



---

# REFERENTIEL INTERNATIONAL FRANCOPHONE DES PRATIQUES CLINIQUES DES PSYCHOLOGUES EN SOINS PALLIATIFS

---

Fédération francophone Internationale de Soins Palliatifs



2022

[www.ffisp.org](http://www.ffisp.org)

INTRODUCTION .....	3
<b>A. CADRE GENERAL</b> .....	4
I. Rappels historiques .....	4
II. Le psychologue et l'interdisciplinarité.....	5
III. La profession de psychologue en soins palliatifs ( <i>Le psychologue, qui est-il ?</i> ) .....	6
1. Le cadre juridique des psychologues .....	6
2. Le cadre institutionnel.....	6
3. Les missions et principes éthiques .....	7
IV. DESCRIPTION GENERALE DE LA PRATIQUE SELON LES DIFFERENTES STRUCTURES SPECIFIQUES DE SP .....	8
1. En maison et service d'unité de soins palliatifs .....	9
2. Dans les structures transversales.....	9
a. Équipe mobile de soins palliatifs et « lits identifiés de soins palliatifs » .....	10
b. le domicile.....	10
c. Spécificités des soins palliatifs pédiatriques .....	11
V. CONDITIONS NECESSAIRES A LA PRATIQUE CLINIQUE .....	12
1. La supervision et l'analyse des pratiques .....	12
2. La recherche .....	12
3. La formation .....	13
<b>B. La pratique clinique</b> .....	14
I. Fondements théorico-pratiques de la clinique ( <i>comment et pourquoi ?</i> ).....	14
1. Qu'est ce que la pratique clinique du psychologue ? .....	14
2. Objectif thérapeutique .....	14
3. Le positionnement du clinicien .....	15
4. Le cadre thérapeutique .....	16
5. Le dispositif clinique.....	16
6. Le travail de l'après-coup.....	17
II. Orientations et outils thérapeutiques .....	18
1. Les orientations théoriques .....	18
2. Quelques outils de médiation .....	18
III. Les sujets rencontrés ( <i>pour qui ?</i> ) .....	19
1. Les problématiques psychiques .....	19

2. Les indications d'intervention .....	19
3. La question de la demande et de l'accord du sujet .....	20
IV. Les différentes formes de rencontre .....	21
1. Les rencontres informelles.....	21
2. Les entretiens en binôme, pluridisciplinaires.....	22
3. L'accompagnement de l'entourage.....	22
4. Les groupes de parole avec des proches ou des malades.....	23
V. Accompagnement des institutions et des équipes .....	24
(pour qui ?) .....	24
1. Les groupes de travail institutionnel .....	24
2. Les groupes de parole .....	24
3. Les psychothérapies de soutien.....	26
4. La formation/sensibilisation .....	26
<b>PERSPECTIVES</b> .....	27
<b>Références bibliographiques des psychologues en soins palliatifs (non exhaustive)</b> .....	28
ANNEXES .....	30
1. Point sur le développement de la psychologie palliative au Togo et Cameroun	30
2. Focus sur la formation universitaire des psychologues au Togo.....	31

## INTRODUCTION

Ce document a été réalisé à partir du référentiel français<sup>1</sup> des pratiques des psychologues en soins palliatifs. Il vise à servir de référence aux professionnels pour définir la pratique des psychologues au sein d'une prise en charge palliative : identifier ce qui est particulier à la fonction des psychologues et spécifique à ce champ d'exercice en soins palliatifs. Il définit de façon juste et adaptée l'intérêt et les limites de cette « offre thérapeutique ». Il précise la pratique clinique des psychologues, le positionnement nécessaire et les conditions requises pour cet exercice. Il dépasse la notion habituelle de « référentiel de compétences » par une définition du « positionnement », plus apte à rendre compte des caractéristiques de la rencontre clinique. Les compétences des psychologues peuvent en être déduites mais au sein d'un questionnement sur l'ensemble des conditions requises : formations, recherche, concepts spécifiques...

Ce document a été décliné pour intégrer les spécificités des pratiques selon les cultures des autres pays. Par-delà la diversité des pratiques entre les pays et les cultures, on identifie une pratique clinique commune des psychologues cliniciens dont on peut extraire et articuler des paramètres fondamentaux. Ce document les identifie pour rappeler la rigueur et la cohérence de cette clinique : un positionnement particulier et une « pensée clinique » dans une diversité d'approches psychothérapeutiques bien que la perspective psychodynamique reste la plus valorisée.

### **Méthodologie de travail :**

Ce référentiel a été décliné à partir des participations de psychologues répartis dans différents pays francophones membres de la Fédération francophone Internationale de Soins Palliatifs qui ont tous été sollicités et ont participé selon leurs possibilités de 2018 à 2022 (Suisse, France, Cameroun, Togo, Quebec, Belgique, Liban, République du Congo). Il a été piloté par Axelle Van Lander, psychologue et secrétaire générale de la FISP.

### **Les membres du groupe de travail nommés sont :**

- Nadine Haddad Maalouf (Liban)
- Roger Nguepy Keubo, Nadine Leutta Tanko, Mateki Henriette Sylvie, Dina Bell Eric (Cameroun)
- Elena Vetro et Caroline Franck (Belgique)
- Sigolène Gautier et Axelle Van Lander (France)
- Faïdibe Yentaguime (Togo)
- Souliath Abiola (Bénin)
- Martine Roy (Quebec)
- Etienne Yuma, Leddy Mobilika belo, Ronsard Murhula, Bernadette Medi (Congo)

---

<sup>1</sup> Conçu par le Collège des Psychologues, Van Lander A. (Ed), (2016).  
Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), [www.sfap.org](http://www.sfap.org)

# A. CADRE GENERAL

## I. Rappels historiques

Depuis une quarantaine d'année, les soins palliatifs se sont développés autour du confort global des patients atteints de maladie grave et en fin de vie : physique, bien sûr, mais aussi psychique et spirituel. Ils s'inscrivent dans une tradition d'accompagnement des mourants et sont ancrés dans une culture et un savoir-faire. Dès les années 50, des articles paraissaient sur l'impact psychologique de la maladie en oncologie aux États-Unis. Les recherches traitaient de la complexité psychologique de la confrontation à la mort et des difficultés à transmettre l'information médicale. Progressivement deux courants complémentaires mais distincts se sont développés : celui de la Psycho-Oncologie et celui des Soins Palliatifs. La psycho-oncologie s'est développée autour des facteurs psycho-sociaux, environnementaux et éthiques de la cancérologie avec des chercheurs tels Jimmie Holland (2009) et David Spiegel (2000).

Concernant le courant des soins palliatifs, Cicely Saunders est considérée comme une de ses principales pionnières. Elle fonde à Londres, en 1967, le premier établissement spécialisé de soins palliatifs le « Saint Christopher Hospice ». Elle développe progressivement des soins adaptés grâce à ses recherches sur la morphine et le soulagement de la douleur tout en incluant l'importance de l'écoute dans l'accompagnement. Elle développe le concept de « douleur totale » (*total pain*) : une douleur physique qui intègre d'autres souffrances, les souffrances psychologiques, sociales et spirituelles (Saunders, 1995). Elle s'inspire des travaux de Carl Rogers, psychologue humaniste américain et de l'école de Palo Alto proposant une théorie de la communication et de la relation. Dans le même temps Élisabeth Kübler-Ross publie aux États-Unis « On death and dying » (1969) dans lequel elle théorise les réactions psychologiques des malades confrontés au mourir.

La pratique actuelle des psychologues en soins palliatifs a émergé des expériences antérieures de « pionniers » qui se sont confrontés aux problématiques particulières de la période de la fin de vie. Ces « pionniers » quelles que soient leurs professions ont mis au coeur de leurs pratiques et travaux leur réflexion sur la vie psychique des personnes en fin de vie, de leurs proches. L'un des axes de travail le plus habituel concerne l'angoisse de mort et les mécanismes de défense. Théorisant les mouvements psychiques du sujet dans la proximité de la mort par une caractérisation des mécanismes de défense (choc, déni, colère, dépression et acceptation), les travaux d'Élisabeth Kubbler Ross ont longtemps fait référence car ils apportaient aux équipes soignantes un éclairage pour appréhender les processus psychologiques en fin de vie. A l'heure actuelle, les psychologues veillent à ne pas systématiser un mode de lecture, réhabilitent la valeur des processus défensifs et les inscrivent au sein d'une dynamique relationnelle. Des psychiatres et des psychologues, tels que R.W. Higgins, M. Renault et E. Goldenberg ont instauré des supervisions d'équipe pour aider les professionnels à mieux appréhender la complexité des mécanismes psychiques en fin de vie du malade, de son entourage mais aussi des soignants. Michel Hanus (1994)

ou encore Janine Pillot (1990) ont réalisé un travail de recherche clinique consacré au deuil, au suicide et à la mort dans notre société. Les soins palliatifs ne s'interrompent pas au décès des patients. Des suivis de deuil peuvent être proposés sans limitation de temps. L'Afrique francophone connaît une émergence des soins palliatifs depuis environ une décennie (annexe 1).

## II. Le psychologue et l'interdisciplinarité

Le travail en interdisciplinarité est un des fondements de la prise en charge globale en soins palliatifs. C'est grâce à l'interaction entre les différents acteurs de l'équipe, au partage d'informations, de connaissance et de savoir-faire, que l'interdisciplinarité prend tout son sens. En effet, chaque professionnel en fonction de sa discipline, participe à l'action commune et apporte un éclairage spécifique sur la réalité du malade et de ses proches. Il en résulte une prise en considération du sujet dans sa globalité et sa singularité. La spécificité du psychologue dans cette interdisciplinarité est de transmettre et de témoigner de la vie psychique du sujet (patient, famille, proche) afin de favoriser une cohérence dans le soin. Au regard du haut niveau d'implication des familles, des proches, de l'équipe de ménage et bien d'autres dans la dynamique d'accompagnement, notamment dans certains contextes de résistance à l'acceptation des soins palliatifs, l'équipe interdisciplinaire peut s'ajouter à l'équipe communautaire. L'approche basée sur la prise en charge globale et le projet personnalisé, singulier du patient a pour objectif d'étayer chaque professionnel dans sa pratique singulière : tendre à rompre la solitude de l'accompagnement et nourrir la capacité de chacun à voir la situation dans son ensemble. La participation aux échanges des soignants et des paramédicaux permet au psychologue de transmettre des éléments sur la dynamique psychique du patient en situation de souffrance et de recueillir lui-même des opinions et des informations sur les prises en charge. Si l'interdisciplinarité est partie prenante de la prise en charge globale, elle n'est pas pour autant facile et évidente.

Elle provoque des chevauchements de tâches, des enjeux de pouvoirs, de savoirs, des rivalités... La position du psychologue est paradoxale en cela qu'il occupe une place dans son équipe tout en l'élaborant pour s'en différencier : il est dedans et dehors et exerce une fonction de tiers auprès de l'équipe dans l'analyse et la compréhension des situations. Des mots comme pluri/inter et transdisciplinarité sont utilisés pour évoquer les modalités du travail en équipe. Ils traduisent la participation de disciplines différentes. Pour rappel la pluridisciplinarité est une juxtaposition des disciplines, sans interaction et commun partagé. L'interdisciplinarité est une collaboration des disciplines dans la construction d'une action commune. Cela rend l'approche globale parfois difficile. La transdisciplinarité est la construction d'un langage commun qui témoigne de la capacité à envisager toute situation dans sa complexité. Le terme est issu de l'interdisciplinarité (Nicolescu, 1993). Il a probablement été introduit, dans les années 1970, par Jean Piaget à l'occasion d'un colloque sur l'interdisciplinarité. Le « trans. » est au-delà et traverse les disciplines, il y inclut le sujet (chercheur, observateur, personne). Cela postule que les savoirs disciplinaires sont décloisonnés, que la réalité est indépendante de l'observateur, que la référence d'observateur donne

sens, donne regard à l'observation. Ca témoigne d'un haut niveau de capacité à envisager et travailler la complexité des situations. L'intérêt de la transdisciplinarité réside dans la capacité de chaque membre de l'équipe à faire appel aux références théoriques du psychologue dans sa pratique. Il existe des zones de recouvrement, cependant elles ne doivent pas dériver vers une toute puissance ou des glissements de fonctions. Des zones de non savoir doivent persister. En l'absence du psychologue les compétences sont assurées par l'équipe (présence symbolique).

### III. La profession de psychologue en soins palliatifs (*Le psychologue, qui est-il ?*)

#### 1. Le cadre juridique des psychologues

L'exercice professionnel de la psychologie requiert le titre et le statut de psychologue. Dans l'espace francophone, tous les pays ne sont pas tous dotés d'une législation pour encadrer la pratique du psychologue. Dans ce contexte d'indisponibilité des textes juridiques, les psychologues francophones se réfèrent à la charte européenne des psychologues adopté en 1995 à Athènes par les 29 pays membres lors de l'assemblée générale des associations professionnelles de psychologues (FEAP) et actualisé en février 2012. Cette charte rappelle que « La compétence du psychologue est issue des connaissances théoriques de haut niveau acquises à l'université et sans cesse réactualisées, ainsi que d'une formation pratique supervisée par ses pairs, chaque psychologue garantissant ses qualifications particulières en vertu de ses études, de sa formation, de son expérience spécifique, en fixant par là-même ses propres limites. ». La formation universitaire est dans tous les pays de niveau Master 2 avec une durée de 5 ans ou 6 ans (annexe 2).

#### 2. Le cadre institutionnel

Le statut n'implique pas de fonction hiérarchique envers autrui et donne une certaine autonomie en lien avec ses responsabilités. Le principe d'autonomie n'est pas une volonté d'indépendance. Le psychologue est soumis au travail d'interdisciplinarité qui lui impose un certain nombre d'obligations comme de participer aux réunions d'équipes et de communiquer avec les différents professionnels. Il collabore avec les cadres et chefs de service concernant la dynamique de l'institution. Il choisit les modalités d'intervention adaptées.

Outre ses responsabilités civiles et pénales, le psychologue a une responsabilité professionnelle. Le fait pour un psychologue d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à toute entreprise privé ou tout organisme public, ne modifie pas ses devoirs professionnels, et en particulier ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance du choix de ses méthodes et de ses décisions.

Le psychologue peut être amené à rédiger un rapport d'activité annuel, souvent intégré à celui de l'institution. Ce travail, avant tout qualitatif, lui permet une relecture et une

analyse de l'évolution de sa pratique. Ce support offre une lisibilité de son activité aux autres professionnels de l'institution ainsi qu'aux responsables hiérarchiques.

### 3. Les missions et principes éthiques

#### • Le consentement libre et éclairé des patients

Selon la charte européenne, la demande d'une équipe de rencontrer un patient ne peut suffire pour la mise en place d'un suivi. Elle a valeur d'indication pour se présenter aux patients mais ceux-ci restent libres d'accepter la proposition d'entretiens psychologiques. Les psychologues n'interviennent auprès des patients « *qu'avec le consentement des personnes concernées* ». Les psychologues doivent faire la différence entre l'expression des difficultés de l'équipe et les réelles indications à rencontrer les patients. Pour autant, les équipes ou les médecins sont considérés comme des tiers facilitateurs dans la rencontre avec un patient.

#### • L'objectif des entretiens proposés

Lorsque les patients acceptent des entretiens individuels, « *la mission fondamentale des psychologues est de faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique. Son activité porte sur les composantes psychologiques des individus, considérés isolément ou collectivement et situés dans leur contexte* » (chapitre I article 2 code de déontologie français). En soins palliatifs, cette mission est complétée par l'objectif d'« apaiser la souffrance psychique » des patients. Les psychologues partagent avec l'équipe « la culture palliative ». Ils revisitent les repères médicaux et soignants au regard des concepts psychologiques. Paradoxalement, les psychologues ont à s'informer de la réalité médicale puis doivent s'en défaire le temps des entretiens cliniques. Ils sont en tension entre l'équipe, la nécessité de connaissance sur les soins, la médecine palliative et une posture sans à priori auprès des patients.

#### • Le troisième principe concerne la notion de confidentialité.

L'interdisciplinarité implique de communiquer aux autres professionnels des éléments pertinents sur les patients. Ceux-ci sont contractualisés avec le patient qui en définit les destinataires (professionnel, entourage...). Les psychologues restent juges de leur bien-fondé en référence à la charte européenne. Le partage des connaissances ne respecte pas toujours les limites de la confidentialité. Qu'un patient soit objet de soins ne justifie pas de livrer son intimité. La Charte européenne des Psychologues inscrit le respect de la confidentialité dans son premier principe concernant le respect de la personne : « Il assure la confidentialité de l'intervention psychologique et respecte le secret professionnel, la préservation de la vie privée, y compris lorsqu'il est amené à transmettre des éléments de son intervention. »

## IV. DESCRIPTION GENERALE DE LA PRATIQUE SELON LES DIFFERENTES STRUCTURES SPECIFIQUES DE SP

Certaines caractéristiques de la pratique sont communes aux psychologues quels que soient leurs lieux d'exercice :

- Le psychologue propose des entretiens individuels ou familiaux aux patients et à son entourage.
- Le psychologue propose des suivis de deuil. Les équipes informent de la possibilité de ce soutien et peuvent transmettre les coordonnées du psychologue. Dans certaines institutions, ces suivis sont ouverts à tous les endeuillés (décès à l'extérieur de l'institution, décès brutal...). Ils peuvent être individuels ou organisés sous forme de groupe d'endeuillés. Le temps du deuil étant singulier, ces suivis n'ont pas de durée prédéterminée. Toutefois l'apparition d'une nouvelle problématique majeure doit amener le psychologue à proposer un relai extérieur.
- Les psychologues s'investissent dans les différents temps d'équipes (relèves, synthèses, réunions de service, réunions avec les familles...) pour une approche médico-psycho-sociale. Ces rencontres fondent le fonctionnement interdisciplinaire des équipes.
- Les psychologues sont disponibles pour tous membres de l'équipe médicale, soignante, paramédicale et bénévole, pour des temps d'échanges autour de la pratique, en individuel ou en groupe. Cependant ils ne se substituent pas à la position de superviseur de sa propre équipe et n'assurent pas de suivis personnels.
- Au niveau institutionnel, les psychologues veillent à représenter la dimension psychique des accompagnements. Ils participent ainsi aux différentes instances décisionnelles et éventuellement aux comités d'éthiques. Cette participation doit s'organiser en complémentarité avec le temps clinique de leur pratique. Dans la limite de leur disponibilité, les psychologues dispensent des formations initiales et continues. Ils contribuent ainsi à la diffusion de la démarche palliative.
- Les psychologues maintiennent leurs connaissances à jour par des formations dont ils bénéficient par leur institution.
- Les psychologues développent un réseau de pairs (collèges, supervision...) et participent aux rencontres proposées par les associations régionales, nationales et internationales (Fédération francophone Internationale de Soins Palliatifs, EAPC, ...). Ces rencontres soutiennent leurs identités professionnelles et favorise la collaboration pour le suivi des patients.

Les psychologues sont amenés à accompagner des personnes relevant de soins palliatifs et/ou leurs proches dans différentes structures spécifiques de soins palliatifs mais également dans d'autres lieux que ceux présentés. Ils développent alors de façon similaire des pratiques d'accompagnement.

## 1. En maison et service d'unité de soins palliatifs

Le psychologue fait partie intégrante du service de soins qui accueille les patients. Il collabore avec l'équipe responsable des soins pratiqués. Si la majorité des entretiens pour les patients se pratique dans leurs chambres, le psychologue doit disposer d'un bureau. Ce lieu doit être clairement identifié et les horaires de présence affichés. Ceci signifie la disponibilité du psychologue et le fait qu'on puisse facilement le trouver dans ce lieu sans nécessité d'un tiers. Il serait préférable qu'il soit à proximité des chambres pour y effectuer les entretiens et ne pas insécuriser l'entourage et les personnes hospitalisées par la distance géographique. Ce bureau ne peut être partagé avec d'autres professionnels pour qu'il reste symboliquement le lieu du travail psychique. Le fait qu'il reste un invariant maintient le cadre des entretiens.

Les patients doivent être informés de la présence d'un psychologue dans le service. Les modalités d'information sont réfléchies par le psychologue avec l'équipe (information donnée par l'équipe à l'accueil, support écrit, affichage...).

Le psychologue peut procéder à une rencontre systématique avec les patients et ses proches. Cette présentation facilite la formulation d'une éventuelle demande d'entretien. Le psychologue se met à disposition et le sujet a toute liberté de s'en saisir ou non. Cette proposition est faite en priorité au patient. Dans le cas d'une multiplicité de demandes au sein d'une même famille, le psychologue veille à différencier les suivis autant que possible. Il peut orienter les demandes.

Des entretiens en commun avec des membres de l'entourage peuvent être proposés. Certaines personnes qui ont bénéficié antérieurement à leur arrivée dans la structure peuvent souhaiter qu'il perdure au sein de l'USP. Le sujet reste libre du choix de son psychologue. Le psychologue de l'USP veille au respect de la demande et doit, avec l'accord du patient, contacter ses collègues et favoriser leur poursuite.

Les unités de soins palliatifs sont des lieux de formation et d'accueil des stagiaires-psychologues en formation et de stagiaires de toutes professions. Pour ces derniers, le psychologue rencontre les stagiaires en entretien individuel au cours duquel sont abordées la relation aux patients, aux familles et à l'équipe. Les échanges portent aussi sur le positionnement du stagiaire face aux problématiques du mourir et (la communication, ses réactions émotionnelles au contact d'une personne décédée...) et la place du psychologue en soins palliatifs. Le psychologue reste à disposition pour toutes questions ultérieures. Le psychologue participe à la mission du service de recrutement, formation et de suivi d'intervention des bénévoles. Il porte attention à l'adéquation des sujets aux problématiques des soins palliatifs.

## 2. Dans les structures transversales

La transversalité amène le psychologue à collaborer avec des équipes de spécialités diverses (oncologie, réanimation...) qui peuvent être d'établissements extérieurs liés par une convention. En collaboration avec les différents membres de son équipe, il est attentif à la diffusion des repères et valeurs de soins palliatifs. Parfois, il peut venir en soutien ou en aide à la prise de décision collégiale ainsi qu'à la réflexion éthique.

a. Équipe mobile de soins palliatifs et « lits identifiés de soins palliatifs »

La grande diversité des services et institutions auprès desquels l'équipe mobile intervient amène le psychologue à tenir compte et à s'adapter aux dynamiques spécifiques de chaque équipe. La présence d'un psychologue, en interne dans certains services, nécessite un travail de concertation.

L'équipe mobile est sollicitée par les services référents et à ce titre le psychologue intervient auprès des patients et de l'entourage. Ce partenariat avec les équipes référentes est essentiel pour favoriser la qualité et la cohérence de la prise en charge. Le psychologue de l'Équipe mobile peut également proposer des consultations externes aux patients et/ou aux familles qui le sollicitent.

Selon les besoins, le psychologue propose un soutien psychologique aux soignants confrontés à des situations palliatives, de manières individuelles ou groupales.

Le psychologue fait partie intégrante de chaque équipe concernée par les lits identifiés. A ce titre, il participe aux réunions interdisciplinaires organisées dans les services. Celles-ci peuvent concerner la prise en charge quotidienne d'un patient et parfois impliquer une prise de décision collégiale. Du fait des multiples localisations des LISP dans une même institution, le psychologue priorise ses interventions entre les réunions, les demandes de suivis et les sollicitations diverses. Des rencontres peuvent être organisées pour l'équipe dans l'après-coup, suite à une prise en charge difficile ou une succession de décès.

b. Le domicile

Le psychologue peut être salarié au sein d'une équipe pour intervenir suivant deux modalités : intervenir directement dans les prises en charge au domicile, orienter les demandes vers des collègues libéraux dans un rôle de coordination.

Il peut participer à des réunions avec les professionnels libéraux et proposer des groupes de parole Il peut suivre, en individuel, les professionnels en difficulté.

Il peut participer à la diffusion de la culture palliative en intervenant lors de conférences ou de soirées de sensibilisation.

Le psychologue peut assurer les suivis psychologiques de la personne malade et de son entourage après qu'ils aient été informés par l'équipe de cette possibilité et de ses modalités. Le psychologue doit veiller à ce que ce soit explicite et accepté avant sa venue au domicile. Il peut, le cas échéant, être accompagné par un membre de l'équipe pour procéder au préalable à une présentation.

Le psychologue doit évaluer la faisabilité d'un entretien au domicile en fonction du dispositif matériel (locaux, confidentialité, personnes présentes...). Il peut, le cas échéant, proposer des rendez-vous dans d'autres locaux. Des suivis de deuil peuvent être réalisés en fonction des nécessités psychiques.

Le domicile est un lieu d'exercice spécifique nécessitant un ajustement du cadre d'intervention. Les zones géographiques peuvent être très étendues. Le nombre de

suivis individuels doit prendre en compte le temps de déplacement qui est considéré comme un temps de travail. Ces déplacements répétés et conséquents créent un espace- temps propice à la réflexion et à l'élaboration des situations.

### c. Spécificités des soins palliatifs pédiatriques

L'accompagnement d'un enfant en soins palliatifs dépend à la fois de son développement cognitif et psychoaffectif évolutif et également de son environnement socio-culturel et de ses expériences passées. Il s'intègre dans une perspective bio-psycho-sociale. De cette évolution globale et singulière de l'enfant teintée d'élan maturatifs ou au contraire régressifs ainsi que de ses interactions avec l'environnement, découleront sa faculté à comprendre la gravité de sa maladie, sa façon d'appréhender la mort, son adhésion au parcours de soin et aux traitements, ses stratégies pour « faire face » aux symptômes (douloureux notamment), ainsi que sa capacité à communiquer avec son entourage.

Dans ce cadre particulier, le psychologue s'attache à prendre en compte et à faire reconnaître les différentes compétences et limites de l'enfant au regard de son développement et de sa temporalité propre (parfois très différente de celle de l'environnement familial ou soignant), avec pour objectif de faire entendre sa voix dans le projet de soin et dans le projet de vie. Pour ce faire, le psychologue développe une écoute attentive de l'enfant par le biais de la parole, de l'observation de son comportement, du jeu et d'autres médias d'expression tels que le dessin, la peinture...

Le psychologue intervient également au niveau de la triade Père/Mère/Enfant. Le cheminement du père et de la mère concernant la maladie, l'accompagnement de leur enfant, les soins apportés, les désirs exprimés pour l'enfant et pour la famille sont des éléments indispensables à prendre en compte par le psychologue. Il veille à la reconnaissance de la place et du vécu de chaque personne accompagnant l'enfant. Avec l'équipe soignante, il travaille à ce que l'enfant garde ses repères en soutenant la place de chacun (de parents, de frère ou soeur, de grands parents, de camarades) dans la dynamique familiale et sociale.

Le psychologue de soins palliatifs pédiatriques articule son intervention avec les membres de son équipe ainsi qu'avec les psychologues investis dans la situation afin de soutenir les soignants dans l'accompagnement de l'enfant et de sa famille pendant la maladie et après le décès. Il est vigilant à l'investissement affectif des équipes. La position de tiers, extérieur à la situation, confère une position privilégiée qui favorise dans l'équipe une contenance des émotions et une prise de recul.

Dans le cadre de la prise en charge, avant et après le décès, le psychologue peut se déplacer sur site (lieu de vie de l'enfant, hôpital, école...) ou bien orienter les personnes en demande vers des structures proches de leur domicile dans une démarche de coordination.

Enfin, le psychologue en soins palliatifs pédiatriques participe à une importante mission de sensibilisation, d'acculturation et de formation auprès des professionnels afin d'accompagner au mieux l'enfant et sa famille.

## V. CONDITIONS NECESSAIRES A LA PRATIQUE CLINIQUE

### 1. La supervision et l'analyse des pratiques

La charte européenne des psychologues rappelle que la compétence du psychologue est issue des connaissances théoriques de haut niveau acquises à l'université et sans cesse réactualisée, ainsi que d'une formation pratique supervisée par ses pairs. La supervision est donc nécessaire. Du fait même de l'acuité des situations en soins palliatifs et compte tenu des enjeux transférentiels et de la proximité de la mort, la nécessité d'un travail de réflexion et d'élaboration de la pratique s'impose.

Du fait de la confrontation à la détresse des sujets, le psychologue peut se sentir démuni ou perdre la capacité de penser sa clinique. Il lui est alors nécessaire de s'arrêter pour l'interroger et l'évaluer au moyen d'une supervision ou d'une analyse des pratiques. Par le biais du partage de ses expériences, le psychologue prend du recul, a une autre perception des situations et dégage ainsi de nouveaux axes et hypothèses de travail. La supervision et/ou l'analyse des pratiques élargissent la capacité à vivre émotionnellement et intellectuellement des situations difficiles. L'analyse des pratiques consiste en un éclairage clinique et une aide à la théorisation de la pratique. L'analyse de pratique est très importante et fait partie intégrante des compétences réflexives du psychologue. La supervision propose de surcroît une analyse des phénomènes transférentiels et contre-transférentiels : ce que le psychologue met personnellement en jeu dans les entretiens et dans les interactions avec les équipes. Le psychologue choisit un dispositif individuel ou groupal.

### 2. La recherche

Le statut de psychologue octroie un temps pour la recherche. La pratique clinique et la recherche sont intimement intriquées : d'une part, la recherche enracine et nourrit les fondements de la clinique, d'autre part, la clinique valide mais également questionne et apporte un nouvel éclairage à la recherche. De plus, dans un champ aussi sensible où les soins palliatifs sont en évolution constante, les pratiques des psychologues doivent faire l'objet de recherches pour suivre cette mouvance. Ainsi, les psychologues peuvent être porteurs de projets de recherche et ils peuvent participer à des projets de recherches bio-médicales, en sciences humaines ou en santé publique.

Dans les faits, cette articulation clinique/recherche est beaucoup moins évidente. La fragilité des patients, leur vulnérabilité, sous couverts d'arguments éthiques freinent

nombres d'études perçues comme trop rigides, trop intrusives ou trop impersonnelles. Dans un souci de surprotection de celui qui souffre, le risque est de parler/penser au nom du patient, avec pour seule « caution scientifique » la bienveillance que le professionnel lui porte.

Les obligations des psychologues sont celles rappelés par la charte européenne, les codes nationaux de déontologie et la réglementation européenne sur la recherche médicale et biomédicale.

### 3. La formation

Dans le cadre de la formation initiale, certaines universités proposent des modules sur l'exercice en soins palliatifs. Ceci ne suffit pas pour exercer en Soins Palliatifs. Une formation spécifique sur les soins palliatifs est nécessaire avec un socle commun de connaissances et de valeurs professionnelles avec les soignants pour faciliter le travail d'équipe. Un diplôme universitaire (DU) de soins palliatifs est ainsi recommandé. Certains DU sont plus axés « Sciences humaines » et sont peut-être à privilégier avec, en complément, un stage en soins palliatifs auprès d'un psychologue. Il existe également d'autres moyens de se former et de développer des compétences adéquates (lectures, congrès, stages, forum de discussion de la FISP...). Un ancrage dans un réseau professionnel de pairs est étayant. Le psychologue se tient au courant et peut participer aux travaux des collègues (FISP).

## B. La pratique clinique

### I. Fondements théorico-pratiques de la clinique (*comment et pourquoi ?*)

#### 1. Qu'est ce que la pratique clinique du psychologue ?

L'objectif n'est pas de donner ici une définition exhaustive de la pratique clinique mais de définir ce qui réunit les psychologues dans une identité professionnelle commune. Son acception pour les cliniciens somaticiens est évidemment différente. L'axe de travail des psychologues est la psyché, son contenu, ses productions et le langage permettant d'y accéder.

Les psychologues cliniciens s'intéressent prioritairement à la dynamique psychique. Leur méthode est centrée sur une attention particulière à ses divers modes d'expression. La pratique clinique est un travail de mise en lien qui peut permettre d'accéder à une nouvelle compréhension d'une situation ou d'un vécu.

Il est convenu de dire que le clinicien est « au chevet » du sujet. Le terme « sujet » souligne que celui-ci n'est pas réduit à sa position de « patient » ni à ses pathologies qu'elles soient somatiques ou psychiques. Au-delà de ces atteintes, les psychologues présupposent la permanence d'une dynamique psychique : des potentialités et des ressources chez les patients. Ils croient dans ces possibilités même si elles ne sont pas perceptibles. Il s'agit d'accueillir, jusqu'au bout, l'énigme du Vivant sans obligatoirement la penser ou l'interpréter. De fait il s'agit de convoquer dans la rencontre les potentialités des sujets afin que ces derniers trouvent leurs propres réponses. La pratique clinique s'inscrit dans une rencontre globale et imprévisible. La rencontre relève d'une co-construction qui met l'accent sur la singularité, l'unicité et les spécificités.

La rencontre clinique propose un autre pour réfléchir et s'approprier subjectivement l'expérience de la maladie grave. Elle est proposée au sujet et ne se prescrit pas. Entre patient et psychologue, deux subjectivités se rencontrent. Le psychologue s'étaye sur un référentiel clinique lui permettant d'élaborer son propre contre-transfert en résonance à la détresse du sujet. L'intersubjectivité est une voie d'accès et un levier pour réinvestir les ressources.

#### 2. Objectif thérapeutique

L'attente habituel est que l'entretien psychologique apaise la souffrance c'est-à-dire rétablisse l'homéostasie des tensions en faisant disparaître les angoisses (castration, mort...). L'angoisse confronte le sujet à un vécu de mal-être, une sensation

d'oppression, d'impuissance et de grande vulnérabilité. Dans le contexte de la fin de vie, cette attente peut, bien sûr, se réaliser de façon momentanée et agréable : par la relation, on peut générer un certain relâchement chez l'autre. Cependant, l'angoisse présente un rôle important : elle est le signal du conflit intrapsychique avec la réalité mortelle. Elle marque l'existence du danger, peut être à l'origine de la demande d'entretien psychologique pour élaborer une représentation des pertes et réaménager les défenses. Au prisme direct avec cette réalité, le malade en fin de vie lui-même peut faire des demandes qui peuvent apparaître étonnantes.

Que pourrait signifier être thérapeutique en soins palliatifs ?

« Thérapeute » vient du grec thérapis qui signifie le second au combat et le double rituel. En ce sens, les psychologues pourraient être ceux qui secondent les patients dans des zones de désespoir partagé. Plutôt que d'apaiser par la présence, il s'agit de soutenir et de créer un espace de partage de l'expérience. Les entretiens thérapeutiques ont pour objectif d'étayer les patients pour qu'ils soient en capacité psychique de vivre l'évènement de la maladie létale. L'enjeu est d'offrir une alternative au mécanisme de survie qui retransche hors de la conscience l'expérience du désespoir. Il n'est pas de faire disparaître les affects tels le chagrin ou le manque mais de soutenir le sujet dans sa capacité à les supporter, de contenir ponctuellement les paniques, de les comprendre voire de les élaborer. Même si les patients peuvent l'espérer, la fonction thérapeutique des entretiens n'est pas de faire disparaître la détresse psychologique. Elle est une occasion d'accroître leurs capacités à la tolérer pour permettre de mieux la vivre

### 3. Le positionnement du clinicien

Pendant longtemps, on a pu croire que le rôle du psychologue consistait à faire advenir la réalité du diagnostic et du pronostic pour des patients majoritairement dans le déni. L'objectif sous-jacent était la construction avec les patients d'une compréhension commune de leur pathologie dans l'objectif qu'ils investissent intensément et rationnellement la fin de leur vie. Même si les psychologues se sont heureusement dégagés de ce modèle idéalisé, il a, pour autant, grandement influencé les familles qui ressentent déceptions et culpabilités lorsqu'elles ne peuvent être dans une proximité d'échange avec le proche dans les derniers instants. Avec la perspective du décès, à l'aide d'un supposé savoir sous-tendu par leurs expériences répétées au contact du Mourir, les professionnels s'assignent parfois la mission de guider les néophytes. Ce travers guette le psychologue lorsqu'il s'investit du rôle de « conseiller ». Le rôle du psychologue n'est pas, en soins palliatifs, d'être dans le savoir, il est de réaliser des entretiens qui assurent potentiellement des fonctions thérapeutiques dans le cadre étayant de l'écoute et de l'association libre. Pour remplir ce rôle, le clinicien doit réunir plusieurs qualités :

- une disposition intérieure adéquate d'écoute : une disponibilité à l'autre ;
- des références conceptuelles plurielles et précises qui ouvrent à la compréhension des signes corporels et verbaux et donnent au psychologue l'assurance et l'aisance pour interpréter et reformuler;

- une capacité à adapter son langage au public rencontré ;
- une attention aux questionnements des sujets centrés sur l'« ici et maintenant ».

Le clinicien ouvre un espace thérapeutique sans attente projetée. Il s'agit d'une part d'accueillir avec empathie le patient sans a priori, en mettant en suspension les savoirs préalables concernant le patient et sa pathologie et d'autre part de se garder de l'attente excessive d'un effet thérapeutique. L'empathie contribue à l'établissement d'un lien thérapeutique essentiel. Il permet de s'accorder avec le sujet.

#### 4. Le cadre thérapeutique

Les fondements caractéristiques du cadre sont : l'expression verbale, l'association libre, la prévalence de l'imaginaire et du fantasme...

Le cadre est interne à l'entretien et est partagé par les patients et les psychologues. En instaurant un rituel cohérent étayé sur les théories des psychologues, il est le contenant qui atténue la réalité extérieure et optimise l'attention portée aux tensions internes. Le cadre thérapeutique reste un invariant. Le savoir empirique sur sa détresse est appréhendé dans le cadre de la rencontre comme un matériel clinique.

Les psychologues font des hypothèses de sens et communiquent leurs interprétations dans la limite de ce qu'ils jugent entendable et supportable par le patient : ils ménagent les vécus refoulés ou clivés, les processus défensifs... Ils sont en position empathique dans le respect de l'identité des patients. Les mots ont un effet de soulagement, de réassurance, de restitution du sentiment de continuité d'existence et peuvent dire l'indicible du mourir.

#### 5. Le dispositif clinique

Le maniement du cadre s'appuie sur les dispositifs matériels aménagés par les psychologues. Le dispositif peut se modifier au grès des aléas. Le dispositif de la rencontre clinique est constitué du rythme, de la durée, du lieu... En soins palliatifs, ceux-ci sont à l'épreuve des contraintes somatiques et psychiques : la fatigue du patient, les interruptions par les soignants, les règles institutionnelles...

Le psychologue doit travailler avec souplesse et adaptation avec tous les acteurs de la situation pour faire respecter la rencontre clinique. Ce travail d'explication permet d'éviter les intrusions et de diminuer les interférences. A domicile, il s'autorise à fermer les portes en expliquant la nécessité d'être dans un lieu calme. Il pose les conditions matérielles nécessaires pour permettre un réel travail psychique. Ce respect témoigne de la considération accordée aux efforts psychiques du patient pour investir les entretiens. Si le psychologue manque de vigilance, en miroir son interlocuteur risque de se retrouver en position d'endurer les indécidables.

Le dispositif est celui du face à face ou « aux côtés de ». Le face-à-face permet aux sujets de voir et d'être vu et donne accès au langage du corps, aux « signes corporels ». Il présente l'avantage d'offrir un appui visuel sur le psychologue qui intensifie la fonction miroir de la relation (la relation en miroir). Parfois, le sujet peut ressentir le

besoin d'un contact physique, d'un étayage par le toucher dans un mouvement régressif de réassurance. Du côté du psychologue, le face-à-face impose une grande attention à ses propres expressions corporelles.

A la fin de l'entretien, les protagonistes décident ensemble de la suite : le patient et/ou les proches souhaitent-t-il par exemple d'autres entretiens ?

Lorsque les entretiens s'adressent au patient, cette projection dans le temps tient compte des perspectives : l'incertitude marque la durée séparant les rencontres. Le psychologue investit au présent la relation avec ce paradoxe qu'une suite n'est pas assurée. La fin des suivis peut être décidée à tout moment mais résulte le plus souvent du décès. Celui-ci peut être précédé d'une agonie de quelques jours qui interrompt les entretiens. Certains psychologues proposent alors une présence auprès du patient non vigile. Cette présence a pour sens d'honorer les rendez-vous fixés et de signifier qu'investir le patient reste important et qu'une autre forme de relation reste possible. Symbole d'une relation pérenne, elle soutient l'entourage et l'équipe. Pour autant, le psychologue ne réalise plus d'entretiens. Son rôle est celle d'une présence humaine.

## 6. Le travail de l'après-coup

La pratique psychothérapique comporte deux temporalités : la temporalité de l'ici et maintenant et la temporalité de l'après-coup. Après coup, les psychologues réfléchissent à partir de leurs impressions et de leurs éprouvés dans la relation pour élaborer les questions concernant leurs positionnements et leurs transferts. C'est un temps de remémoration pour tracer une trame signifiante du contenu de l'entretien. Ils articulent ainsi le matériel brut à leurs connaissances théoriques.

Cet exercice difficile peut être facilité par l'écriture. La rédaction des compte-rendus dans le dossier des patients participent également de cette élaboration. Ce travail de l'après-coup peut être soutenu par une supervision individuelle et collective (cf. partie sur les « conditions nécessaires »).

Ces fondamentaux ne sont pas propres aux soins palliatifs mais sont revisités à leur lumière.

## II. Orientations et outils thérapeutiques

### 1. Les orientations théoriques

Les interventions cliniques peuvent s'inspirer des psychothérapies de soutien, des thérapies axées sur la prise de conscience ou sur les récits de vie et du courant psychanalytique, de la psychothérapie EMDR (Eye Movement Desentization and Reprocessing)... L'objectif thérapeutique des psychothérapies de soutien est de renforcer les fonctions défensives et adaptatives du Moi et de respecter les défenses psychonévrotiques et les symptômes qui protègent les patients contre la désorganisation. Le Moi doit être renforcé car il se fragilise avec la confrontation entre le sujet et l'expérience de la mort. Les psychologues se constituent en moi auxiliaire lorsque les défenses sont effondrées. Leur position est étayante.

Les thérapies axées sur l'introspection ou la prise de conscience (*insight-oriented therapy*) s'adressent aux patients moins vulnérables avec des fonctions du Moi conservées. L'objectif est d'amener le sujet à prendre conscience de ses difficultés au travers du vécu émotionnel de l'entretien et de la situation plus globale. Les psychothérapies axées sur les récits de vie tentent de restaurer le sentiment de continuité rompu par la maladie. Les psychologues aident les patients à comprendre leurs réactions à la maladie en les mettant en lien avec des éléments de leur trajectoire de vie. Cela permet de discerner un sens là où les patients n'éprouvaient que désordres et incompréhensions.

La psychanalyse s'intéresse plus particulièrement à la notion de transfert et de contre-transfert et au fonctionnement psychodynamique des sujets entre pulsions et défense. Au-delà de l'orientation choisie, les effets de la psychothérapie sont dépendants du solide étayage théorique des psychologues. Durant les entretiens, les psychologues sont des réceptacles contenant qui font écho aux patients. Ils sont vigilants à l'égard de leurs propres ressentis pour les accompagner au mieux de leur cheminement. Les éprouvés prennent valeur de révélateurs. La relation thérapeutique contient la détresse des patients et les soutient dans ce combat entre le perçu et le ressenti pour que le réel soit vécu et intégré dans le moi. Les entretiens permettent aux sujets de se positionner autrement face à ce qui fait crise, c'est-à-dire le Mourir.

### 2. Quelques outils de médiation

Dans le cadre de la psychologie clinique, le psychologue peut être formé à différentes techniques qu'il utilise dans les entretiens (sophrologie, relaxation, psychodrame, hypnose eriksonienne...). Il propose ainsi de travailler les liens entre psyché et soma à partir des perceptions corporelles. Certaines techniques bien maîtrisées comme l'hypnose sont utilisées pendant certains soins douloureux.

Le psychologue peut utiliser de nombreux supports (génogramme, photolangage, dessin...) pour créer un espace partagé. Dans la même perspective l'art culinaire peut

être valorisé pour accompagner les souffrances pédiatriques en fin de vie. Il crée un espace d'échange et contribue à dissiper l'angoisse. Le dessin représente ce qui ne peut pas se dire. Le génogramme et le photolangage proposent un travail autour de données identitaires. Ces supports co-construisent un objet partagé sur le modèle de ce que Winnicott a expérimenté avec le squiggle<sup>2</sup>. Ils peuvent aussi être à l'initiative des patients.

L'objectif de ces outils est de faciliter la relation, favoriser l'expression, la mise en mots et de contenir l'émotion. Ils ne répondent pas simplement aux symptômes. Ils peuvent être tout à tour à visée thérapeutique, à visée d'investigation clinique, ou un moyen simple de communication et prendre ainsi une place différente lors des rencontres. Le psychologue observe la qualité et les changements dans l'appropriation des objets par les patients.

### III. Les sujets rencontrés (*pour qui ?*)

#### 1. Les problématiques psychiques

Les situations ont pour problématique commune de concerner la maladie grave, évolutive ou terminale. Pour le sujet, l'annonce d'un diagnostic grave entraîne le passage souvent brutal d'une représentation personnelle de « bien portant » à celle de « malade ». Cette parole médicale, même formulée de façon contenante, peut provoquer une cassure renvoyant le sujet à un avant et un après cette réalité.

Un tel discours autour de la menace vitale provenant de son propre corps pourrait être de l'ordre du trauma. La vie psychique est marquée par les atteintes somatiques, les crises identitaires et une détresse spécifique. Le danger mortel, la notion de « temps compté » et les pertes liées à la maladie grave viennent attaquer l'intégrité psychique du sujet et questionnent la permanence de soi dans le temps. Le rapport du malade à sa culture et sa spiritualité peut réguler le sens de la maladie et de sa souffrance.

Le psychologue intervient dans un temps marqué par la séparation, la perte et le deuil de soi ou de l'autre, et l'actualité de l'angoisse de mort. Dans ce temps particulier, au niveau défensif, les mécanismes habituels peuvent être plus intenses voire parfois plus rigides.

#### 2. Les indications d'intervention

La détresse psychologique est un des principaux motifs d'orientation vers les psychologues. Elle n'est pas pour autant la maladie mentale mais témoigne d'un état de mal être et englobe quelques fois des symptômes anxieux et de la dépression.

Les psychologues sont sollicités auprès du sujet en prise avec la réalité de sa pathologie, ce qui peut apparaître à distance du moment de l'annonce. Il peut

également intervenir pour d'autres problématiques marquées par le contexte de la maladie grave (des problématiques familiales, professionnelles ...).

Les équipes peuvent indiquer aux psychologues les patients en difficulté. La demande doit être analysée pour différencier ce qui relève d'une intervention auprès de l'équipe ou d'une rencontre des patients. Les demandes formulées par ces derniers doivent être transmises aux psychologues afin d'organiser une rencontre.

Les psychologues ne sont pas aptes à intervenir en priorité dans les situations d'urgence psychiatrique qui relèvent en premier lieu de l'intervention d'un médecin. Ils peuvent donner un avis sur la faisabilité de certains projets en faisant part des représentations des patients et des familles. Leur rôle n'est pas d'influencer un patient pour qu'il accepte une décision médicale concernant une thérapeutique, une intervention chirurgicale ou encore un retour à domicile.

Ils refusent d'intervenir lorsqu'ils estiment leurs interventions comme inappropriées. Ils peuvent, par exemple, estimer que les fonctionnements familiaux sont incompatibles avec le fait d'entreprendre plusieurs suivis parallèles. Cela nuit à la neutralité bienveillante lorsqu'il y a un risque d'influence des suivis les uns par rapport aux autres. Ils s'abstiendront de suivre simultanément le patient et des personnes de son entourage s'ils estiment que les interférences entre les suivis nuisent à leur position de neutralité bienveillante.

En parallèle, les psychologues se rendent disponibles de façon formelle ou informelle pour des temps d'échanges avec l'équipe médico-soignante. Ils interviennent pour les éclairer sur les vécus spécifiques des patients et familles accueillies. Ils aident les soignants à ne pas aller à l'encontre des défenses des patients en apprenant à respecter les défenses peu flexibles (dénégation, projection, déplacement) et à accompagner et soutenir les défenses plus évoluées ou élaboratives (humour, sublimation). Ils éclairent les mécanismes transférentiels possibles entre soignants et soignés.

### 3. La question de la demande et de l'accord du sujet

Le psychologue vérifie que le sujet est informé de sa qualité de psychologue avant de conduire un entretien. Pour faciliter l'accès au psychologue, ce dernier peut faire le choix de se présenter spontanément sans attendre une demande spécifique. L'accord du sujet est toujours requis. Lorsque le sujet est dans l'incapacité de formuler verbalement ou de façon éclairée son accord, le psychologue doit malgré tout rester vigilant à son adhésion au dispositif proposé.

Le psychologue s'attache à analyser la demande du patient pour adapter au mieux son intervention. Celle-ci est en constante évolution (en tension avec le réel de la maladie, l'environnement...).

Parfois les soignants ou les membres de l'entourage repèrent un besoin de soutien psychologique en décalage avec le ressenti du sujet qui refuse cette proposition. Le

psychologue travaille et accepte ce refus. Il accompagne l'équipe dans sa frustration. Par ailleurs, il réfléchit, avec celle-ci, la façon de présenter sa fonction : qu'en dire, à quel moment à qui et pour qui...

Le psychologue alerte l'équipe sur les effets de cette proposition de son intervention : la proposition peut être vécue comme stigmatisante (un aveu d'échec, notion de faiblesse ou de folie...), anxiogène ou encore culpabilisante (quand pour un proche s'accorder ce temps d'entretien représente du temps en moins auprès de son parent malade et qu'il ne peut pas s'autoriser pas à penser à lui-même). Il s'agit alors d'aider les soignants à rassurer et dédramatiser la démarche.

#### 4. Les problématiques psychosociales

Dans un contexte de précarité économique, où la couverture santé universelle n'est pas effective, les réalités conjoncturelles sont problématiques dans des pays en développement ; elles résonnent indubitablement sur le vécu de la maladie et constituent une réelle vulnérabilité. Les prescriptions liées à l'hygiène alimentaire sont lésées en faveur de l'achat des médicaments. Le coût des traitements reste très élevé pour la grande majorité. Les familles s'appauvrissent du fait de traitements longs, exigeants parfois sans amélioration palpable..., avec des déplacements vers les grandes villes pour une prise en charge technique agréée. Il y a « saturation » avec un nombre de professionnels spécialistes insuffisants, des pannes de matériels /machines et des rendez-vous de traitement reportés à des semaines: ces événements égrénant la vie des malades, favorisent leurs détresses.

Cette réalité oblige les psychologues à activer le volet social des prises en soin des malades. Les démarches ne sont pas toujours fructueuses pouvant engendrer aussi pour les psychologues des sentiments d'impuissance à contenir.

### IV. Les différentes formes de rencontre

Le plus souvent, le psychologue rencontre le patient et/ou ses proches de façon individuelle. Il se peut, cependant, que la rencontre se fasse de diverses autres manières. Celle-ci n'est pas forcément à l'initiative du psychologue mais répond parfois aux circonstances.

Le psychologue est vigilant à ce que le dispositif soit respectueux du sujet (confidentialité, sécurité, confort...) et reste garant du cadre.

Les rencontres peuvent évoluer. Quels que soient leurs formes et leurs rythmes, elles ont un sens et de la valeur. Ainsi, chaque accompagnement est singulier avec une dynamique propre.

#### 1. Les rencontres informelles

En dehors du dispositif professionnel (temps et lieu de travail), le psychologue veille à ce qu'un simple échange ne se transforme pas en entretien.

Dans le cadre du dispositif professionnel une rencontre informelle diffère d'un entretien par différents aspects : absence de demande de travail thérapeutique du sujet, un temps limité, des lieux interstitiels...

Le dispositif est souple ce qui signifie un lieu partagé par d'autres professionnels, dans d'autres objectifs que psychologiques. Il s'agit de temps de rencontre plus spontanés, non préparés, non attendus et dans l'instant.

Rencontrer le psychologue dans un dispositif souple permet au sujet d'appréhender certains aspects de la profession, d'expérimenter une possible relation, de déposer certaines angoisses et questions, et d'adresser certains messages.

Dans son positionnement, le psychologue est vigilant à sa propre disponibilité, malgré ce dispositif potentiellement déstabilisant. Face à des événements extrêmes (décès, complications somatiques, annonce du pronostic...), la présence du psychologue signifie son engagement pour le sujet mais également pour l'entourage (famille et équipe) alors même qu'un entretien n'est pas possible ni sollicité.

## 2. Les entretiens en binôme, pluridisciplinaires

L'approche interdisciplinaire en soins palliatifs aboutit à la mise en place de dispositifs comme les entretiens en binômes. Cette pratique n'est pas habituelle pour le psychologue et nécessite un réel apprentissage. Elle impose un respect et une connaissance mutuelle des compétences et références théoriques de chacun. Les entretiens en binôme peuvent être médico-psychologiques ou para-médico-psychologiques et sont réalisés au chevet du patient (à l'hôpital comme au domicile) ou dans un cadre plus formel tel un bureau.

Deux modes d'action sont possibles :

- l'entretien de présentation : il est proposé lorsque la demande de soutien psychologique n'est pas formulée clairement par le patient (alors que l'équipe perçoit un besoin de soutien psychologique) ou lorsqu'il appréhende la rencontre avec le psychologue. Etre accompagné d'un professionnel connu est potentiellement rassurant. Cette première rencontre peut être un préambule à une prise en charge individuelle.
- l'entretien « en soutien » du professionnel : le psychologue peut accompagner un professionnel de santé, notamment lors d'une annonce difficile, en étant conscient des répercussions possibles dans sa relation au patient. Dans un contexte d'interdisciplinarité, l'entretien en binôme éclaire les soignants sur des enjeux psychologiques liés à la maladie grave.

## 3. L'accompagnement de l'entourage

L'accompagnement de l'entourage peut être groupal ou individuel :

- Le dispositif groupal consiste à réunir plusieurs personnes faisant partie de l'entourage du patient. Souvent nommé « entretien familial » il a pour but de créer un étayage et un espace de parole dans le respect des défenses et de la temporalité de

chacun. L'objectif n'est pas de tout dire, tout entendre mais de créer un espace de communication et de parole supportable. Ce type d'entretien peut être ponctuel, s'inscrire dans un suivi régulier ou ouvrir à d'autres formes de rencontres. Dans tous les cas, le dispositif est pensé avec l'accord du patient lorsqu'il participe aux entretiens. Lorsque le patient ne souhaite pas d'entretien et qu'une demande émane de ses proches pour eux-mêmes, le psychologue réfléchit à l'opportunité d'informer ou non le patient de ces rencontres. Dans un cadre institutionnel, il faut tenir compte de la circulation des informations pour éviter de créer un « secret » pouvant être délétère pour tous et conserver la confidentialité du contenu des entretiens.

- L'entretien « de couple » : le terme d'entretien de couple est utilisé lorsqu'une des personnes est atteinte par la maladie grave. L'entretien accompagne les répercussions de la maladie sur leur relation. Les autres couples de l'entourage du patient pourront également bénéficier d'entretiens. Il s'agira alors d'entretiens familiaux, puisqu'ils ne vivent la maladie que dans le cadre de la relation familiale.
- L'accompagnement individuel avec un proche : le psychologue peut accompagner un proche du patient sans lien familial en prenant la mesure des relations et de la place de chacun. Lorsque plusieurs demandes d'entretiens individuels émergent d'une même famille, le psychologue priorise une des demandes à laquelle il répondra. Il organise l'orientation des autres personnes.

#### 4. Les groupes de parole avec des proches ou des malades

Ces groupes permettent aux personnes confrontées à la maladie grave (patient lui-même et/ou proche) de rencontrer d'autres personnes qui vivent des épreuves similaires (deuil, être malade, avoir un parent malade...). Ces rencontres permettent à chacun la verbalisation du vécu douloureux, l'échange autour de difficultés mais également de trouver une écoute et un soutien réciproques.

Le respect de chacun et la confidentialité sont indispensables lors de ces rencontres. Ces groupes de parole ont le plus souvent lieu en institution (dans les services d'unités de soins palliatifs par exemple) mais restent un dispositif rare. Le maniement de ces groupes est complexe du fait des problématiques différentes des participants, de l'imbrication des affects et des représentations et de la nécessité d'articuler la dynamique du groupe à la dynamique psychique des sujets. Le psychologue, parfois en co-animation, veille à la fois au groupe et à l'équilibre psychique de chacun.

## V. Accompagnement des institutions et des équipes

### (pour qui ?)

Le psychologue consacre une part de son activité à intervenir à un niveau institutionnel, en lien avec d'autres professionnels (psychologues du travail, directions, cadres...). C'est une part intégrante de ses missions et ceci pour deux raisons :

- l'histoire et l'organisation institutionnelles participent de la prise en charge des patients et des proches ;
- l'institution et les professionnels peuvent être mis en difficulté par les problématiques des patients.

Ce rôle institutionnel ne concerne pas uniquement l'institution qui l'emploie mais également, à un niveau plus large, les instances dans lesquelles l'institution est impliquée. Ce temps de travail complète le temps de travail clinique et peut nécessiter des déplacements.

#### 1. Les groupes de travail institutionnel

Par son identité professionnelle de psychologue en soins palliatifs, celui-ci peut être sollicité pour participer à différents groupes de travail. A première vue, les thématiques ne sont pas toujours du domaine du psychologue et nécessite des capacités d'adaptation en termes de connaissances et de langages communs. Son rôle est de défendre la dimension psychique du sujet et d'apporter des repères sur les spécificités inhérentes aux pratiques en soins palliatifs (l'intersubjectivité, la notion d'incertitude et de vulnérabilité...).

Les groupes de travail peuvent être locaux, régionaux, nationaux et internationaux, intra-institutions tout comme inter-institutions (éthique, comité de Protection des Personnes...).

#### 2. Les groupes de parole

L'objectif premier est d'assurer la capacité de verbalisation des affects auprès des professionnels. L'accompagnement de la fin de vie ne laisse jamais les professionnels de santé sans impact. Ces groupes de paroles vont permettre aux praticiens d'échanger en terme de vécu, de ressenti, de représentation et d'expérience dans les tâches quotidiennes. Balint (1996) en travaillant sur la souffrance des professionnels de santé avait lui-même mis en place de groupes de parole encore appelé à l'époque les groupes balint. A la phase de chronicisation dans le processus complexe d'accompagnement, la maladie fragilise les patients et les professionnels de santé ce qui justifie l'indication des interventions dans une approche psychothérapeutique.

De nombreuses définitions ont été proposées par les différentes écoles de pensée. Dans un objectif pragmatique, le choix est fait du vocable « groupe de parole » comme

réunissant ce qui est appelé suivant les lieux : groupes à thème, débriefing, supervision, analyse de la pratique professionnelle, analyse institutionnelle...

Le psychologue est amené à intervenir auprès de professionnels qui gravitent autour du patient soignants, personnels éducatifs, aides à domicile, intervenants médicaux et paramédicaux, psychologues...) par le biais de groupes de parole. Ceux-ci sont souvent proposés aux professionnels dans des contextes de soins/prises en charge complexes mobilisant un investissement psychique important.

De part le fonctionnement des équipes (histoire, organisation, relation entre les participants) et leurs attentes, le psychologue définit différemment les conditions de mise en place du groupe : modalités d'information, personnes présentes, rapidité d'exécution, lieu de réunion ...

Le groupe de parole peut revêtir plusieurs formes : groupe ouvert ou fermé, fréquence variable, durée variable. Quel que soit le cadre, il est important qu'il soit défini et connu de tous les participants. Dans ce sens, le psychologue est garant de ce cadre, il permet la circulation de la parole et facilite une mise en travail de la pensée/ des thématiques abordées. Il veille au non-jugement des participants et des professionnels absents et maintient un climat de bienveillance. En termes de confidentialité, il demande à ce que la parole individuelle ne sorte pas du groupe au contraire de la parole collective qui peut être partagée ultérieurement au sein de l'équipe. Le groupe de parole se différencie d'une réunion d'information où un savoir est posé. Il a pour vocation de permettre la verbalisation d'éprouvés. Il ne prétend pas résoudre toute la souffrance au travail. De même lorsqu'il est demandé en urgence, il ne fait pas l'économie d'un travail à distance/ dans l'après-coup.

Les groupes en soins palliatifs présentent plusieurs spécificités :

- Dans les équipes de soins palliatifs les groupes de parole sont institués comme nécessaire et s'organisent de façon régulière avec une participation volontaire des soignants.
- Ils peuvent être animés en binôme avec d'autres membres de l'équipe (médecins, infirmiers...). La maladie somatique étant au coeur de la situation, un somaticien questionne ce qui est spécifique aux soins. De plus, vis-à-vis des équipes soignantes, il facilite une relation de confiance par sa position de pair. Etre à plusieurs offre également une contenance plus adéquate aux mouvements transférentiels dans les groupes et une plus grande solidité face aux projections des participants. Les co-animateurs doivent présenter un positionnement particulier pour recueillir les ressentis : culpabilité, angoisse, sentiments d'impuissances, colères ... L'objectif n'est pas de former l'équipe à un savoir sur les soins palliatifs. Ce positionnement nécessite de l'humilité, de l'écoute et une part de modestie. Ne pas apporter son propre savoir en réponse aux questions travaillées peut être frustrant. Ce travail en binôme nécessite un ajustement des positionnements et évidemment du respect mutuel. Dans le cas contraire, le binôme ne saurait être contenant pour les groupes. Des temps de

préparation et d'analyse ultérieure permettent également au binôme de progresser dans sa pratique.

- La temporalité étant particulière en soins palliatifs, les demandes peuvent présenter un caractère urgent et unique ainsi qu'une forte intensité dans leur expression. Les groupes sont denses au niveau du contenu avec une décharge émotionnelle importante. Ces groupes présentent une valeur de débriefing. Une parole est construite face à un évènement traumatique mettant en péril l'équilibre individuel et groupal. L'histoire se redessine à partir d'une chronologie de la prise en charge (traitements, soins, décisions, annonces ...). Le groupe a une valeur d'insight : l'équipe prend conscience et comprend ce qui l'agite dans la relation aux patients, ce qui amène un nouveau positionnement. Un savoir collectif s'élabore à partir duquel un sens ou un non-sens peut émerger.
- Les groupes de parole à la demande peuvent être proposés pendant la prise en charge mais également ultérieurement. Des groupes post-décès peuvent avoir lieu quand les conditions d'un décès sont traumatiques ou que le nombre et la rapidité des décès excèdent les capacités d'investissement psychique des équipes.
- Le psychologue peut animer un groupe de parole concernant un patient ou une famille auprès desquels il intervient en tant que thérapeute. Il doit alors être en capacité d'entendre une équipe présentant des problématiques qui ont pu également l'affecter. Face à la curiosité naturelle des équipes, il veille à préserver la confidentialité des entretiens. Il doit se dégager de la relation transférentielle au patient/famille pour être présent et dans l'écoute de l'équipe. Dans le cas contraire, un autre thérapeute devra intervenir, ce qui présente beaucoup d'avantage à tout égard.

### 3. Les psychothérapies de soutien

De la phase de chronicisation jusqu'au décès, la psychothérapie de soutien peut avoir un effet bénéfique à l'avantage des soignants dans les services pour la prise en charge des patients évoluant vers la fin de vie. Cela peut être une épreuve difficile pour les soignants. Dans ce contexte, il est important de les soutenir. L'essentiel du travail devra tourner autour de la réassurance, les conseils, dédramatisation, et suggestions...Des approches par le corps peuvent parfois être proposées avec notamment la relaxation, l'hypnose, méditation...

### 4. La formation/sensibilisation

L'organisation des soins palliatifs intègre une mission de formation et de sensibilisation. Le psychologue peut être formateur dans ce champ et s'adresser autant au grand public qu'à des soignants. Il peut être amené à intervenir dans des écoles d'infirmières, d'aides-soignantes, les facultés...

Cette activité spécifique peut apparaître dans sa fiche de poste et être demandée par l'employeur. Elle fait appel à d'autres compétences que celles propres à la clinique et

ne s'exerce qu'à la condition qu'il développe une pédagogie propre à la formation grâce à son expérience et/ou par une formation spécifique. Le contenu de son enseignement doit correspondre à un apport scientifique en référence aux sciences humaines. Le psychologue exerce cette activité en cohérence avec ses principes, ses valeurs et sa pratique clinique auprès des patients.

## PERSPECTIVES

Ce référentiel doit être considéré comme une base de travail pour expliciter de façon simple cette pratique commune internationale des psychologues intervenant dans le domaine des soins palliatifs. L'intérêt majeur est d'offrir des repères généraux sur cette pratique partagée si complexe à décrire. Il ouvre à la concertation et offre également un support de réflexion sur la mise en oeuvre de la pratique.

Au-delà des différences entre les pays, une clinique partagée a pu être synthétisée.

# Références bibliographiques des psychologues en soins palliatifs (non exhaustive)

Certains passages sont issus de la thèse de Doctorat d'Axelle Van Lander, l'identité à L'épreuve de la maladie létale, Lyon, 2012 (libre de droit) et du référentiel des pratiques de la SFAP (libre de droit).

- Alric, J. et Bénézech, J.-P. (2011). La mort ne s'affronte pas...! Montpellier : Sauramps.
- Amar, S. (2012). L'accompagnement en soins palliatifs. Paris : Dunod.
- Arnault, Y. (2004). Cancer, soins palliatifs et mort. Dans P. Ben Soussan, Le cancer, approche psychodynamique chez l'adulte (pp. 277-288). Paris : Dunod.
- Aubert-Godard, A. (2007). Le psychologue et la fin de vie à l'hôpital. Dans F. Marty, Le psychologue à l'hôpital (pp. 199-215). Paris : Editions in Press.
- Bacqué (Ed.), M.-F. (2011). Annoncer un cancer. Paris : Springer.
- Bacqué, M.-F. (2003). Apprivoiser la mort. Paris : Odile Jacob.
- Ben Soussan, P. (2004). "Je" est un autre". Cancer et identité. Dans P. Ben Soussan (Ed.), Le cancer, approche psychodynamique chez l'adulte (pp. 101-117). Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Bioy, A., Van Lander, A., Mallet, D, Belloir, M.-N. (2017). Aide-mémoire des soins palliatifs. Paris :Dunod.
- Chochinov, H. M., Hassard, T., Mc Clement, S., & al. (2009). The landscape of distress in terminally ill. J pain Symptom Manage, 38, 641-9.
- Chochinov, M. H., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., Mc Clement, S. et Harlos, M. (2005). Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Interventions for Patients Near the End of Life. Journal of Clinical Oncology, 23(24), 5520-25.
- De M'Uzan, M. (2005). Aux confins de l'identité. Mayenne : Gallimard.
- De M'Uzan, M. (1983). De l'art à la mort. Paris : Gallimard.
- De Hennezel, M. (2006). La mort intime. Pocket.
- Galle-Gaudin, C. (2014). Penser la formation aux soins palliatifs, entre pratique réflexive et dynamique relationnelle. Paris : L'Harmattan.
- Deschamps, D. (2004). L'engagement du thérapeute. Une approche psychanalytique du trauma. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Deschamps, D. (1997). Psychanalyse et cancer, au fil des mots... Un autre regard. Paris : L'Harmattan.
- Gori, R. (2004). Le corps exproprié. Dans P. Ben Soussan (Ed.), Le cancer approche psychodynamique chez l'adulte (pp. 17-29). Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Hanus, M. (1994). Le travail de deuil, in Le deuil, Monographies de la Revue Française de Psychanalyse, Paris : PUF, 13-32.
- Holland, J. (2009). The Human, Side of Cancer, Ed. Harper Collins e-books.
- Kpassagou, B. L& Hatta, O. (2016). Besoins des malades en fin de vie hospitalisés au Togo : Etude qualitative. Revue, médecine Palliative, Volume 15 N° 2 (p 96- 104)
- Kübler-Ross, E. (1969), Les derniers instants de la vie, Genève : Labor et Fidès, 1975.
- Mino, J.-C. (2003). Le travail invisible des équipes de soutien et conseil en soins palliatifs au domicile, Sciences Sociales et Santé, Vol. 21, n°1, 35-63.
- Nguepy Keubo F. R., Chmielewska K. et Nguepy Djoka Tchoumbé R., (2018). L'art culinaire pour accompagner les souffrances pédiatriques en fin de vie. La revue de l'infirmière, 243 : 31-33.
- Rufene F. (2017). Interdisciplinarité : et l'équipe de ménage ? Revue internationale de soins palliatifs, (2) 32 : 45-47
- Nguepy, Keubo, R. F. N., Bianke, P., & Tchoumbé, R. N. D. (2018). Équipe communautaire des soins palliatifs: un concept propre à la discipline et à la pratique. Revue internationale de soins palliatifs, 33(1), 23-25.
- Pillot, J. (1990). L'approche de la mort...ou le vécu du mourant, JALMALV, n°23, 28-38.
- Renault, M. (2002). Soins palliatifs: question pour la psychanalyse, angoisse, culpabilité, souffrances, régression. Paris : L'Harmattan.

- Richard, M. S. (2004). Soigner la relation en fin de vie, familles, malades, soignants. Paris :Dunod.
- Rodin, G., & Zimmermann, C. (2008). Psychoanalytic reflections on mortality : a reconsideration. J am AcadPsychoanalDyn Psychiatry, 36(1), 181-96.
- Rodin, G., & Gillies, L. A. (2000). Individual psychotherapy for the patient with advanced disease. Dans H. M. Chochinov, & W. G. Breitbart (Ed.), Handbook of psychiatry in palliative medicine (pp. 189-96). New York : Oxford University Press.
- Ruszniewski, M. (1999). Face à la maladie grave. Paris :Dunod.
- Saunders, C., Baines, M., Dunlop, R. (1995). Living with dying : a guide to palliative. Oxford University Press.
- Spiegel, D., Classen, C. (2000). Thérapie de groupe pour patients atteints de cancer : Guide pratique fondée sur la recherche psychosociale des soins, Ed. Basic Books.
- Van Lander, A. (2016). Apports de la psychologie clinique aux soins palliatifs. Toulouse : Erès.
- Van Lander, A (Ed). (2016). Référentiel des pratiques des psychologues en soins palliatifs SFAP .Paris : Journal des Psychologues.
- Viederman, M. (2000). The supportive relationship, the psychodynamic life narrative, and the dying patient. Dans H. M. Chochinov, & W. G. Breitbart (Ed.), Handbook of psychiatry in palliative medicine (pp. 215-22). New York : Oxford University Press.
- Verspieren, P. (1984). Face à celui qui meurt. Desclée de Brouwer, 9<sup>e</sup> édition 1999.
- Yentaguime, F. (2016). *Répercussions psychologiques dans l'accompagnement de la fin de vie sur les professionnels de la santé : Etude descriptive et exploratoire portant sur 10 professionnels de santé au CHU S.O Lomé*. Mémoire de Master professionnel, Université de Lomé, Togo).
- Yentaguime, F. & Onibon Doubogan, Y. (2018). La fin de vie au CHU Sylvanus Olympio du Togo : Etude psychosociologique de la souffrance et du vécu émotionnel des soignants, Revue semestrielle du Laboratoire d'Etude des Dynamiques Urbaines et Régionale N° 012, 97-109.

## ANNEXES

### 1. Point sur le développement de la psychologie palliative au Togo et Cameroun

- TOGO : La question de fin de vie et de soins palliatifs existent dans les débats au Togo. Du 30 au 31 Octobre 2017, le Programme National de Maladie Non Transmissibles en collaboration avec l'Université de Lomé, l'Université de Lausanne et Médecins du monde a organisé un 1er Colloque International Francophone sur les Soins Palliatifs Pédiatriques. A cet effet on noté la participation des médecins, de psychologues, des infirmiers, des étudiants et responsables d'associations. Il faut noter les travaux de Yentaguime (2016) portant sur les répercussions psychologiques dans l'accompagnement de la fin de vie sur les professionnels de santé. Les résultats de cette recherche montraient que tous les soignants exprimaient une souffrance qui entraînait un recours à des mécanismes de défense. Cette souffrance exprimée par les professionnels de santé serait selon lui en lien avec le déficit du plateau technique, le désarroi face à l'annonce de la maladie grave et de décès, le pouvoir économique limité des familles et enfin en lien avec l'accompagnement des familles. S'agissant des mécanismes de défenses prioritairement par ces soignants, l'on retrouve la banalisation de la mort, le mensonge, l'affiliation, et l'évitement. Yentaguime (2016), propose un modèle de prise en charge des soignants dans les services de gestion de la fin de vie.

Le processus d'accompagnement de la fin de vie peut se subdiviser en (05) cinq principaux stades. La prévention, le début, la chronicisation, la phase terminale et ensuite le décès. L'échec à une phase conduit tous les acteurs c'est-à-dire professionnels de santé et patients dans la phase suivante. Le passage de la phase de prévention jusqu'à la phase de décès dépend de la pathologie, des ressources personnelles et psychologiques du malade, du tact des professionnels de santé ainsi que de l'implication de la famille. Kpassagou & Hatta (2016), ont réalisés une étude qualitative à base des entretiens auprès de 18 patients souffrant de cancer. L'étude est réalisée dans le service de médecine interne du CHU Campus Lomé. Les résultats ont révélés que ces patients sont souvent marginalisés voir exclu du système de soins. La détresse psychologique et la douleur physique assaillent les malades. En conclusion ils trouvent que l'absence d'une formation initiale en soins de fin de vie et que le système de santé était basé sur le curatif constituent des facteurs explicatifs.

- Cameroun :

Le Cameroun est l'un des pays qui fait actuellement des avancées significatives dans les pratiques et la recherche en soins palliatifs. Les associations « Palliatif sans Frontière Cameroun », « Santo-Domingo-Seg-Cameroun », « Volunteers for palliatif care-Douala/Cameroun » et les institutions telles que l'Hôpital Régionale de Bafoussam, L'Hôpital Saint Vincent de Paul de Dschang, le centre hospitalier Saint Martin de Porres à Mvog-Betsi de Yaoundé et le centre mère et enfant de la fondation Chantal Biya font un travail remarquable sur les facilitations à l'accès aux soins.

Dans le volet recherche, et notamment la dimension psychologique de prise en soins, F. R. Nguepy Keubo en le pionnier. La recherche en soins palliatifs pédiatriques est dans cet environnement de questionnement des pratiques portées par le Médecin oncologue A.H. Pondy qui aborde la recherche dans le prisme de l'interdisciplinarité et le volet médical valorisé par Dina Bell. Depuis 2015, les praticiens et les chercheurs se retrouvent chaque année dans le cadre de la conférence Camerounaise des Soins Palliatifs et de l'accompagnement pour la diffusion des résultats des recherches et le partage d'expérience.

## 2. Focus sur la formation universitaire des psychologues au Togo

La formation des psychologues au Togo a débuté en 1995. Les premières promotions sortaient en 2001-2002. Aujourd'hui il existe trois spécialités : la psychologie clinique et de la santé, la psychologie du travail et des organisations et enfin la psychologie de l'éducation et psychopédagogie. La formation Master en psychologie clinique et de la santé est devenue pour des raisons d'exigences universitaires Master psychologie clinique et neuroscience. Le titre de psychologue clinicien comme partout d'ailleurs nécessite une formation universitaire de 05 année d'étude, BAC + 5. Actuellement il n'existe pas encore un ordre national des psychologues au Togo. Néanmoins il y a l'A2P, Association des Psychologues Praticiens du Togo plus ancienne et l'APCSH-TOGO, Association des Psychologues Cliniciens et de la Santé Hospitalier du Togo plus récente. La pratique du métier au Togo s'inspire du système français, De plus en plus conscients de quelques difficultés sur le terrain pratique la nécessité de former des associations s'impose pour mieux valoriser ce métier noble. Aujourd'hui les psychologues cliniciens exercent dans toutes les régions soit en milieu hospitalier, soit en milieu social (ONG, couches vulnérables....) ou encore en milieu carcéral.