il s'agisse de guérison, avec ou sans séquelle » [1].

Cette incertitude est partagée par les soignants et les familles, ce qui permet la co-construction de l'alliance autour du doute : elle crée ainsi, dans un climat de confiance, une ouverture à l'imagination autour du projet de vie de l'enfant, avec le respect de la subjectivité du patient et des familles (perceptions, émotions, craintes, projets, savoirs profanes...) ainsi que de celle des professionnels.

L'incertitude, source d'espoirs, est également source d'inquiétude, notamment lorsque l'aspect palliatif est nommé : de quels espoirs et inquiétudes s'agit-il alors ? Comment les professionnels y répondent-ils ? L'incertitude vient en effet bouleverser les pratiques médicales et soignantes, pratiques basées sur un savoir essentiellement médical, scientifique et technique, et qui peut donc déstabiliser, insécuriser les professionnels. D'où l'importance d'une meilleure connaissance de soi dans son propre rapport à la question de l'incertitude. Cela nécessite également une réflexion sur sa posture professionnelle et sa place au sein de l'équipe pluridisciplinaire. En effet, si l'interdisciplinarité des équipes de soins palliatifs a conduit les professionnels à un partage de connaissances et de valeurs indispensables

à la prise en charge des malades et des familles, ce socle commun ne peut cependant pas se substituer au champ d'expertise clinique de chacun.

C'est précisément cette même démarche qui a mené le collège des psychologues de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (Sfap) à impulser la rédaction d'un référentiel de la pratique des psychologues en soins palliatifs (juin 2012). Ce référentiel a pour objectif d'identifier ce qui est particulier à la fonction de psychologue en soins palliatifs à travers une définition du positionnement et de la pratique clinique. Les fondements théoriques de la pratique clinique des psychologues, les repères méthodologiques, les sujets rencontrés, mais également le rôle des psychologues auprès des institutions et des équipes sont abordés plus précisément. Ce document a pour vocation d'être diffusé à l'ensemble des professionnels intervenant dans le champ palliatif (équipes de soins palliatifs mais également institutions des secteurs sanitaires et sociaux).

Au cours de l'année 2013/2014 le groupe des psychologues de la Fédération des équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques a été sollicité afin de rédiger un texte sur les spécificités de la pratique du psychologue en soins palliatifs pédiatriques, à intégrer au référentiel. Le groupe s'est réuni à plusieurs reprises à cette fin, et le projet de référentiel s'est avéré être un support de réflexion précieux afin de définir les spécificités de notre pratique.

Le fruit de notre travail collégial, sous la forme du présent texte, a été présenté en atelier lors du sixième Congrès francophone de soins palliatifs pédiatriques qui s'est tenu en octobre 2014.

Clinique des soins palliatifs

Dès l'origine, le mouvement des soins palliatifs s'inscrit dans une dimension contestataire, remettant en cause une médecine toute puissante et jugée paternaliste : il affirme que la mort est un processus naturel et propose de se mettre en position d'écoute du malade, considéré comme un sujet vivant, pensant et désirant.

Inscrit dans ce mouvement, l'ensemble des professionnels exerçant dans le champ des soins palliatifs adhère à ces valeurs et accepte le changement de paradigme de la notion de soins : dans la démarche palliative, la finalité du soin n'est pas de viser la guérison, mais d'améliorer la qualité de vie, de rendre la fin de la vie plus supportable.

Chaque professionnel, quel que soit son champ de compétences, mais avec ses propres outils professionnels, porte son attention sur ce qui crée l'inconfort, la gêne, le malaise, le mal-être, la souffrance, la douleur, etc., avec le même souci de l'autre, de ses désirs et de ses besoins ; il considère le patient comme une personne avec ce qui la définit (son histoire, sa personnalité, sa conception du monde, etc.) et la replace dans son environnement social, familial, amical.

Ce qui caractérise la clinique commune à tous les professionnels intervenant dans le champ des soins palliatifs, c'est « l'écoute comme posture d'accueil » [3], mais qu'en est-il de la spécificité de chacun, et notamment des psychologues ?

Clinique des psychologues en soins palliatifs pédiatriques

Le psychologue à l'écoute des subjectivités

La clinique du psychologue en soins palliatifs pédiatriques s'appuie sur une connaissance du développement psychique de l'enfant et des enjeux relationnels au sein de la famille lorsque la maladie grave vient la bouleverser. Le psychologue accueille ce que l'enfant peut exprimer, quel que soit son âge, tant verbalement que non verbalement, consciemment et inconsciemment, et il y sensibilise l'équipe soignante afin que la parole de l'enfant, son vécu, soient entendus et reconnus. Il est également particulièrement attentif au vécu de la famille, de l'entourage proche, afin de favoriser la reconnaissance et l'expression de chacun dans sa subjectivité et de faciliter la communication avec l'équipe.

Sa mission est notamment de favoriser – ou de rétablir – la continuité psychique souvent mise à mal par les nombreuses ruptures que vivent les familles : sidération liée à l'annonce, situations traumatogènes, fréquence des hospitalisations... Le psychologue soutient d'une part la continuité de la pensée à travers la mise en sens de ce que vit la famille et d'autre part la continuité des liens en s'assurant que personne ne soit oublié dans ce grand bouleversement, comme c'est parfois le cas pour l'enfant polyhandicapé ou encore la fratrie etc.

Le psychologue est également au service de l'équipe soignante confrontée à des émotions extrêmes, ambivalentes et paradoxales – celles des parents, des proches, mais également les leurs – qui peuvent mettre en péril la relation d'alliance nécessaire à une prise en charge contenante. On peut en effet parfois observer l'installation d'une identification, ou au contraire d'une rivalité entre l'équipe soignante qui se vit comme étant « bonne », et les parents, lorsque le vécu de chacun n'est pas explicité et entendu. Par exemple : « La mère est fusionnelle et le père dans l'évitement ».

Il revient alors au psychologue d'accompagner la reconnaissance de la subjectivité et la temporalité singulière de chacun (professionnel, enfant, proche) : la temporalité de l'enfant n'est pas celle de ses parents, elle diffère encore de la temporalité de la progression de la maladie et de la temporalité soignante. Temporalité psychique et temporalité symptomatique ne font pas référence à une chronologie commune, et le rappel de cette réalité aux équipes soignantes, tout au long de la prise en charge, permet un réajustement relationnel indispensable.

De même que le psychologue, souvent appelé au chevet d'un patient ou d'une famille en raison de symptômes psychiques qui inquiètent ou perturbent l'équipe (« La mère pleure, tu peux y aller ? » ; « Elle est vraiment dans le déni, tu peux aller la voir ? » ; « Il y a un enfant hospitalisé en réa qui est en fin de vie, qu'est-ce qu'on lui dit ? » ; « Elle ne dit rien » ; « Il est très agité ») n'a pas pour objectif de faire taire ces symptômes, mais bien au contraire de les faire parler !

L'identification, la prise en compte et la compréhension de ces symptômes, en tant qu'expression du vécu subjectif et parfois inconscient de la personne, permet de se faire rencontrer différents vécus, celui du patient, du proche et de l'équipe, au-delà des données médicales objectivables et parfois clivantes. Le psychologue, dans sa position de tiers,

tente de se faire le porte-voix de chacun, afin qu'un terrain commun de compréhension soit trouvé.

En cela, la prise en soin d'un enfant est singulière du fait d'un processus de maturation cognitive et affective en perpétuel mouvement, de sa propension à l'imaginaire... Le psychologue met alors en œuvre les outils à sa disposition lui permettant d'accéder à une meilleure compréhension de l'enfant, à hauteur de son âge et de ses capacités. Ainsi l'observation, le jeu, le dessin, et tout autre outil pédagogique seront employés, en plus de la parole.

« On ne peut rien apprendre de quelqu'un qui ne nous comprend pas, même s'il sait très bien tout nous expliquer » [4].

Psychologue et fonction contenante

Sur un plan pratique, la clinique du psychologue s'appuie sur la reconnaissance de l'inconscient tel que décrit par Freud, et relève du processus de contenance psychique développé par Wilfred Bion et Esther Bick (en lien avec les concepts de « holding » de Donald Winnicott et de « moi-peau » de Didier Anzieu) — dont l'objectif est d'accompagner le sujet (enfant, proche ou soignant !) sur le chemin de la mise en sens de son vécu et de la restauration de son autonomie psychique, selon une démarche en trois temps : l'écoute, la transformation et la restitution [5–9].

Écouter

« La principale qualité de l'objet, pour assurer la fonction contenante (...) est l'attention » [4].

Dans un cadre clinique, l'écoute du récit d'événements douloureux, voire traumatiques consiste à accueillir l'histoire telle qu'elle est vécue. Le psychologue accueille le discours du sujet, et par là-même sa réalité propre, qui peut parfois grandement différer d'une réalité « objective » ou tout du moins considérée comme telle par l'entourage, les professionnels. Mais savoir ce qui tient de la réalité importe peu au psychologue, l'objet de son intérêt étant la façon dont le sujet appréhende de façon singulière, précisément subjective, les événements qui émaillent son parcours et la place qu'ils prennent dans son histoire. Le psychologue peut donc « tout entendre », c'est-à-dire le contenu latent comme le contenu manifeste du discours de celui qui parle. Le psychologue s'appuie ainsi sur l'hypothèse d'un sens caché, voilé de la mise en mots qui se révèle dans les comportements, les symptômes, les lapsus et autres actes manqués comme autant de signes de l'expression de l'inconscient [10].

« En tant que clinicien, nous entendons le récit en souffrance, qui se cherche, qui ne peut se dire, qui parfois aboutit » [11].

De par son écoute, le psychologue accueille également des éléments non symbolisables par le sujet, appelés « éléments bêta », comme les angoisses, les pulsions, des affects bruts qui ne prennent pas sens et impactent le vécu du sujet de façon incompréhensible par lui. Cela est

d'autant plus fréquent lorsque le traumatisme de la maladie et de la mort annoncée ont fait effraction dans le psychisme et ont figé toute pensée. Un holding psychique peut être alors nécessaire.

Transformer

Lorsqu'il accueille ces affects non symbolisables par le sujet, le psychologue, s'appuyant sur ses outils théoriques et sa subjectivité, utilise son propre appareil à penser afin de les transformer (tout en tenant compte des enjeux psychiques, notamment transférentiels et contre-transférentiels, à l'œuvre !), c'est-à-dire de leur prêter un sens et de les replacer dans l'histoire globale du sujet.

Restituer

Enfin le psychologue restitue, reformule au sujet ces éléments désormais symbolisables afin qu'ils puissent prendre sens, être représentés psychiquement et être intégrés dans son cheminement. Le sujet valide ou infirme les reformulations du psychologue, garantissant que la subjectivité du professionnel qui prête l'oreille ne recouvre pas la subjectivité de celui qui est à écouter.

Nommer les émotions, c'est permettre à chacun de se les représenter, de se les approprier, de relier les événements et de les inscrire dans son histoire, dans sa temporalité propre. Ce travail psychique assure et parfois même restaure une continuité psychique, là où le trauma a fait effraction.

« Capacité de contenir les émotions, les pensées que le moi trop fragile du patient, trop peu assuré dans son sentiment d'existence, ne peut contenir, ne peut tolérer, ne peut penser. L'analyste héberge et pense les expériences et les pensées que le patient ne peut contenir et penser tout seul. L'espace de l'analyse est un espace qui contient et qui transforme les émotions, les angoisses, les conflits, autrement dit la douleur psychique (...) Contenir une expérience c'est la comprendre » [4].

... En d'autres termes, le psychologue prête à l'autre — enfant, parent, professionnel — son propre appareil à penser (Fig. 1).

« Investir et explorer un espace mental, [...] transmettre et déposer les émotions incontenables, [...] explorer la vie émotionnelle dans l'espace mental d'un autre » [4].

Le psychologue en équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques en pratique...

Le psychologue rencontre la personne (enfant, proche, professionnel) à sa demande. La rencontre peut se faire sur le lieu de vie de l'enfant, à l'hôpital ou dans tout autre lieu permettant une communication de qualité.

Le psychologue travaille en lien avec les psychologues et professionnels référents, et veille à la reconnaissance du vécu de chacun ainsi qu'à la circulation de l'information.

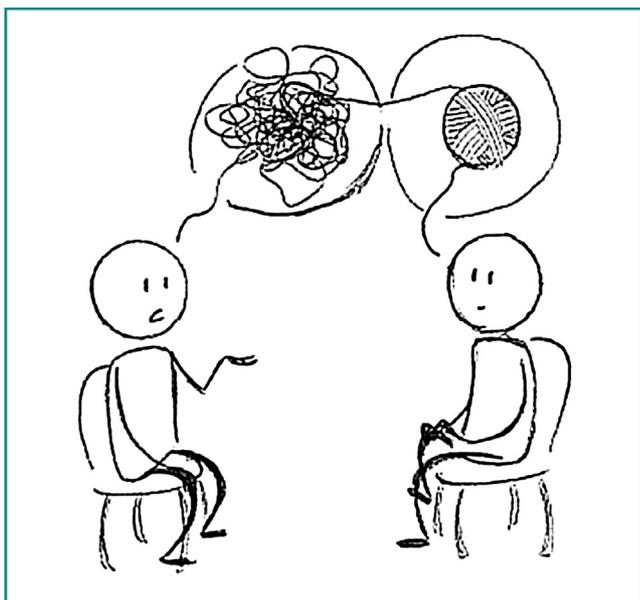


Figure 1. Le psychologue et fonction contenante : le psychologue prête à l'autre son propre appareil à penser. Dessin de C. Mancel-Arrouët.

The psychologist and the containing function.

Conclusion

La réflexion sur la clinique des psychologues en soins palliatifs pédiatriques nous a semblé particulièrement précieuse à la fois pour penser le socle clinique commun à toutes les professions qui composent les équipes soignantes mais aussi pour en définir les spécificités.

Ainsi, l'écoute serait, selon nous, la qualité professionnelle commune à la fois aux psychologues, aux médecins, infirmières, éducateurs etc. Il s'agit de notre socle commun, de notre clinique commune. Ensuite, ce que devient cette écoute, la manière dont elle sert la relation avec le patient sera différente.

Le but de cette intervention à visée de vulgarisation au Congrès francophone de soins palliatifs de Saint-Malo était de rendre plus accessible et lisible notre pratique, en définissant deux des spécificités cliniques des psychologues, à savoir la fonction contenante et l'écoute de l'inconscient. Quelles sont celles de l'infirmière, du médecin, de l'éducateur ? Réfléchir en termes de clinique permet de poser la question de la place et du rôle de chacun des

membres d'une équipe de manière originale et nous vous invitons à y réfléchir en équipe.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Ceccaldi J. De la science à l'ouverture clinique : gérer l'incertitude dans la relation de soin. *Médecine palliative* 2012;11:158–63.
- [2] Barruel F, Bioy A. Du soin à la personne : clinique de l'incertitude. Paris: Dunod; 2013.
- [3] Amar S. L'accompagnement en soins palliatifs, approche psychanalytique. Paris: Dunod; 2012.
- [4] Ciccone A. Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique* 2001;17:81–102.
- [5] Freud S. Introduction à la psychanalyse. Paris: Payot, collection « Petite Bibliothèque Payot »; 1917 [2004].
- [6] Bion W. Aux sources de l'expérience. 5^e éd. Paris: PUF; 1962 [2003].
- [7] Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1969.
- [8] Anzieu D. Le Penser. Du moi-peau au moi-pensant. Paris: Dunod; 1994.
- [9] Anzieu D. Cadre psychanalytique et enveloppes psychiques. *J Psychanal Enfant* 1986;1986:12–24.
- [10] Freud S. Psychopathologie de la vie quotidienne. Paris: Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot »; 1904 [2004].
- [11] Archirel F. L'écoute clinique du récit. *Info Psychiatr* 2006;82:827–32.

Pour en savoir plus

Anzieu, D., Haag, G., Tisseron, S., Lavallée, G., Boubli, M., Lassegue, J., Les contenants de pensée. Dunod: Paris; 1993.

Doz, F., Davous, D., Seigneur, É., Heard, M., Groupe de réflexion et de recherche au sein de l'Espace éthique AP/HP : parents et soignants face à l'éthique en pédiatrie. L'annonce des risques en cancérologie pédiatrique : consolider l'alliance thérapeutique. *Arch Pediatr* 2008;15:291-300.

Le Jamtel, C., Polyvalence ou ambivalence du psychologue en soins palliatifs ? Analyse de deux modalités d'intervention : entretien en binôme et prise en charge individuelle. *Médecine palliative* 2007;6:239-334.