UNIVERSITE BRETAGNE LOIRE
EDUCATION
LANGAGES, INTERACTIONS
COGNITION, CLINIQUE

UNIVERSITÉ DE NANTES

THESE DE DOCTORAT DE

L'UNIVERSITE DE NANTES
COMUE UNIVERSITE BRETAGNE LOIRE

ECOLE DOCTORALE N° 603
Education, Langages, Interaction, Cognition, Clinique
Spécialité : Sciences de l'éducation

Par
Emilie GHYSSENS-MARANDAS

Durée de vie des psychologues en soins palliatifs : Apprendre à vivre par la mort.

Etude qualitative de 5 entretiens « clinique-dialogique »

Thèse présentée et soutenue à Nantes, le 21 janvier 2019
Unité de recherche : Centre de Recherche en Education de Nantes (CREN)
Thèse N° :

Rapporteurs avant soutenance :

Donatien Mallet	Professeur associé de médecine palliative Université de Tours
Loic Chalmel	Professeur de sciences de l'éducation Université de Haute Alsace

Composition du Jury :

Président :	Martine Janner-Raimondi	professeure de sciences de l'éducation Université Paris 13
Examinateurs :	Sophie Lelorain	Maitre de conférences en psychologie de la santé Université de Lille
	Martine Janner-Raimondi	professeure de sciences de l'éducation Université Paris 13
Dir. de thèse :	Martine Lani-Bayle	Professeure de sciences de l'éducation Université de Nantes

Remerciements **3**

Avant-Propos **5**

Introduction : Première respiration **7**

Pourquoi en Sciences de l'Education ? 7

Origine de la problématique et hypothèse 10

1. Juste avant **13**

1.1. La mort et les soins palliatifs 13

1.2. Du côté de la psychologie 52

1.3. Evaluation de la formation et de la pratique des psychologues en soins palliatifs : questionnaire. 66

Intermède : NDE (Near Death Expérience) : Récit de vie **79**

2. Pendant **91**

2.1. La démarche clinique et des histoires de vie 91

2.2. Présentation des Narrateurs et synthèse des lieux d'entretiens 105

2.3. Ma posture de chercheuse 108

2.4. Analyse des entretiens 114

3. Juste Après **187**

3.1. Au fil du Temps 193

3.2. Autour de la formation 206

3.3. Empathie et protection 218

3.4. Limites de la recherche 227

Conclusion : Dernier soupir **233**

Index des Figures et des Tableaux **241**

Bibliographie **243**

Index des sigles **251**

ANNEXES : **253**

ENTRETIENS **253**

Présentation des narrateurs 255

Table des matières **257**

Remerciements

Je voudrais remercier en premier lieu ma directrice de thèse Martine Lani-Bayle pour sa bienveillance et son accompagnement tout au long de ce travail. Elle a su m'insuffler la confiance pour commencer et finir cette thèse.

Un grand merci à Monsieur le professeur Loïc Chalmel et Monsieur le professeur Donatien Mallet qui ont accepté de faire partie de mon jury tout en étant rapporteurs. C'est grâce à leurs critiques avisées que je peux continuer à faire progresser ma pensée et ma recherche, qu'ils en soient remerciés.

Mes vifs remerciements également à Madame la professeure Martine Janner-Raimondi qui me fait l'honneur d'être membre du jury, ainsi qu'à Madame Sophie Lelorain, maitre de conférences en psychologie de la santé, qui a accepté de porter son regard spécifique.

Merci à mes collègues psychologues, Alexandre, Armelle, Sophie et Babette avec lesquels j'ai partagé et co-construit ce travail. Sans eux, pas de thèse.

Merci à mes collègues étudiants, ceux qui ont participé à ma réflexion à chaque séminaire, copains de galères et d'aventures. Une mention toute spéciale pour Manuela et Yann, pour nos fous-rires, nos moments de doute et de déprime, mais aussi pour toute cette co-construction au fil du temps. Même si parfois, on a dissipé le séminaire, c'était pour mieux écouter après !

Merci à mes amis, ceux qui me connaissent depuis toujours (ou presque). C'est une joie que de partager ces moments de vie avec vous.

Merci à ma relectrice « candide », Pascale, qui a pris le temps de suivre ma pensée afin de m'en donner une critique constructive et qui m'a permis de questionner tout l'intérêt de la formation de soi par la lecture.

Merci à mes parents pour leur présence et leur soutien inconditionnel. C'est grâce à eux que je peux être la personne que je suis et je leur en suis infiniment reconnaissante.

Merci à mes enfants, Victor et Yann, pour leur amour, leur présence et pour leur aide. Ils ont connu, pour plus de la moitié de leur vie, une maman étudiante, que cela leur donne l'envie d'apprendre et de chercher toujours au delà des apparences.

Merci à mon relecteur, celui de mon cœur, mon mari, qui s'est engagé il y a 15 ans dans l'aventure du mariage, mais aussi de l'écriture. Qu'il soit remercié pour son aide précieuse, pour sa disponibilité et pour son amour au quotidien. Ce travail n'aurait jamais abouti sans toi.

Merci à tous les patients que j’ai accompagnés qui m’ont fait confiance et qui ont transmis leurs expériences. Des traces d’eux subsistent dans ce travail.

Avant-Propos

"Il y a deux conduites avec la vie :
ou on la rêve ou on l'accomplit."
René Char

« *Le rêve est une «disposition de l'esprit généralement nocturne, survenant au cours du sommeil, et qui procure à l'individu éveillé des souvenirs nommés eux aussi rêves».*

Au cours de l'histoire et des civilisations, le rêve a été un moyen de s'affranchir du temps et de l'espace ordinaire, pour accéder au surnaturel, aux ancêtres, au divin, ou encore comme un moyen de guérison, de connaissance et de révélation.

L'approche rationnelle et scientifique en fait un processus ancré dans le corps et lié à l'activité cérébrale au cours du sommeil.

Dans les arts et la littérature, le rêve représente la « vie rêvée » au sens de projet chimérique ou de représentation d'un autre possible. » [1]

Qui aurait pu imaginer que le rêve me mène à cet écrit?

Et pourtant, qu'est-ce que rêver ? Si ce n'est de nous projeter dans un monde qui existe hors de la réalité. Nous sommes ici à deux niveaux du rêve. Le premier : celui qui nous fait imaginer notre parcours de vie à venir, celui que nous faisions enfant, lorsque nous disions : « moi, quand je serai grand, je serai pompier parfumeur[2] ». Ce sont des mots qui nous projettent dans un monde possible, dans une réalité à créer et que la société elle-même peine à inventer.

Mais le rêve, c'est aussi ce qui se passe la nuit lorsque, poussé par les songes, nous nous mettons à créer un univers onirique plus ou moins plaisant, rassurant ou inquiétant. Le rêve nocturne devient un espace de jeu pour le psychisme où, à nouveau, tout devient possible. Un espace intermédiaire de

---

1 Tiré de wikipédia site visité le 13/07/2018 à 3H33.

2 Pompier parfumeur : métier imaginé par mon deuxième fils lorsqu'il avait 5 ans.

création et de construction. Ainsi, le rêve peut être utilisé dans beaucoup de sociétés primitives comme une possibilité d'élaboration psychique, comme un moyen de se connecter avec soi-même ou la conscience universelle. Le rêve éveillé pourra, aussi, être une porte de soi à soi dans une conscience modifiée et bienveillante.

De la naissance d'un projet de thèse

Étonnamment, cette recherche est alimentée par ces deux niveaux de rêve. Même si je ne me suis jamais imaginée en train d'écrire un travail de recherche, je pouvais m'imaginer comme une professionnelle accomplie dans un métier que j'imaginais passionnant. Je pouvais aussi me rêver dans l'écriture, même si cette réalité semblait, pour le moins, inatteignable. Aujourd'hui, à l'heure de la nuit où l'onirisme aurait dû prendre le pas sur la réalité, l'adolescente liseuse de romans et de documents autour de la psychologie et des mystères de la vie et de la mort que j'étais, devient l'adulte rédactrice qui continue de créer son rêve de parcours de vie.

Et puis, le rêve, c'est aussi celui que j'ai fait et que je raconterai plus tard dans ce travail. Ce rêve qui, de façon surprenante, est venu questionner régulièrement mes travaux de recherche. Ce rêve aussi qui aura eu une fonction formatrice indéniable d'un point de vue purement pratique, puisqu'il revient à une expérience de vie grandeur nature. C'est aussi celui qui étire lentement mais sûrement un fil d'Ariane dans mon parcours de recherche et d'autoformation.

Introduction : Première respiration

"Pour atteindre le point que tu ne connais point,
tu dois prendre le chemin que tu ne connais point"
San Juan de La Cruz

Il est souvent de mise d'écrire l'introduction assez tard dans la rédaction d'un travail de recherche. Commencer à l'écrire veut-il dire que l'on est proche de la fin, alors que le lecteur commence tout juste sa lecture ? Cette première respiration va me permettre de mettre en mots quelques données indispensables à l'organisation et à la compréhension de ce travail de recherche, pourquoi et comment celui-ci se trouve entre vos mains, quelles sont mes interrogations, problématiques et hypothèses.

Pourquoi en Sciences de l'Education ?

Professionnelle déjà relativement expérimentée en psychologie, pourquoi faire une reprise d'étude dans un domaine qui n'est pas le mien ? J'aurais pu simplement reprendre mes études là où je les avais laissées une première fois et entamer une nouvelle tentative de doctorat en psychologie. Cependant il est évident, pour moi, que je ne me retrouvais pas dans la seule démarche de psychologie et que je souhaitais ouvrir des espaces de réflexions supplémentaires, dans des domaines connexes, j'ai pensé à l'éthique ou la philosophie.

Une discipline pour réfléchir

Les Sciences de l'Education sont, ainsi, venues à moi toutes seules. Elles sont arrivées à un moment où j'avais besoin de m'extraire d'une clinique de plus en plus lourde (la clinique de la fin de vie) et de conditions de travail de plus en plus pesantes (pas assez de reconnaissance financière ou matérielle, beaucoup de trajets). Je cherchais donc à donner un nouveau sens à cette activité professionnelle en soins palliatifs et, ce que j'aimais particulièrement, c'était la formation, l'enseignement et le partage

d'expériences. Je recevais régulièrement des stagiaires et c'était toujours source de partage et d'intérêt. Ainsi, les Sciences de l'Education semblaient être l'orientation toute tracée pour une reprise d'étude. De plus, une collègue médecin avec laquelle j'avais l'habitude de travailler et échanger souhaitait m'embarquer dans des travaux de recherche. Je suis donc partie à l'aventure avec elle. Nous avons repris un Master 2 recherche en Sciences de l'Education et ce que j'y ai trouvé m'a beaucoup plu : la clinique-dialogique, la formation de soi tout au long de la vie. Pour un psychologue, cela peut paraître réducteur dans un premier temps, pourtant ce fut pour moi, non une découverte puisque elle faisait écho à ma pratique professionnelle, mais elle lui donnait un sens supplémentaire, cela apportait une épaisseur à des notions déjà appréhendées intuitivement. D'autant que Martine Lani-Bayle avait été elle-même psychologue et que les histoires de vie ont des appointements avec Boris Cyrulnik, neuropsychiatre qui étudie la résilience. Faire un Master en Sciences de l'Education et entendre parler « Boris », c'était une ouverture à ne pas manquer dans mon parcours professionnel. Les Sciences de l'Education se montraient dès lors une porte d'entrée pour une nouvelle recherche, il ne manquait plus que le sujet.

Les soins palliatifs sont mes premiers amours, mes premières lectures professionnelles, mes premières recherches. Il me semblait aller de soi qu'une recherche dans ce cadre-là était ce qui m'intéressait le plus. J'avais déjà travaillé avec des bénévoles, des médecins, des internes et des infirmières... Il ne me restait plus qu'à étudier des psychologues... ou presque ! J'aurais pu travailler avec des personnes en fin de vie ou des familles, mais je crois que le soignant intervenant dans un tel service a quelque chose à raconter, quelque chose que j'avais envie d'entendre. Peut-être aussi que j'avais envie de reprendre ma propre histoire à la lumière de celle de mes collègues : partager des singularités et en faire émerger une trame commune.

Emergence d'une co-construction

Etonnamment, je ne me sens pas une chercheuse au sens de la représentation que je me fais de ces scientifiques en laboratoire, je me sens une praticienne qui s'interroge sur ses pratiques, sur ses fonctionnements. La thèse est donc venue créer un espace de réflexion, de connaissance et de conceptualisation autour de mon métier, la façon de le faire, de l'apprendre et de le faire évoluer.

Cette démarche de recherche ne pouvait être que qualitative et inductive, elle correspond à mon travail au quotidien. Qualitative car elle se base sur des entretiens clinique-dialogique. J'aurais pu en

effectuer de nombreux car j'aime réaliser des entretiens, j'aime rencontrer mes pairs. C'est une pratique avec laquelle je suis très à l'aise. Cependant, les entretiens faits, il faut les retranscrire, les analyser, les étudier et prendre le temps de cette compréhension. Je me suis donc volontairement restreinte à quelques uns afin de les exploiter le plus possible et de ne pas me retrouver avec 15 entretiens, qui auraient dit sensiblement la même chose, mais que je n'aurais pas vraiment pris le temps de lire en profondeur. C'est donc une démarche qualitative qui s'attache à la rencontre avec quelques collègues afin de me permettre de comprendre leurs parcours de formation et de vie qui expliquent leur chemin à travers les soins palliatifs. J'ai donc essayé de faire ressortir des histoires singulières plutôt qu'un ensemble de données. Peut-être que cette approche réduit la généralisation de cette recherche mais elle permet un vrai travail d'assimilation de la personne ici dans une facette professionnelle, dans son histoire, son contexte et son ressenti.

Pour débuter cette recherche, il y a donc une question : " La durée de vie des psychologues en soins palliatifs ?" C'était, au départ, une formulation pour faire sourire, mais elle perdure au fil du temps... Mais ensuite, comment fait-on pour écrire une thèse ? Je ne me voyais pas me plonger dans des écrits scientifiques, je sentais que je pouvais m'y perdre rapidement et ne pas arriver à entrer dans la recherche. Je me souviens de ma première "planche". Je posais mes premières réflexions, elles partaient de mon expérience, de l'étude que j'avais effectuée pour le Collège National des Psychologues en Soins Palliatifs et puis de discussions et d'observations... Je finissais cette présentation en me demandant par quel bout aborder le problème. Ma directrice, ainsi que les membres du séminaire, m'ont proposé de commencer par des entretiens, je verrais bien ce qu'il en adviendrait. Cela me semblait facile, j'allais là où j'étais le plus à l'aise... Le reste suivrait… Mais ce ne fut pas aussi évident... Faire les entretiens, c'est une chose ; les retranscrire , c'en est une autre. La question pratique du temps consacré à ce travail n'a pas toujours non plus été évidente. Le temps des entretiens et de leur transcription, les liens à la littérature existante, faire émerger des concepts (ceux qui apparaissent spontanément, ceux qui sont plus cachés),… tout cela demande du temps, temps que je n'ai pas toujours su dégager dans une organisation de vie tournée vers ma famille et mon activité professionnelle - activité qui a eu la bonne idée, au fil des années, de se développer considérablement !

Un groupe pour penser

Je suis aussi partie pour cette recherche dans une démarche inductive, c'est à dire que ce travail ne rencontre aucun précédent dans la recherche, c'est un sujet unique qui part d'une intuition intime et qui n'aura probablement pas de suiveur, en tout cas à l'identique. Je n'ai pas trouvé grand chose dans la littérature scientifique concernant cette thématique. On pourra toujours trouver des thèmes associés mais rien qui relierait les différentes notions que j'ai étudiées, à savoir le courant des histoires de vie, et la clinique-dialogique dans le contexte des psychologues exerçant en soins palliatifs. J'ai donc essayé de les faire cohabiter et de voir, autant que faire se peut, ce qu'il peut en émerger qui aura un caractère formateur de soi et des autres.

Au départ était l'expérience

Ainsi, c'est une expérience de terrain que je tente de théoriser afin d'en faire ressortir des aspects permettant une réflexion plus globale sur la complexité des histoires de "fin de" vie et des processus à l'oeuvre dans un chemin personnel et professionnel.

Je suis une chercheuse débutante. Peut-être que, par cette thèse, je cherche à être une chercheuse plus aguerrie ? En tout cas, j'ai essayé tout au long de ce travail de garder une honnêteté intellectuelle afin de progresser et d'en faire un espace de formation.

Origine de la problématique et hypothèse

Cette recherche a, donc, pour origine une interrogation personnelle qui fait écho à ma propre pratique professionnelle et une question plus générale en lien avec un état des lieux de la pratique et de la formation des psychologues exerçant en soins palliatifs. Etat des lieux que j'ai effectué selon mon propre questionnement et pour le compte du collège national des psychologues en soins palliatifs (nous reviendrons sur les résultats de cette recherche au cours de notre étude).

Suivi d'une question

L'énoncé de la question de départ est donc, le suivant : combien de temps un psychologue peut-il exercer dans un service d'accompagnement à la mort sans être mis en difficulté ?

Cette question est évidemment un point de départ à de nombreuses autres interrogations :

- Pourquoi et comment exercer en soins palliatifs ?
- Qu'est-ce qui fait "durer" les psychologues en soins palliatifs ? Quelles sont leurs ressources ?
- Est-ce la mort ou le deuil qui font, seuls, violence ?
- Est-ce que l'empathie ou la gestion des émotions ou des mécanismes de défense vont influencer la pratique des psychologues ?

Une hypothèse réflexive

L'hypothèse générale de notre recherche étant que la clinique de la fin de vie est une clinique éprouvante qui nécessiterait des ressources encore à découvrir et une capacité à s'interroger sur son expérience de vie afin d'en tirer un savoir expérientiel réflexif pour assumer d'accompagner au plus près et sans en être trop affecté, la personne qui va mourir.

Au fil des pages, vous trouverez des aspects théoriques et pratiques, j'ai organisé mon manuscrit selon 3 grandes parties.

La première que j'ai appelée : " Juste avant ", qui va reprendre les grandes lignes de mon cadre théorique dans lequel nous essayerons de mettre en lumière la question de la mort et de son accompagnement par la création des soins palliatifs dans un premier temps et dans un second temps, nous aborderons la question de la psychologie, du métier de psychologue.

Avant de découvrir la suite de la recherche, je poserai quelques pages d'intermède que j'ai nommé : NDE, Near Death Experience.

La deuxième partie : " Pendant " nous permettra d'aborder la question du cadre méthodologique et de l'analyse des entretiens.

Enfin, la troisième partie qui s'intitulera " Juste après " nous permettra de discuter les résultats de l'analyse des entretiens et de créer un entrecroisement entre les récits et la théorie afin de faire émerger une pensée singulière.

Construction d'un plan

L'agencement de ce travail de recherche m'est apparu une nuit, je n'aurais pas su dire comment, peut-être encore un rêve ! Ce n'est que par la suite que j'ai réalisé, dans un premier temps, que j'avais entendu Martine Lani-Bayle parler de ces différentes périodes du mourir au cours d'un séminaire et que cela

m'avait semblé une bonne façon de présenter mon travail. Puis, dans un deuxième temps, j'ai constaté, à la relecture de l'ouvrage *Histoires de mort,* que Gaston Pineau avait été le premier à construire son écriture autour de la mort avec ce même rythme. Ainsi, je me suis permis de lui emprunter, sans le savoir, une organisation qui semble trouver tout son sens quand il s'agit de la fin de vie.

1. Juste avant

"Pour l'homme qui pense,
la mort n'est pas une fin mais un commencement"
W. Allen

Juste avant : c'est une notion qui nous rapproche du moment important de notre recherche, c'est l'instant juste avant le passage, celui qui nous signale que nous sommes proches de l'évènement mais pas encore dedans. Le juste avant, quand il s'agit de la mort, peut être bref, à peine une respiration, ou lent comme une agonie... Nous essayerons, ici, de le transformer en un temps de réflexion autour d'un cadre théorique simple qui comprendra les deux aspects principaux de notre thèse : la psychologie et les soins palliatifs, entremêlés de savoirs, de formations et de retours d'expérience. Cette première partie comprendra aussi un récapitulatif de mon travail de recherche concernant les psychologues en soins palliatifs. Il a été un déclencheur de réflexion, il en devient le premier souffle.

1.1. La mort et les soins palliatifs

Dans cette première partie, nous allons aborder la question de la mort. D'abord dans son histoire et ses représentations, ensuite dans la façon dont elle a pris sa place dans la société avec les structures de soins palliatifs.

1.1.1. L'homme face à la mort

« Pour mourir bienheureux, à vivre il faut apprendre.
Pour vivre bienheureux, à mourir il faut apprendre. »
Duplessis Mornay

De nombreuses représentations jalonnent notre perception de la mort et, s'il est un sujet sur lequel l'être humain est en questionnement depuis la nuit des temps, c'est bien la problématique de la mort. Certains établissent, même, les prémices de l'humanité au commencement des sépultures, car ils considèrent que la sépulture est en lien avec la prise de conscience de son humanité et de sa place dans le monde. Les croyances en termes de mort sont nombreuses et prennent leur essence dans des représentations différentes.

Edgar Morin (1977), philosophe et sociologue, évoque le concept de «mort-renaissance», qui inscrit le mort dans un processus de renaissance systématique, chère aux sociétés primitives mais qui perdure dans encore beaucoup de croyances (sociétés archaïques, mais aussi philosophies actuelles). Cette mort-renaissance est associée à la mère dans différents aspects : les eaux-mères, la terre-mère ou même au sein de la métaphore « le giron de la mère » dans lequel se réincarne l'être mort.

Par ce processus, l'être humain tente d'abolir la mort, puisqu'elle n'est pas une fin en soi mais un cycle vers une renaissance. Même la naissance fait partie de ce processus car, en naissant, l'âme meurt sur le continent des esprits, les deux étant indissociablement reliés. Dans ce cycle se perpétue la notion d'éternel retour ou d'éternel recommencement, perpétuant le cycle « infernal » ou « vertueux » d'une tentative de compréhension de cet événement en dehors de notre contrôle et de lutte contre l'angoisse de mort.

Ainsi, l'être humain, par cette pensée, refuse complètement la question de la « *mort comme un terme, mais en fait un au-delà où persiste et triomphe la singularité (salut) ou l'universalité de l'homme (Nirvana)* » (Morin, 1977, p.147)

Pour que ce concept prenne forme, il est accompagné de la notion de double : âme, esprit, être évanescent qui survit à la mort physique. On trouve cette conception dès les débuts de l'humanité.

Les corps sont ensevelis avec leurs armes ou de la nourriture afin de continuer à faire vivre ce double, cet autre de moi, cet ego alter qui nous accompagne tout au long de notre vie, tantôt présent, tantôt s'échappant, parfois pendant le sommeil.

« Plus se développeront les sociétés, plus l'espace social des vivants s'élargira, plus l'espace des morts se dilatera jusqu'à ce qu'apparaisse l'idée d'un royaume des morts aux frontières du royaume des vivants. On peut poser cette relation sociologique : plus la route du mort est longue, plus l'activité humaine s'est étendue loin, plus la pensée humaine est allée loin. » (Morin, 1977, p.162)

Les soignants présents dans les services de soins palliatifs viennent, souvent, corroborer ces croyances. Ils mettent en jeu un processus d'existence d'âmes qui sentiraient la présence des êtres dans les chambres, qui choisiraient le moment de la mort dans un souci de protection ou faire souffrir, de lâcher-prise ou d'attente du dernier enfant à venir. Recréant ainsi un espace à la fois de contrôle et d'acceptation de la perte de contrôle. C'est à dire que, plus j'accepte de ne pas contrôler en donnant un rôle déterminant au mourant dans sa mort, plus je contrôle les sentiments et les angoisses en lien avec ce décès à venir. Ainsi, lorsque les soignants rencontrent les familles pour leur parler de leur proche en train de mourir, ils vont expliquer à ces dernières que l'on ne sait jamais quand la personne va mourir. Ce discours permet aux familles d'accepter de ne pas être là. Parce que, parfois, le mourant "semble choisir" d'être seul pour ce passage ultime. Cela permet de déculpabiliser les proches qui cherchent à tout prix à être là au moment de la mort, ils peuvent accepter l'idée qu'ils manqueront ce dernier moment sans que cela engendre une angoisse supplémentaire en lien avec le fait de ne pas avoir été là.

Si nous savons retrouver, aujourd'hui, un certain mysticisme et une part d'incontrôlé dans l'accompagnement de la mort, ce ne fut pas toujours le cas. Au 18ème siècle, l'avènement de la technique et des sciences commence à mettre en échec ces représentations surnaturelles et mystiques. Ce qui était à l'origine magie devient sciences, géométrie ou physique. C'est le savoir qui sort l'individu d'une ignorance religieuse et la philosophie devient donc un enjeu de pouvoir avec les despotes du clergé qui imposent la notion de Salut permettant d'avoir un contrôle sur la société humaine.

Cependant, la crise de la mort pointe à cette période de remise en cause de la science, de la société et de l'être humain lui-même. Il se retrouve atome parmi l'univers, n'ayant plus de place propre. Cela génère une angoisse de mort incontrôlable, insurmontable, chaque naissant devenant instantanément un mort en devenir. La mort se retrouve au cœur de l'être, y générant une angoisse profonde que seule une acceptation, au plus profond de l'individu, permettrait de contrôler. De plus, « *il est impossible de partager sa mort, de la mettre en commun, toute mort est solitaire et unique* » (Morin, 1977, p. 317). Peut-être alors que, sur le grand théâtre de la vie, les services de soins palliatifs ne sont qu'un jeu supplémentaire, une comédie, dans laquelle les acteurs sont seuls, se donnant l'illusion d'être ensemble et de pouvoir lutter contre cette angoisse de mort et de pouvoir la contrôler.

Le philosophe Vladimir Jankélévitch, (1977) aborde lui aussi la question de la mort. Il l'évoque selon trois regards, trois personnes : la première le « Je », la seconde le « Tu », la troisième le « Il ». En fonction de la position que nous prenons, la mort se rapproche ou s'éloigne, devenant plus ou moins angoissante et apportant plus ou moins de chagrin.

La mort à la troisième personne est la mort qui ne nous touche pas personnellement, l'anonyme, la mort en général. Nous pourrions dire, à l'heure actuelle : la mort « du journal télévisé ». C'est une mort conceptuelle, sans tragédie propre. Elle ne nous atteint pas ou de loin. Jankélevitch donne pour exemple le rapport du médecin à son malade mourant. Nous pouvons imaginer que dans certaines situations aussi, le patient devient un objet d'étude, d'analyse, que le médecin, le soignant ou même le psy mettent à distance dans une "objectivité" protectrice (voire même une subjectivité tout aussi protectrice) « *la troisième personne est principe de sérénité* » (Jankélevitch, 1977, p. 26).

La mort est lointaine tant qu'elle reste à cette personne, cependant, elle devient source d'angoisse, lorsqu'elle s'attache à la première personne, au Je. La mort entre dans mon intimité et vient y déposer tout son mystère. Je meurs pour moi, seul avec moi-même et je ne peux m'échapper de ce processus inéluctable vers lequel ma vie me pousse.

Mais, *« entre l'anonymat de la troisième personne et la subjectivité tragique de la première, il y a le caractère intermédiaire et en quelque sorte privilégié de la deuxième personne : entre la mort*

d'autrui, qui est lointaine et indifférente, et la mort propre, qui est à même notre être, il y a la proximité de la mort du proche » (Jankélevitch, 1977, p. 29)

La mort à la deuxième personne est aussi celle qui nous touche, c'est celle de toi, celui dont je suis proche, de l'être aimé, de l'enfant pour la mère... Cette mort nous projette dans la séparation déchirante. Cette mort nous renvoie aussi à notre mort car elle nous rapproche de celle-ci. Lorsque notre proche, père ou mère, décède, le dernier rempart avant notre propre mort cède. La mort de notre amour nous ramène aussi à cette image-miroir de notre mort certaine. Cette mort, je peux la raconter, j'en suis un dépositaire sans pour autant en être l'acteur.

La difficulté de l'homme face à la mort, c'est de savoir qu'il doit mourir, mais qu'il ne peut concevoir cette finitude, cela paraît trop insupportable, alors il lutte contre cette mort et arrive à la faire reculer. Cependant, cette mort est aussi ce qui donne sens à la vie, nous allons vers elle ; or cette mort est à la fois le sens et le non-sens puisqu'elle en limite le sens même.

1.1.2. Regard au fil du temps sur la mort

Philippe Ariès, historien, (1985) dans « *L'homme devant la mort* », nous montre aussi que la mort est étroitement liée à la connaissance qu'a l'homme de son individualité et de son appartenance à une communauté. Il porte un regard sociologique et historique sur la représentation de la mort au fil des siècles.

A. La mort apprivoisée

La mort au Moyen-Age, en Europe, était, selon Ariès, « apprivoisée ». Tout le monde meurt et la mort représente un passage obligé. Ceci est dû à la forte mortalité de cette époque. Les épidémies, les guerres, les morts en couche et les enfants en bas-âge renvoient à cette proximité de la mort. Les morts font partie des vivants et on remarque que, à cette époque, les cimetières sont, le plus

souvent, au milieu des villages. La mort est présente et reconnue, celle-ci est une mort en "Je", elle est toujours à proximité de moi. Cette dernière se réfère au premier millénaire chrétien. Le mourant perçoit sa mort prochaine grâce à des signes auxquels il a appris à être sensible. La mort se vit dans un acte communautaire auquel tout le monde participe, ce n'est pas quelque chose de vécu individuellement. La mort se prépare en famille et les rituels permettent le rassemblement solidaire.

B. La mort rupture

A partir du 18ème siècle, la mort devient séparation d'avec autrui, c'est la mort de l'autre, c'est la mort en "Tu". C'est la séparation d'avec l'être aimé. La famille prend une place affective très importante et on voit apparaître l'effusion de sentiments, cela a un aspect pathétique et douloureux. Les sépultures sont de plus en plus personnalisées et individuelles. La mort renvoie à l'individu unique et se détache des rituels christianisés. Les rites sont toujours présents et collectifs, mais moins religieux. On voit émerger un commerce de l'art funéraire avec l'apparition des pompes funèbres. Service qui évacue la gestion de la mort vers l'extérieur de la famille. Petit à petit, la société glisse vers la mort en "il", qui nous renvoie au concept de mort inversée.

C. La mort inversée

Ce terme « inversé » est évoqué par Philippe Ariès lorsqu'il aborde cette évolution par rapport à la mort. Il parle de ce détachement, qui commence à la fin du 19 ème siècle, et qui dirige la mort tout doucement vers l'indicible. Il y a un désir d'occultation des processus de mort et de deuil. Il apparaît un nouveau codage de la mort. Elle est écartée, on meurt de moins en moins en famille, mais seul dans un lit d'hôpital. Il y a une volonté farouche de vouloir séparer le monde des vivants du monde des morts, dans une sorte de déni de la mort. La mort est escamotée et trop chargée en émotions, on

la relègue aux cimetières des périphéries et on oublie les rituels nécessaires à ce processus de passage.

C'est ainsi que petit à petit la mort se cache. L'accompagnement qui pouvait être fait à la maison, grâce à l'aide de la communauté, se pratique de moins en moins. Le « prendre soin » du mourant ne peut être effectué que dans le contexte aseptisé de l'hôpital, garant de la bonne hygiène et de la bonne prise en charge. Au fur et à mesure de la disparition des signes d'agonie dans la prise en charge médicale, le deuil dans la société tend aussi à se dissoudre dans une vie qu'il faut donner à voir comme normale, où la mort et la séparation n'ont pas de répercussions psychiques et affectives sur les endeuillés.

La mort est donc refoulée et réduite à des symptômes auxquels la médicalisation va tenter de répondre. Il n'y a plus de mourants, mais des personnes malades. Philippe Ariès reprend ici l'histoire de la mort de Ivan Illitch dans laquelle *« Il refuse la mort en la remplaçant par la maladie »* (Ariès, 1985, p.276)

Le début du mensonge médical et familial autour de la mort prochaine apparaît : sous prétexte de protection et de volonté de préserver le mourant, les proches n'abordent plus cette question. La mort devient « sale », doit être « exclue » et donne place à la toute-puissance médicale.

Contexte de la naissance d'une pratique de soins

Nous pouvons évoquer cette question de la mort qui est inexorablement escamotée, qui n'est plus un événement naturel qui survient à un moment de la vie mais un ensemble de symptômes que la médecine doit combattre. Ainsi, le mourant se retrouve isolé par cette intensification de la prise en charge médicale. La mort cesse d'être aussi de volonté divine, elle est reléguée à un état de fait scientifique qui modifie les représentations sociales de la mort. L'anatomie moderne fondée par Xavier Bichat, en 1800, suite à ses nombreuses recherches sur les cadavres, va être à l'origine de ce revirement car il donne cette nouvelle définition de la vie ou de la mort dans son ouvrage, *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* : « *la vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort* ». Cela marque le changement fondamental qui s'exerce par rapport à la clinique médicale. Il faut, maintenant, mettre en œuvre tout ce que la science connaît pour permettre à la vie de se maintenir hors des griffes de la mort, quitte à morceler, découper, de telle façon à

garder le contrôle sur les fonctions vitales le plus longtemps possible. Foucault a analysé cela dans la *Naissance de la clinique* : « *Bichat a relativisé le concept de mort, le faisant déchoir de cet absolu où il apparaissait comme un événement insécable, décisif et irrécupérable : il l'a volatilisé et réparti dans la vie, sous forme de mort en détails, morts partielles, progressives et si lentes à s'achever par-delà la mort même* ». (Foucault, 1963, p 147)

Céline Lafontaine, sociologue, reprend dans son ouvrage *La société postmortelle* cette notion de déconstruction de la mortalité. Cette mort en morceaux est caractérisée par de multiples facteurs et causes individuelles.

« La déconstruction de la mortalité en une multitude de facteurs et de causes individuels participe du processus de privatisation et de désymbolisation de la mort. Plus personne ne meurt de la mort. » (Lafontaine, 2008, p.36)

Ce morcellement du corps et de la mort permet à la biomédecine d'exercer son pouvoir, chaque organe trouvant alors une machine lui permettant de survivre encore et encore. Le cœur, les poumons, les reins, faisant prendre naissance au mythe de notre enfance : l'homme bionique qui survit malgré la dégradation complète du corps mais qui, grâce à la médecine, devient un surhomme capable de défier les lois de la nature. La nature n'est plus la mort, même si l'on tend à vouloir garder le contrôle sur cette mort qui, si elle survient de façon naturelle, est alors disséquée. Cela ne doit pas survenir. Dans ce contexte médicalisé où l'humain devient un ensemble d'organes dont les défaillances doivent être contrôlées, l'être humain est mis de côté, comme s'il ne devait plus remettre en cause ce pouvoir biomédical. Même le psychisme est pris en charge. La société occidentale, dans sa quête du bonheur, évacue tout ce qui pourrait apporter une ombre au tableau : plus de morts, plus de souffrances. Le deuil est relégué à la pathologie psychique, il n'est plus bon d'être en deuil comme avant (avec des signes manifestes) : c'est une dépression qu'il faut combattre, il faut "faire son deuil" au plus vite. La désymbolisation de la mort, son caractère inhumain et la déritualisation de ce dernier siècle engendrent cette méconnaissance apparue au fil des années. La société actuelle relègue la mort dans un espace confiné de l'hôpital, où le milieu médical en prend possession pour lutter encore et encore contre cette Nature insupportable et incontrôlable.

Synthèse

La crainte de la mort est inéluctable, cette expérience que l'on fait pour la première fois et la dernière fois en même temps reste un moment chargé d'inconnu. La mort est un événement irreprésentable, puisqu'on ne peut pas en faire l'expérience avant... pour voir ! *« Personne au fond ne croit à sa propre mort ou, ce qui revient au même : dans l'inconscient, chacun est persuadé de son immortalité »* (Freud, 1915, p 26)

L'être humain évite d'aborder l'éventualité de la mort de soi ou de la mort de l'autre. Cependant, la vie ne prend sens que lorsque l'on peut la mettre en jeu et donc la confronter à la possibilité de mourir.

Ainsi, face à la mort, l'être humain est dépourvu, tant d'un point de vue individuel que du point de vue de la société. Car, au fil des siècles, l'Homme a perdu sa relation à la mort. Il a oublié qu'elle faisait partie intégrante de la vie. C'est pourquoi il tente de trouver des solutions pour faire face à une situation qui est chargée d'angoisse et d'inconnu. Les soins palliatifs vont devenir une réponse à cette angoisse, une solution, même, peut-être… A moins que cela ne soit une façon de se donner une bonne conscience sociale…

1.1.3. La création des soins palliatifs

L'hypermédicalisation de la maladie et de la mort, la société effrayée par la confrontation à la personne mourante, tant d'un point de vue psychique que d'un point de vue physique, engendrent un abandon de plus en plus courant de celle-ci. La société ne sait plus comment faire et quoi dire. Cet isolement croissant alimente une souffrance chez les patients. Certains soignants, médecins, psychiatres vont la prendre en compte et vouloir améliorer les prises en charge de fin de vie. C'est ce qui a permis, au fil des années, la création des soins palliatifs.

A. Les pionnières

Les premières personnes à mettre en place une démarche d'accompagnement des patients en fin de vie sont des femmes. Au delà de leur compétence médicale ou soignante, il semble qu'il ressort surtout de leur parcours une compétence relationnelle qui apparaît indispensable pour travailler en soins palliatifs. Ce que nous constaterons aussi dans ces parcours, c'est le caractère informel de leur formation. Elles apprennent sur le terrain de la relation à l'autre. C'est pourquoi j'ai délibérément choisi de vous raconter ces parcours de vie.

Le terrain : un espace de formation de soi

- **Les prémices des soins palliatifs : Jeanne Garnier**



Comme nous l'avons vu précédemment, la mort n'a pas toujours été un événement relégué dans le fond d'un service d'hôpital. J'ai même envie de dire que, pendant la plus grande partie du règne humain, la mort faisait partie intégrante de la vie et il existait des lieux, des hospices, dans lesquels les individus venaient se soigner, mais surtout aussi mourir.

Ce terme "*hospice"* qui vient du latin *hospes* a tout d'abord signifié « hôte » puis, plus tard, « étranger ». Ce terme a été utilisé pour évoquer les lieux qui accueillaient les voyageurs, les pèlerins. Comme ils étaient nombreux à être malades ou blessés, ces lieux sont devenus des endroits où l'on soignait. Mais, si l'on peut considérer que les soins palliatifs modernes sont nés en Angleterre, c'est une française, Jeanne Garnier, qui désigne pour la première fois, avec le mot hospice une institution accueillant les mourants.

Elle en fonde plusieurs à Lyon, dès 1842, avec quelques amies : « les Dames du Calvaire ». La vie de Jeanne Garnier est, en effet, rapidement tournée vers les autres car elle rencontre des évènements

de vie qui motivent sa volonté d'aider les femmes laissées pour compte. Elle est veuve à vingt-quatre ans, après avoir perdu deux enfants en bas-âge. Après cette grande souffrance, elle se tourne vers l'accompagnement en mettant sa fortune et son temps au profit des femmes incurables délaissées par les hôpitaux. Elle meurt à peine vingt ans plus tard mais laisse son empreinte dans l'histoire de la prise en charge des mourants encore aujourd'hui, puisqu'elle donne son nom à la plus grosse unité de soins palliatifs de France, avec près de 80 lits dédiés à l'accompagnement des patients en fin de vie et de leurs familles.

En 1879, "le concept" (au sens organisation et mode de prise en charge des patients) des hospices traverse la Manche et c'est en Irlande, à Dublin, qu'il s'en ouvre sous les ordres des sœurs irlandaises de la Charité, puis encore quelques années plus tard en 1905, à Londres, toujours sous le même ordre religieux : l'hospice St Joseph à Hackney.

- **Cicely Saunders : un parcours de vie qui mène aux soins palliatifs**

« Nothing bears fruit without having first being mortified »

Henri Madathanas



CICELY SAUNDERS

Cicely Saunders est née en juin 1918. Sa jeunesse est difficile, pour raisons familiales, mais rapidement son tempérament dynamique et volontaire va prendre le dessus. C'est en 1939, après le début de la guerre, que sa vie prend un tournant à l'encontre de ce que sa famille souhaitait pour elle.

" La première fois qu'elle fut attiré par l'idée d'être infirmière, c'était quand elle était à l'école mais, découragée par ses parents, elle ne l'a pas poursuivie. Maintenant, ses inclinations et son sens du devoir travaillaient main dans la main. Elle a décidé de ne pas tenir compte de sa famille, quitte Oxford et de devenir infirmière." (Du Boulay, 1984, p.32 traduction libre)

Elle entreprend une formation d'infirmière et c'est donc dans différents hospices, dont celui de St-Joseph, que Cicely va exercer et se confronter à la mort. Lors de ses études d'infirmières, Cicely va expérimenter dans son corps la douleur. Elle a des problèmes de dos depuis son plus jeune âge, et c'est une des raisons qui a poussé son entourage à lui déconseiller le métier d'infirmière. Elle est obligée de gérer ses journées de telle façon qu'elle puisse contrôler sa douleur. "*Cicely n'était pas découragée et luttait contre une douleur constante, ne survivant à la formation qu'en passant son temps libre à être couchée.*" (Du Boulay, 1984, p.39). Cicely Saunders va subir une laminectomie[3] qui va mettre fin à ses espérances d'infirmière. Elle retourne à Oxford pour faire des études d'assistante sociale.

Cicely Saunders est envoyée auprès des patients pour les aider à régler certains problèmes matériels. Elle va faire une rencontre déterminante qui va lui ouvrir les yeux sur la prise en charge des mourants. Elle accompagne David Tasma, un juif polonais de 40 ans qui a échappé à la mort dans le ghetto de Varsovie et qui se meurt seul dans une ville inconnue dans une grande souffrance morale et physique. Elle s'investit totalement dans cette relation pour accompagner David Tasma jusqu'à sa mort, n'hésite pas à lui donner son temps et son amour. Ils se mettent à imaginer ensemble un lieu où l'on pourrait prendre en charge globalement les patients comme lui, tant au niveau de la douleur qu'au niveau de la souffrance psychique. (Du Boulay, 1984, p.57)

Au début, il y a un rêve

Lorsque David meurt en février 1948, il lègue à Cicely 500£ pour qu'elle *« ouvre une fenêtre dans son futur établissement ». « Et au fur et à mesure que leurs discussions se précisaient et qu'ils commençaient à envisager les implications pratiques, il réalisa qu'il y avait un autre moyen de l'aider. Il fit de Cicely son exécuteur et lui laissa cinq cents livres– 'Il sera une fenêtre dans sa maison' »* (Du Boulay, 1984, p.58)

Le destin de Cicely Saunders semble se sceller à cet instant, sa nature volontaire va la pousser à mettre en œuvre ce projet. Cependant, un de ses amis lui signifie que, si elle veut pouvoir exercer comme elle le souhaite dans ce lieu, il lui faut le diplôme de médecine, car ce sont les médecins qui s'occupent de la mort. Si elle reste à sa place, elle ne pourra pas prendre soin des patients comme elle le souhaite. (Du Boulay, 1984, p. 63)

[3] Intervention chirurgicale qui consiste en l'ablation d'une ou plusieurs lames vertébrales

Qu'à cela ne tienne, elle reprend ses études à 33 ans, pour obtenir sa thèse de médecine. Elle fera « ses classes » à l'hospice St Luc où l'écoute et la prise en charge de la douleur du patient sont bien supérieures à d'autres endroits qu'elle a fréquentés en tant qu'infirmière. Elle va donc être rapidement sensibilisée à l'importance de la présence et à l'utilisation d'antalgiques. Avec des prises régulières de tels médicaments, la douleur est mieux contrôlée et évite aux patients de longues périodes de souffrance entre deux prises en charge. (Du Boulay, 1984, p.61)

Cela va l'amener à approfondir cette question de l'utilisation des morphiniques jusqu'alors tabous, tant d'un point de vue judéo-chrétien que d'un point de vue médical qui pensait que ceux-ci créaient des dépendances et, par conséquent, des patients drogués. Ces représentations ont la vie longue, et encore 50 ans après, il est possible de rencontrer les mêmes peurs face à la morphine.

Les premiers organisateurs des soins palliatifs sont présents dans ce parcours de vie. Tout d'abord, Cicely a une connaissance approfondie des soins de confort car elle les a pratiqués en tant qu'infirmière un peu, mais surtout en tant que patiente. Ensuite, sa formation d'assistante sociale lui permet de savoir écouter le patient, d'être au plus près de son ressenti. Enfin, la formation de médecin lui donne le pouvoir de mettre en œuvre son projet, de mener elle-même les recherches sur la morphine et donc d'améliorer la qualité de prise en charge de la douleur des mourants.

En 1967, elle crée l'hospice St Christopher, reconnu comme le premier hospice moderne de soins palliatifs. Cet hospice pose les jalons de la culture palliative avec une prise en charge globale du patient. Car les recherches de Cicely lui ont permis de modéliser le concept de « total pain », qui englobe la douleur physique, la souffrance morale et aussi toutes les difficultés familiales, relationnelles ou institutionnelles.

Ce concept, par essence, nécessite le développement d'une collaboration pluridisciplinaire, incluant les soignants : les infirmières et aides-soignants, les kinésithérapeutes, les assistantes sociales, les médecins, les aumôniers, les secrétaires ou les agents de service et même les bénévoles. Son expérience d'infirmière lui permet aussi de laisser la latitude nécessaire à ces dernières pour ajuster ses prescriptions afin de prendre en charge correctement la douleur. C'est le début des prescriptions anticipées. (Du Boulay, 1984, p.71)

Cet hospice se veut un espace ouvert sur le monde, ceci même si les patients viennent y mourir. Ils restent en contact avec la vie, puisqu'un jardin d'enfants est conçu au centre de ce lieu. C'est un endroit où l'on meurt, mais avant tout un endroit où l'on vit. Le but de cet accompagnement est de soulager le plus possible le patient et sa famille, qui trouve en ce lieu réconfort et écoute, ainsi que de réintégrer dans un processus de vie la mort qui était marginalisée.

Axes théoriques

Il est intéressant d'observer la part des savoirs expérientiels, des savoirs institutionnels dans ce processus. Il semble qu'ils sont étroitement liés pour pouvoir permettre une écoute et une présence toute spécifique aux soins palliatifs. Selon Avril Jackson, les deux piliers de l'hospice St Christopher sont « *compétence avec amour »* (Jackson, 2001, p.23). Il est facile d'imaginer que ces piliers deviennent difficiles à mettre en œuvre dans un monde où la part médicale et la mise à distance des affects ont repris le dessus.

L'hospice est un lieu créatif qui multiplie les recherches et les innovations. C'est pourquoi il va rapidement s'associer à une université, le King's College, pour développer son département de formation, permettre à la culture palliative de sortir du seul hospice St Christopher et créer de nouveaux endroits d'accompagnement. C'est un rayonnement mondial qui est en marche. Rapidement, de nombreuses personnes vont s'intéresser à cette prise en charge et vont développer cette pratique dans leur pays. C'est au professeur canadien Balfour Mount, que l'on doit la première utilisation du terme « soins palliatifs » à la place « d'hospice ». Il sera le premier titulaire au monde d'une chaire de soins palliatifs.

De l'autre côté de l'Atlantique, une autre pionnière développe un accompagnement et une compréhension de la personne en fin de vie. Elisabeth Kübler-Ross, psychiatre, est à l'origine d'une réelle prise de conscience des processus psychiques en lien avec la mort.

- **Elisabeth Kübler-Ross : une pionnière de l'accompagnement[4] et de la formation**



ELISABETH KÜBLER-ROSS

Elisabeth Kübler-Ross est un grand nom des soins palliatifs et surtout de l'accompagnement de la fin de vie. Elle a contribué à l'amélioration des prises en charge des mourants en conceptualisant les étapes du mourir. Son parcours de vie et sa formation sont, tout comme Cicely Sanders, tout à fait spécifiques et semblent orienter rapidement Elisabeth vers une démarche d'accompagnement.

Elisabeth Kübler-Ross naît à Zurich en 1926, elle est issue d'une fratrie de triplés et l'on ne donne pas cher de sa vie, pesant à peine un kilo à une époque où les couveuses et le lait maternisé n'existent pas. Mais, il semble que, déjà, Elisabeth ait une volonté farouche de vivre. Elle va rapidement s'opposer à sa famille qui, selon cette manie de l'époque, habille en tout point pareil les jumeaux ou les triplés. Elle lutte, donc, pour son individualisation et va jusqu'à la confrontation pour prendre sa place.

Dès son plus jeune âge, Elisabeth s'intéresse à la mort, elle s'occupe des animaux blessés qu'elle cherche aux alentours de sa maison. Elle va à la rencontre d'un voisin âgé, paralysé par une chute. Elle se comporte avec le plus grand naturel avec lui. Il lui confie ses peurs et ses interrogations par rapport à la vie et la mort, ce qui la pousse déjà vers ces préoccupations, bien particulières pour une petite fille. Sa sœur Erika, une des triplées rencontre aussi des problèmes de santé qui la clouent au lit avec des douleurs terribles. Pendant de nombreuses années, celle-ci subira des maltraitances médicales, car aucun diagnostic n'est véritablement posé sur sa pathologie. Les médecins la forcent à marcher alors que la douleur est insoutenable, ils considèrent que c'est une tire-au-flanc hystérique. Ce n'est que bien plus tard que l'obstétricienne qui avait mis au monde les triplés pose un diagnostic de poliomyélite associé à une ostéomyélite, ce qui permet, enfin, une prise en charge

[4] Etymologiquement, accompagnement vient de con-pane et signifie partage du pain. Accompagner dans le Robert signifie : s'ajouter à, se joindre à quelqu'un pour aller en même temps que lui, mais c'est aussi guider. Dans la version du travail social, il faut être vigilant à ne pas le confondre avec aider qui pourrait ne pas permettre à l'autre d'avancer à son rythme. Ainsi, l'accompagnement doit se trouver dans le sens de partager, chacun ayant sa place pour être acteur et sujet. (Pineau G., (2014), p 24)

adaptée. A cette époque, Elizabeth écrit à sa sœur : « *J'ai toujours pensé qu'un médecin attentionné et compétent aurait pu la guérir bien plus rapidement. Un jour, durant l'hospitalisation d'Erika, je lui ai écrit une lettre dans laquelle je lui faisais part de mon intention de devenir ce médecin idéal* » (Kübler-Ross, 1998, p.50). Alors que sa famille la destine à une vie de femme au foyer, elle décide d'entreprendre des études de médecine, qu'elle finance en étant employée dans un laboratoire.

Nous sommes au début des années 40, les réfugiés juifs arrivent en Suisse et elle est chargée de les accueillir. Pendant cette période de guerre et d'après-guerre, Elisabeth ne ménage pas sa peine, elle s'engage dans le « Peace Corps » et, à la libération, elle part en Pologne pour soutenir les populations. Elle s'y trouve confrontée à l'horreur des camps de concentration. Elle y remarque les dessins des enfants juifs avant de mourir : des papillons. Elle reprendra, plus tard, ce dessin comme métaphore de la mutation vie/mort, le papillon dans sa chrysalide. Mais l'horreur ne s'arrête pas là, elle contracte le typhus sur le chemin de retour et elle est obligée de s'arrêter dans l'est de la France pour se faire soigner. Là, elle est confrontée à la maltraitance, à nouveau, celle exercée sur les prisonniers allemands, ce qui la révolte tout autant.

Elle achève ses études de médecine en 1957 à Zurich. Pendant, cette période, elle continue à être confrontée à des erreurs de diagnostic, par exemple pour son beau-frère qui meurt d'un cancer de l'estomac mal diagnostiqué, et à des relations médecin/patient qui lui semblent inadaptées. Ses expériences montrent bien à quel point la relation humaine et la capacité clinique sont primordiales. Arrivée en 1958 aux Etats-Unis suite à son mariage, elle entame, alors, une spécialité de psychiatrie.

Avec cette nouvelle fonction, elle intervient souvent auprès des patients en fin de vie. Alors que l'institution lui demande des sédations pour faire taire "la/le" mort, elle s'arrête pour parler avec eux. Mais, elle change d'hôpital ou d'université au gré des mutations de son mari, et c'est à Chicago qu'elle donne ses premiers cours. Elle doit, alors, à la dernière minute, préparer une conférence pour de jeunes étudiants en médecine. Le thème est libre. Fidèle à elle-même, elle envisage de leur parler de la mort, mais elle constate rapidement que, dans les livres de médecine, rien n'est mentionné à ce propos !

Donner la parole pour former

Qu'à cela ne tienne, elle demande à une de ses jeunes patientes cancéreuses de venir dans l'amphithéâtre parler de son vécu aux internes. C'est une première. Elle espère, par ce biais, sensibiliser les jeunes médecins à une pratique que leurs ainés ne connaissent pas et les confronter à la réalité du ressenti. " '*Maintenant, vous réagissez comme des êtres humains et non comme des scientifiques ', leur ai-je dit. Silence. 'Maintenant que vous savez ce que ressentent les mourants, peut-être serez-vous capables de les traiter avec compassion, avec la compassion dont vous-mêmes souhaiteriez bénéficier' "* (Kübler-Ross, 1998, p.162). Cette conférence est accueillie de façon ambivalente : Elisabeth est, à la fois, saluée par certains de ses pairs qui la propulsent « experte de la fin de vie » et très décriée, considérée comme le « Vautour » dans les services de soins.

A l'heure où la médecine tente de marginaliser la mort, elle la remet sur le devant de la scène en ayant même une publication à la Une du *Time* en 1969. L'hôpital où elle exerce n'apprécie guère cette publicité autour de la mort dans une culture où l'on lutte de plus en plus contre l'inéluctable. Son livre *Les derniers instants de la vie* va marquer un tournant dans la prise en charge des patients en fin de vie. Cependant, si les institutions et nombre de ses collègues ne partagent pas son intérêt et ses points de vue sur la mort, les soignants, touchés par sa démarche, viennent de tous les pays pour la rencontrer. Au plus près des malades, ils vivent au quotidien l'abandon des mourants par les médecins intéressés seulement par le « bon » patient. Ils sont confrontés à l'impuissance et trouvent dans les écrits d'Elisabeth Kübler-Ross, une possibilité de faire autrement, un savoir-être loin des technosciences peu ou plus utiles pour les mourants.

Elisabeth Kübler-Ross, au-delà de son discours sur la mort, propose, ici, une nouvelle façon de former les jeunes médecins, les psychiatres et le personnel soignant. Elle met en avant la relation avec le patient comme un élément formateur à l'écoute et à la compréhension de l'être humain. Elle replace le patient, fusse-t-il mourant, au centre du soin.

Synthèse

Ces trois grandes pionnières, Jeanne Garnier, Cicely Saunders et Elisabeth Kübler-Ross, ont quelques points communs. Elles ont, chacune, vécu des événements qui se sont avérés déterminants pour les amener vers une démarche d'accompagnement de la fin de vie. C'est moins une formation universitaire, qu'une vraie confrontation à la réalité de la relation humaine qui entre en jeu pour elles. C'est donc un parcours de vie qui se transforme en parcours de formation tout au long de la vie, qui leur a permis d'élaborer cette approche bien spécifique du patient.

Elisabeth Kübler-Ross, Cicely Saunders, rejointes par d'autres médecins et soignants et psychologues vont mettre en œuvre à travers le monde une nouvelle façon de considérer la mort et d'accompagner les derniers jours de la vie. Avant d'approfondir la création des soins palliatifs en France, nous allons nous pencher sur les définitions des soins palliatifs données par l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle tente de poser une réflexion commune à ce mouvement mondial, au delà des grandes différences culturelles de réactivité et de traitement face à la mort.

B. Définitions de l'organisation mondiale de la santé

Lorsque l'on cherche à définir les soins palliatifs, nous trouvons ces deux définitions, formulées à 12 années d'intervalle, par l'Organisation Mondiale de la Santé. L'une est de 1990, l'autre est de 2002. La première fait suite à de nombreuses prises de conscience et modifications de la vision de l'accompagnement. En effet, cette même année, le rapport 804 du comité d'expert de l'OMS rappelle que face à l'évolution de la prise en charge médicale dans le cadre de la maladie grave et particulièrement du cancer et de la douleur cancéreuse, il vaut mieux adopter, lorsque l'on ne peut plus lutter contre la maladie, une pratique d'accompagnement qui consiste à " *laisser la nature suivre son cours* " sans pour autant raccourcir le temps de la vie. " *La position adoptée par le comité est que, avec l'apparition de méthodes modernes de soins palliatifs, la législation de l'euthanasie volontaire n'est pas nécessaire. Maintenant, qu'il existe une solution possible au problème de la mort sans souffrance, il est préférable de concentrer ses efforts sur la mise en application de programme de soins palliatifs* ". Avant cela, les démarches d'accompagnement de fin de vie, même si elles tendaient à se développer dans de nombreux pays, n'étaient pas clairement reconnues et formulées.

Ainsi, cette première définition trouve sa place dans le paysage médical mondial.

• Définition de 1990

"Les soins palliatifs sont des soins actifs, complets, donnés aux malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif. La lutte contre la douleur et d'autres symptômes et la prise en considération des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels, sont primordiales. Le but des soins palliatifs est d'obtenir la meilleure qualité de vie possible pour les malades et leur famille. De nombreux éléments des soins palliatifs sont également applicables au début de l'évolution de la maladie, en association avec un traitement anticancéreux.

Les soins palliatifs affirment la vie et considèrent la mort comme un processus normal, ne hâtent ni ne retardent la mort, procurent un soulagement de la douleur et des autres symptômes pénibles, intègrent les aspects psychologiques et spirituels dans les soins aux malades, offrent un système de soutien pour aider les malades à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil." (OMS, 1990)

- ***Définition de 2002***

" *Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.*

Les soins palliatifs procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, n'entendent ni accélérer ni repousser la mort, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients, proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil, utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil, peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie, sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge." (OMS, 2002)

Nous pouvons observer l'évolution de la définition des soins palliatifs entre la première, donnée en 1990, et celle 2002 qui reste encore d'actualité. Plusieurs points ressortent.

On observe une montée en puissance de la notion de "qualité de vie" qui est mise au premier plan en 2002. Cette notion s'est fortement développée entre la fin du 20ème siècle et le début du 21ème et est source de nombreuses études et recherche. Elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1994[5] comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement* ».

Cette notion est reprise par les institutions de santé pour privilégier une meilleure prise en charge des patients. Cependant, la qualité de vie est une notion individuelle en lien avec l'intime et les croyances de chacun, et elle est bien difficile à appréhender car il s'agira, dans le cadre d'une institution, donc d'un collectif, de normaliser une certaine qualité de vie qui permettrait à tout le monde de trouver, à l'hôpital, un état de confort satisfaisant. Les soins palliatifs, dans ce contexte, prônent un accompagnement jusqu'aux derniers moments sans accélérer celui où la mort survient et cela dans le respect de la personne.

Cette recherche constante d'une meilleure qualité de vie amène un débat complexe autour de la fin de vie et de l'euthanasie, les soins palliatifs venant créer un espace intermédiaire entre la vie et la mort. D'ailleurs, la définition première de l'euthanasie, du grec « *eu* » bonne et « *thanatos*» mort, revient à dire qu'elle est la « *bonne mort* ».

C'est avec la Seconde Guerre mondiale que l'euthanasie est devenue ce qu'elle est encore aujourd'hui, selon la définition du Larousse [6] « *l'acte d'un médecin qui provoque la mort d'un malade incurable pour abréger ses souffrances ou son agonie* ». La culture des soins palliatifs est venue en réaction dans une période où les patients étaient abandonnés, voire euthanasiés dans les services de soins. C'est à cette période que les cocktails lytiques étaient utilisés sans le consentement de quiconque.

---

[5] Référence : Quality of Life Assessment. The WHOQOL Group, 1994. What Quality of Life? The WHOQOL Group. In: World Health Forum. WHO, Geneva, 1996

[6] Larousse de 2010

Malgré le développement des soins palliatifs, des histoires comme l'infirmière de Mantes-la-jolie existent toujours. Cette infirmière avait pris sur elle la décision d'euthanasier, à leur insu, plusieurs de ses patients âgés, selon un principe de dignité : pour ne pas laisser souffrir l'autre. Ce fait divers date de 1999, c'est à dire plus de dix ans après les débuts des soins palliatifs en France. C'est peut-être en corrélation avec ces différents évènements rencontrés pendant la dernière décennie du 20ème siècle que la définition a été remaniée en 2002. Elle a permis de remettre le vécu du patient au centre des pratiques soignantes et médicales, car si les soignants se positionnent d'un point de vue seulement technique, nous pouvons imaginer que l'euthanasie devient, lui aussi, un acte technique comme un autre. Il ne prend plus en compte la réalité subjective et ambivalente du patient face à la mort. Les soins palliatifs sont, donc, en équilibre entre la « bonne mort » accompagnée, qui ne raccourcit pas le temps de vie, et « l'autre bonne mort » qui consisterait à abréger les souffrances quand l'issue est irrémédiable.

Dans un deuxième temps, ces deux définitions nous montrent aussi qu'il y a une prise en charge beaucoup plus médicalisée qui inclut, s'il le faut, des traitements et des investigations qui n'étaient pas présentes au début des soins palliatifs. Cela pose deux questions : est-ce qu'au début des soins palliatifs, les pionniers avaient, consciemment, mis de côté certaines thérapeutiques et investigations qui ne méritaient plus d'être mises en jeu dans la prise en charge du patient ? Ou est-ce que l'évolution de la médecine a encore fait reculer les limites possibles de la prise en charge ?

Peut-être qu'après plusieurs années de renoncement par rapport à l'accompagnement des mourants, l'instinct des médecins est revenu sur le devant de la scène avec une prise en charge plus invasive, de telle sorte à garder toujours le plus de contrôle possible sur la fin de vie et sur la mort. C'est peut-être à cette période-là que les soins palliatifs sont devenus la « médecine palliative » ? Mais nous pourrons aussi garder une autre définition des soins palliatifs trouvant son sens dans sa simplicité : *« Savoir soigner lorsqu'on ne sait pas guérir »* (Debuis, 2001, p. 19)

Suite à ces définitions, nous pouvons nous attarder sur le développement des soins palliatifs en France et leur organisation tant matérielle que éthique.

1.1.4. Les soins palliatifs en France

Les soins palliatifs modernes ont mis presque 20 ans pour s'installer en France. Partant de l'Angleterre, il a fallu qu'ils fassent un détour par le Canada anglais, puis français pour revenir en Europe et que le modèle proposé par Cicely Saunders prenne sa place en France.

A. Historique

Rappelons-nous, pourtant, que les premiers hospices sont français, issus de la démarche de Jeanne Garnier. Il aura fallu la volonté de nombreux hommes et femmes pour que cette culture retrouve sa place au sein du milieu hospitalier français. Cette démarche nouvelle rappelle le concept développé par Norbert Alter qui parle d' « *innovation ordinaire* ».

- ***Quelques marginaux émettent de nouvelles techniques ou théories***

En effet, la douleur et l'isolement sont le lot de nombreux patients en fin de vie avérée, dans les services hospitaliers. Ils ne sont plus les « bons malades qui guérissent » mais ceux qui souffrent, à qui l'on ne dit rien, de peur de les déprimer encore plus. Un voile noir s'est abattu sur leur vie et la médecine ne peut plus rien pour eux. Pourtant, une prise en charge de la « total pain [7] » existe et est de plus en plus efficace de l'autre côté de la Manche, ce qui va finir par se savoir dans l'hexagone.

C'est le père Patrick Verspieren qui, le premier, rapportera ces prises en charge globales où le soulagement est de mise. Face aux seules « déconnexions[8] » françaises, la prise en charge de la

[7] concept de "total pain" : souffrance globale qui prend en compte la douleur physique, morale, spirituelle, psychologique, sociale et culturelle. Ciceley Saunders (1967)

[8] déconnexions : nous voulons dire par là, sédation profonde ne permettant plus la communication entre le malade et son entourage.

douleur anglo-saxonne est un renouveau. Patrick Verspieren n'est pas médecin, il est jésuite et aumônier des étudiants en médecine à l'hôpital Laënnec, à Paris. Après un voyage d'étude en Angleterre, au St Christopher, il dénonce les pratiques qu'il trouve inadaptées en France et propose un nouveau regard sur les prises en charge de la douleur. C'est en 1973 qu'il effectue ce premier rapport. Cependant, si quelques médecins l'entendent et commencent à se poser des questions sur le développement de certaines pratiques euthanasiques, ses réflexions et son travail restent sans grandes répercussions sur les pratiques médicales. Les médecins français, pour beaucoup, sont très réticents à utiliser la morphine, lui préférant des cocktails lytiques largement dénoncés par la suite pour leur caractère euthanasique. Mais, suite à sa première publication dans la revue *Etudes*, le pouvoir public français nomme un groupe d'expert autour de Patrick Vespieren pour réfléchir à cette problématique. Le groupe prend officiellement position pour le soulagement de la douleur, mais ses recommandations n'entraineront que peu de changement des pratiques médicales. Seuls quelques médecins isolés commencent à développer ces prises en charge. C'est pourquoi, les premiers médecins français, qui pratiqueront les soins palliatifs, créent de l'innovation en modifiant les types de prise en charge des malades. Ils font le choix d'administrer des traitements qui sont jusqu'alors tabous et de verbaliser auprès des patients la réalité de leur situation. Les conflits et les luttes de pouvoir apparaissent dans ce contexte de changement. Certains vont même à l'encontre de l'ordre des médecins pour pouvoir correctement soulager la douleur de leurs patients.


PATRICK VERSPIEREN

« (l'innovation) ne fait que décrire la rencontre tumultueuse entre la création du nouveau et la destruction de l'ancien. Et cette rencontre n'a rien d'un moment, elle est une circonstance durable » (Alter, 2001, p.3)

Construction d'un changement

On constate bien que ces pionniers, des marginaux, ont développé des pratiques et des techniques particulières de prise en charge de la douleur des patients. Celles-ci, dans un premier temps, se fondent sur une prise en charge adaptée de la douleur avec des traitements morphiniques. Dans les années 70, la morphine est encore considérée comme dangereuse et créant des addictions chez les patients. Il n'est donc, alors, pas question de l'administrer pour la prise en charge de la

douleur. Cependant, les études scientifiques effectuées par Cicely Saunders vont faire émerger l'importance de ce traitement et l'amélioration de la qualité de vie lors de sa mise en place.

Au-delà de ces prises en charge médicales spécifiques, un soin particulier est apporté aussi à la relation à l'autre. Celle-ci oblige les médecins à sortir de leur position paternaliste et de surplomb. Les pionniers des soins palliatifs décident, en effet, de descendre de cette position. Ils entrent en contact avec le patient et échangent avec lui sur ses désirs concernant le sens de sa vie, alors que celle-ci arrive inéluctablement à son terme.

La France a déjà plus de 10 ans de retard sur les anglo-saxons et, malgré quelques précurseurs, elle découvre à peine ces nouvelles prises en charge. C'est avec le Docteur Michèle Salamagne que s'ouvrira alors, en 1978, la première consultation de la douleur à Paris, à la Croix Saint Simon.

- ***Des individus qui s'approprient les techniques de façon archaïque***

Puis, en 1984, dans son livre *Face à celui qui meurt*, Patrick Verspieren alerte, à nouveau, l'opinion publique concernant les agissements dans les hôpitaux. Pourtant, les pouvoirs publics et la société ne réagissent pas. Patrick Verspieren dénonce l'euthanasie pratiquée régulièrement dans les services. Les médecins et les soignants qui veulent s'approprier cette nouvelle démarche, qui permet de prendre en charge le patient, sont malmenés et surtout peu entendus. Les institutions hospitalières ne sont pas prêtes à accueillir ce type de service. Les services de soins palliatifs impliquent un grand investissement en personnel soignant et en temps. Ce n'est évidemment pas compatible avec une vision productive et techno-scientifique de la médecine. C'est pourquoi, certains médecins développent d'abord des pratiques de manière marginale et incontrôlée. « *Celui d'une dialectique constante entre innovation et institution. Du point de vue des innovateurs, ils sont condamnés à la déviance au moins le temps que les règles reconnaissent la légalité et la légitimité de leur comportement.* » (Alter, 2001, p.23)

La question de la fin de vie et de la douleur commence alors à être entendue par les pouvoirs publics qui voient se développer ces pratiques spécifiques. Une commission « aides aux mourants »,

présidée par Geneviève Laroque statuera, sur les conditions du mourir en France et sera à l'origine de la circulaire Laroque, publiée le 26 août 1986. Celle-ci est relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale. Elle met en lumière la nécessité de créer une solidarité humaine qui permette aux personnes mourantes de pouvoir être accompagnées de manière adaptée, avec une prise en charge de leur douleur et un accompagnement de leur famille. Et elle permet d'aborder pour la première fois, la question des soins palliatifs et de modéliser, en partie, celle de leur organisation en fonction des différents lieux possibles d'interventions. (hôpital, long séjour, réanimation, fin de vie à domicile...) « *Le passage de l'invention à l'innovation n'a donc rien de mécanique, d'immédiat et de linéaire. Il représente le début d'une histoire qui fait échec à l'absurde. Ça n'est que progressivement que les acteurs se mobilisent : parce qu'ils parviennent à apporter un sens à l'invention initiale. Cet apport suppose de transformer la décision en incitation. »* (Alter, 2001, p.69)

Cette circulaire va modifier en profondeur la démarche de soins car elle prône la mise en place de services de soins dédiés aux palliatifs et qui devront être des services de référence, de formation et de recherche, ceci dans l'optique de développer de tels soins. Mais, *« contrairement aux « hospices » du Royaume-Uni, qui ont servi de modèle, les soins palliatifs doivent être dispensés à proximité d'un plateau technique suffisant. Ces structures sont essentiellement hospitalières.»* (Delbecque, 2001, p. 39)

Déjà, nous pouvons nous questionner sur la place de la médecine et de la technique dans cette injonction de toujours travailler avec le plateau technique nécessaire. Il est peut-être déjà annonciateur des nouvelle prises de pouvoir de la médecine sur le soin pur. Il ne peut se passer du technique. C'est une divergence importante avec les pratiques anglo-saxonnes qui ne s'associent pas systématiquement à un plateau technique pour les prises en charge palliatives, mais cela montre bien la volonté française de garder une mainmise médicale sur les prises en charge de fin de vie.

Suite à cette circulaire, la première unité de soins palliatifs va ouvrir ses portes, en 1987, à l'Hôpital de la Cité Universitaire, sous l'impulsion du Docteur Abiven. Pour cette ouverture, il est largement soutenu par les pouvoirs politiques en place et c'est aussi grâce à la présence de nombreux bénévoles de l'ASP (Association de Soins Palliatifs) que ce service pourra fonctionner de manière optimale, chacun trouvant sa place et communiquant les uns avec les autres sans discrimination de

statut. Des lors, l'USP de l'Hôpital International de la Cité Universitaire devient rapidement un centre de référence et de formation en soins palliatifs.

On peut facilement imaginer que, dans un premier temps, certaines prises en charge de soins palliatifs n'ont pas semblé cohérentes pour les médecins et les soignants qui les pratiquaient. Cependant, face à la souffrance des patients, ils ont pu rapidement œuvrer dans une recherche de sens et d'accompagnement qui a permis le soulagement de cette douleur que l'on nomme la Douleur Totale. En permettant ce soulagement et en offrant plus de confort au patient, les pionniers peuvent orienter positivement leur pratique et continuer à créer la nouveauté dans une réalité de terrain. Les processus observés dans l'action des pionniers en soins palliatifs permettent d'envisager cette création, à la fois comme une innovation mais aussi une avancée dans la construction de sens de la prise en charge des soins palliatifs. «*L'action innovatrice s'appuie sur des croyances ; ces croyances représentent un code commun permettant aux individus et au groupes de s'engager dans les processus de diffusion de l'innovation, bien plus que ne le font les analyses rationnelles »* (Alter, 2001, p.39). Ainsi, la pratique palliative commence à trouver une vraie reconnaissance institutionnelle et elle va perdurer avec la mise en place d'espaces de formation universitaire.

• *Stabilisation des règles du jeu avec une perte de la poussée novatrice*

1989 est une année importante dans l'évolution des soins palliatifs en France. C'est l'ouverture du premier diplôme universitaire à la faculté de Bobigny (Paris XIII) et aussi la création de la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs). Cette société regroupe près de 350 associations dont le but est de promouvoir les soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie.

> « *La SFAP c'est la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, association loi 1901 reconnue d'utilité publique. C'est une société savante pluridisciplinaire associant professionnels (libéraux, hospitaliers, enseignants universitaires) et bénévoles. Notre objectif : favoriser le développement et l'accès aux soins*

palliatifs. La SFAP, aujourd'hui, fédère plus de 10.000 soignants et près de 350 associations d'accompagnement de bénévoles. [9] »

En 1990, l'Association Européenne de soins palliatifs (European Association of Palliative Care) voit le jour et, lors de son premier congrès, François Mitterrand - alors Président de la République - déclare : *« Pour que notre société soit inspirée par la leçon et la philosophie des soins palliatifs, afin que désormais, partout où l'homme meurt, on sache approcher la mort autrement* [10] *»*. La volonté des pouvoirs publics et la démarche de quelques pionniers mettent en marche une nouvelle démarche dont les soignants se saisissent facilement. En effet, l'infirmier ou l'aide-soignant se retrouvent directement dans cette approche centrée sur la personne, car elle met en exergue leur valeur du prendre soin. Cette approche, par contre, semble moins évidente pour les médecins qui doivent se confronter à une autre façon de rencontrer le malade et apprendre de nouvelles prises en charge médicamenteuses qui jusqu'à maintenant, non seulement n'étaient pas préconisées, mais, de plus, étaient taboues.

« Au fur à mesure que se développe l'innovation, il existe ainsi de véritables métamorphoses culturelles, des apprentissages considérables, mais tout autant des blessures et des replis identitaires, signe d'une incapacité à changer ou d'une lassitude à trop changer. » (Alter, 2001, p.3)

À compter de 1991, la reconnaissance de la démarche palliative est de plus en plus complète grâce notamment aux différents textes officiels suivants :

- la loi de la réforme hospitalière n°91-748 du 31 juillet 1991 fait des soins palliatifs une nouvelle mission des établissements de santé.
- la loi n°99-477 du 9 juin 1999 garantit le droit d'accès aux soins palliatifs : « *toute personne malade, dont l'état le requiert, a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement* ». Cette loi instaure aussi le congé d'accompagnement, non rémunéré, pour un proche d'une personne en fin de vie et ce pour une durée maximale de trois mois, sans risque de perte d'emploi, après accord avec l'employeur,.

---

9 Référence SFAP: http://www.sfap.org/rubrique/la-sfap

10 Premier congrès EAPC, Paris 1990 référence SFAP : http://www.sfap.org/rubrique/histoire-de-la-sfap

- le premier plan triennal 1999-2001 dirigé par Mr B. Kouchner permet notamment la création d'Equipes Mobiles de Soins Palliatifs et redéfinit leurs missions au sein des établissements de santé
- le programme national de développement des soins palliatifs, sur la période 2002-2005
- la circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/2002 n° 2002/98 du 19 février 2002 précise l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement à domicile et en établissement, elle propose, aussi, la constitution de réseaux pour assurer la complémentarité des actions entre le domicile et l'hôpital.
- la conférence de consensus Agence Nationale Accréditation et d'Evaluation de la Santé de janvier 2004, sur l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches, conduit à la rédaction d'un guide des bonnes pratiques d'une démarche palliative au sein des établissements de santé.
- la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Léonetti, renforce le principe d'autonomie de la personne avec la notion de consentement libre et éclairé. Cette loi reconnaît notamment le refus de l'"obstination déraisonnable" et les notions de personne de confiance et de directives anticipées.
- la loi du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs dont les circulaires n° DHOS/02/2008/99 et DHOS/O2/O3/CNAMTS/2008/100 ont servi de référence pour organiser et financer le développement des soins palliatifs pour le plan 2008-2012.
- 2013-2016 : Proposition de loi et loi définitive concernant les nouveaux droits en faveur des malades et personnes en fin de vie. Cette loi reprend la question des procédures collégiales pour le recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès (Décret n° 2016-1066 du 3 août 2016), ainsi que la question des directives anticipées et de la personne de confiance qui permet au malade de faire savoir ses recommandations en cas de perte de capacité à communiquer. (Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016)
- 2017 : "Les modalités de mise en oeuvre des décisions d'arrêt de traitement chez les personnes hors d'état d'exprimer leur volonté", rubrique Jurisprudence Santé / Droit

Médical - Petites Affiches - 4 Aout 2017 - N°155 Article de Yves-Marie Doublet, chargé d'enseignement à l'Espace éthique de l'AP-HP. [11]

« *La plupart des observateurs du monde du travail (...) acceptent l'idée de l'existence d'un décalage entre ce qu'il est maintenant convenu de nommer le travail « prescrit » et le travail « réel ». Le premier correspond aux activités, procédures et objectifs tels qu'ils sont formalisés dans les définitions de poste et les règles de travail, dans tous les documents issus des services de l'organisation de l'entreprise. (...) Le second type de travail, le travail « réel », représente l'activité réellement mise en œuvre par les opérateurs pour réaliser leurs tâches. Cette activité est bien différente de celle qui est « prescrite ». Elle se traduit, par l'élaboration de savoir-faire techniques, par la mise en œuvre de réseaux de relation, par l'interprétation des prescriptions, par la prise de risques ou tout simplement par une multitude de petites initiatives. (...) Il existe une part d'auto organisation, d'organisation informelle, de régulations plus ou moins clandestines qui permettent de faire mieux son travail qu'en appliquant les règles de prescription. Les opérateurs prennent concrètement en charge la réalité des contraintes de travail et d'organisation.* » (Alter, 2001, p.55)

Avec le temps, la poussée des pouvoirs publics et la volonté des médecins et des soignants de se regrouper, l'innovation se transforme en un fait de société accepté par le plus grand nombre. La reconnaissance scientifique des soins palliatifs par des sociétés savantes et par les universités de médecine lui donne une place institutionnelle qui lui demande une certaine rigueur, ne prenant plus guère en compte les aspects inter-humains émergents dans les prises en charge de soins palliatifs. La formation universitaire fige ainsi une position et les différents guides des bonnes pratiques accélèrent cette fixation. Cela laisse moins de place à ce mouvement en perpétuel questionnement.

Pratique réflexive et expérientielle

De plus, pour l'enseigner, il faut l'écrire, le formaliser, l'institutionnaliser et lui donner une figure normative permettant le transfert de connaissances. Mais, cette orientation ne prend plus vraiment en compte la part importante du savoir expérientiel relationnel et éthique de cette discipline, car c'est dans l'échange réflexif entre soignants et en partenariat avec les patients que les soins palliatifs se créent ; un peu comme Cicely Saunders l'avait rêvé avec David Tasma. Cela évoque une expérience bien spécifique représentative d'une pratique qui ne peut s'écrire, ou bien

[11] référence site de la SFAP : http://www.sfap.org/rubrique/les-documents-et-les-textes-officiels

difficilement, dans « les bonnes pratiques ». Par exemple, si, dans une institution hospitalière, les animaux ne sont pas admis, il est vrai que bon nombre d'entre eux ont pu entrer dans les services de soins palliatifs pour un dernier au revoir avec leur maître. Cette expérience ne peut évidemment se formaliser, mais elle est caractéristique d'un mode de prise en charge proche du patient et en lien avec ses désirs et besoins.

En parallèle de ce développement des soins palliatifs et des bouleversements engendrés par de telles pratiques, nous constatons que les premiers médecins intervenant en ce domaine en France, comme les pionnières que nous avons présentées, ont un parcours de vie particulier apportant un éclairage possible au positionnement spécifique de ces médecins. Ce sont souvent des parcours de vie qui ont été plus ou moins brutalement en contact avec la mort. C'est peut-être par ce biais qu'ils ont pu se confronter à la souffrance de l'autre avec la plus grande humanité. On notera, ici, la part de l'expérience de vie via les épreuves endurées, et c'est dans le "conflit" au sens piagétien[12] du terme que l'apprentissage peut se faire.

B. Des "Unités de Soins Palliatifs" aux lits dédiés

Depuis la fin des années 70, le nombre de décès à l'hôpital a considérablement augmenté, les courbes se sont inversées à leur profit et au détriment de la mort à la maison. Cela correspond à près de 60% des décès. C'est à dire qu'un événement qui se faisait en famille autour du patient, s'est retrouvé dépersonnalisé dans un contexte hospitalier.

C'est dans ce contexte que les services de soins palliatifs se sont développés avec une volonté de prise en charge adaptée de la douleur et de la souffrance globale. Cependant en 1992, il n'y avait encore que 54 USP ouvertes ce qui correspond à 576 lits, soit une offre de 9000 séjours de 3 semaines. Aujourd'hui, la SFAP dénombre 157 USP, 426 EMSP, 2 EMSP Pédiatrique et plus de 5000 lits identifiés soins palliatifs. [13]

---

[12] En référence à Jean Piaget, psychologue qui théorise sur le développement psycho-cognitif de l'enfant (XXè siècle)

[13] Référence août 2017 SFAP : http://www.sfap.org/rubrique/en-quelques-chiffres

Cette offre n'est évidemment pas suffisante pour prendre en charge les milliers de décès qui surviennent en France chaque année. Les inégalités sont importantes et ce sont majoritairement les patients cancéreux qui bénéficient des soins palliatifs, car ces derniers se sont développés en même temps que la prise en charge de la douleur cancéreuse. Si, dans les débuts des soins palliatifs, ils étaient uniquement réservés à la fin de vie, nous avons pu observer une évolution du moment de prise en charge. Ce concept s'est lentement décalé vers ce que l'on appelle le "soin de support" et s'est fortement attaché à la prise en charge du patient cancéreux, excluant souvent les autres patients en fin de vie. C'est donc bien du côté des services de cancérologie que ces prises en charge se sont surtout développées. D'ailleurs, nous constatons que les plans triennaux ministériels relatifs au cancer et aux soins palliatifs se confondent à partir des années 2000. (plan cancer 2003-07, 2009-13)

> *« Il s'agit de l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves.*
>
> *Cette approche globale de la personne malade suppose que l'ensemble des acteurs de soins impliqués en cancérologie prennent en compte la dimension des soins de support dans la prise en charge de leurs patients, y compris en terme de continuité des soins.*
>
> *Le projet de soin vise donc à assurer la meilleure qualité de vie possible aux patients, sur les plans physique, psychologique et social, en prenant en compte la diversité de leurs besoins, ceux de leur entourage et, ce, quels que soient leurs lieux de soins.*
>
> *Les soins de support ne sont pas une nouvelle spécialité mais se définissent comme une organisation coordonnée de différentes compétences impliquées conjointement aux soins spécifiques oncologiques dans la prise en charge des malades. »*[14]

C'est ainsi qu'une pratique de service nécessitant une certaine culture, du temps et des ressources importantes, se délocalise vers des services de médecine et de cancérologie, qui ne peuvent pas développer les moyens adaptés. Il est alors demandé aux soignants de faire des soins palliatifs sans y être formé ni en avoir de temps dédié. Les lits sont, en effet, identifiés sans temps associé. Le

[14] Circulaire ministérielle DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

professeur Bernard Glorion président du Conseil National de l'Ordre des Médecins affirme dans ce sens : *« Il faut ... introduire la notion que le soin palliatif est un état d'esprit et un comportement avant d'être un lit ... »*

La société se heurte donc à la nécessité de développer une pratique indispensable au confort des malades. Elle le fait avec un personnel manquant de formation, un déplacement de la prise en charge vers des services auxquels on ne donne pas les moyens de l'assurer, tout en développant une image de façade sous forme de lits dédiés. C'est, d'ailleurs, parfaitement illustré par le passage de cet article rédigé dans le manuel de soins palliatifs : *«Les responsables de formation des professionnels de santé, médecins, soignants, administratifs, ne se préoccupent pas de dépasser l'enseignement nécessaire scientifique, technique et administratifs pour les initier à la souffrance, à la psychologie, aux modes relationnels et au travail en équipe pluridisciplinaire et enfin, à une culture de soins palliatifs, de santé publique et de références déontologiques actuellement négligées. »* (Delbecque, 2001, p.49)

Ainsi, nous observons bien ici l'évolution d'une prise en charge. Elle débute sous l'impulsion de quelques hommes et femmes qui souhaitent voir émerger une nouvelle prise en charge du patient mais la reprise de cette culture par les organismes de santé dénature son sens et la relègue à un catalogue de bonnes pratiques[15] ne prenant pas en compte la singularité de l'individu, ce contre quoi luttent encore les acteurs de la prise en charge palliative. « L*'approche palliative ne conteste pas la pertinence des études randomisées en double aveugle, des recommandations de bonnes pratiques établies à partir des publications médicales ou des conférences de consensus. Mais l'approche palliative tend à valoriser la singularité de la situation au sein d'une rencontre intersubjective* » (Mallet, 2009, p 983)

Les soins palliatifs se développent à un niveau national avec un cadre institutionnel plus ou moins nécéssaire. Cependant, il faut garder à l'esprit que les soins palliatifs, c'est avant tout un état d'esprit, une culture, une éthique voire même une "philosophie" pour un grand nombre de soignants. "*L'adjectif "philosophos" qualifie la personne qui aime, recherche, pratique une science ou un art, quel qu'il soit*" (Rey, A, 2016), c'est pourquoi, je vais aborder la notion de "philosophie" des soins

[15] Guide des bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissement, avril 2004. référence SFAP : http://www.sfap.org/document/guide-de-bonnes-pratiques-d-une-demarche-palliative

palliatifs, comme étant la démarche de personne qui aime, qui cherche et qui pratique l'art de l'accompagnement des personnes en fin de vie.

C. La philosophie des soins palliatifs

"Philosopher, c'est apprendre à mourir"

Montaigne

Il est important de remettre le développement des soins palliatifs dans le contexte médical de l'époque. La médecine techno-scientifique, en pleine progression, morcelle l'être humain et le réduit à un organe malade. Dans les années 70 plus particulièrement, suite aux grandes réussites de l'antibiothérapie et des traitements chirurgicaux, il est facile de céder à la toute-puissance médicale qui, par là, s'accentue. Cependant, cette façon d'aborder le patient ne permet pas à ce dernier de devenir acteur du soin, et ce d'autant moins s'il devient « le mauvais malade ». («le mauvais malade» est celui qui ne guérit pas et qui est douloureux). Les médecins n'ont pas de réponse à lui apporter, ils préfèrent donc l'éviter. Les soignants, au plus proche du malade, ne peuvent être dans cet évitement et sont confrontés à cette souffrance globale. C'est pourquoi Cicely Saunders, au fait de ces tabous et de cet abandon, développe des convictions éthiques d'accompagnement. Celle-ci sont reprises comme suit, dans le M*anuel de soins palliatifs*, dans les deuxième et troisième édition par Marie-Louise Lamau (2001 et 2009).

• *Le devoir de non-abandon du patient*

C'est une conviction éthique fondamentale dans les représentations de Cicely Saunders. Elle en ressent l'importance lorsqu'elle accompagne David Tasma au début de sa pratique. Cela devient, pour elle, une évidence de tout mettre en œuvre afin que les patients, malgré leur situation dramatique, ne soient pas abandonnés au fond d'un couloir d'hôpital.

- ***Une sollicitude inventive***

Il ne s'agit pas seulement de ne pas abandonner le patient. Encore faut-il mettre en œuvre tout ce qu'il est possible de faire afin de le soulager, tant d'un point de vue physique que psychique. Cela nécessite une inventivité qui se forge à tous points de vue. Dans les services de soins, tous les sens sont interpellés : de beaux tableaux, des parfums ou de la musique. Encore aujourd'hui, on trouve cette dynamique dans de nombreux services de soins palliatifs : les goûters musicaux auxquels les familles des patients sont conviées, l'aromathérapie, les massages bien-être. Tout ce qui peut créer du sens et du confort pour cette fin de vie. Ce sont donc de nouvelles compétences que les soignants, le médecin, ou les psychologues sont amenés à développer. Selon Marie-Louise Lamau : *« cette sollicitude nous semble avoir comme deux faces : une grande exigence professionnelle, l'appel à une juste présence. »* (Lamau, 2001, p.19). Travailler en soins palliatifs ne consiste, donc, pas seulement à tenir la main des mourants. Il faut adapter le cadre et développer des compétences techniques et relationnelles extrêmement importantes.

- ***Une excellence professionnelle qui refuse la démesure***

On reprend régulièrement les mots de Cicely Saunders : « *les soins palliatifs, c'est tout ce qu'il reste à faire quand il n'y a plus rien à faire.* » Lorsque la médecine est confrontée à son impuissance à guérir, il faut donc qu'elle mette en œuvre toute sa capacité à soulager la souffrance physique et morale. Améliorer le confort, donner du sens à la fin de vie, redonner le goût de vivre les derniers instants nécessitent eux aussi, de la part du personnel une grande inventivité et une capacité d'innovation sans cesse à renouveler. Cependant, cette recherche de confort et d'amélioration des derniers instants ne doit pas devenir une démesure de la prise en charge de la fin de vie. Il est important alors, ici, d'accepter la réalité, la réalité de la mort qui va survenir dans les heures, dans les jours ou dans les semaines qui viennent. Cela implique l'acquisition de compétences scientifiques importantes, mais aussi de connaissances éthiques indispensables. Ce positionnement est d'une exigence exemplaire. Il faut que le médecin ou les soignants puissent déterminer l'importance et la nécessité d'un traitement, afin que ce dernier reste adapté et ne devienne pas l'occasion d'un acharnement thérapeutique. Nous pouvons prendre comme exemple, ici : les transfusions sanguines. Si la transfusion peut avoir du sens pendant une certaine période de la prise

en charge palliative du patient (amélioration du confort respiratoire, patient percevant un regain d'énergie), elle peut devenir, à long terme, un traitement invasif qui génère des effets secondaires délétères.

Peut-être que ce qui permet la juste mesure entre ces extrêmes dépend de la relation entretenue avec le patient et de la communication qui a été mise en place afin de déterminer la prise en charge la plus ajustée. Ainsi, le soignant (au sens de tous les acteurs de la prise en charge palliative) doit adapter son savoir-être.

- ***Une juste présence***

On trouve régulièrement dans les manuels des soignants, des médecins, ou même pour les psychologues, la question de la « bonne distance ». Les soins palliatifs impliquent plutôt une bonne proximité ou une juste présence. Cela ne consiste pas à se faire happer dans le monde et la souffrance du patient. Cela consiste, peut-être, à créer un espace intermédiaire entre le monde du patient et le monde du soignant. Cet espace permet de co-construire une relation de soutien et d'accompagnement. Le soignant peut, alors, être touché par le vécu du patient et bâtir avec lui une prise en charge adaptée à son histoire et ses besoins.

- ***Une certaine qualité de regard***

Dans le regard du soignant, le patient doit pouvoir se voir, aussi, tel qu'il a été et non seulement tel qu'il est maintenant dans ce corps mutilé et épuisé. Il faut pour cela aller au-delà des apparences et aller à la rencontre de l'histoire des patients. La culture des soins palliatifs peut se résumer ainsi : la capacité à prendre en charge globalement le patient. Il ne se réduit pas à un corps malade, un organe abimé ou cancéreux. Il est considéré dans la totalité de son histoire, de son vécu et de ses relations sociales et familiales. Le soignant de soins palliatifs doit donc accéder à l'essentiel de cette histoire pour porter un regard nouveau sur le sens à donner à cette fin de vie, ceci en accord avec le patient lui-même. Cette démarche va à l'encontre des pratiques médicales survenues après la seconde Guerre Mondiale et jusqu'à nos jours. Le jeune praticien est formé à soigner des organes malades. Il apprend à faire une anamnèse, c'est à dire qu'il retrace le parcours médical du patient mais ne

connaît pas nécessairement son histoire de vie (les évènements importants d'un point de vue psychologique et personnel). Travailler en soins palliatifs va obliger le soignant à se confronter à cette réalité nouvelle, et expérimenter la relation à l'autre. Pour pouvoir faire cela en toute sérénité et sécurité, le jeune médecin, le médecin senior ou le soignant doivent s'appuyer sur le travail d'équipe. La pratique des soins palliatifs est alimentée par le travail interdisciplinaire qui doit se faire en cohérence et en complémentarité.

• *L'importance d'un compagnonnage*

Il ressort ici l'importance d'un compagnonnage[16] pour pouvoir travailler en soins palliatifs. Chaque membre de l'équipe va s'appuyer sur le travail de l'autre. Chacun apporte ses compétences et ses qualités. Dans un tel cadre, Cicely Saunders considérait qu'il n'était pas nécessaire d'avoir de hiérarchie. Chacun trouve sa place en fonction de ses compétences et dans un respect mutuel. C'est pourquoi, le psychologue a vite trouvé sa place dans une unité de soins palliatifs, car ces derniers fonctionnent selon une démarche sciences humaines dans laquelle les psychologues sont nécessairement à l'aise. De plus, les psychologues ont été, dès l'ouverture des USP, présents et écoutés dans ce compagnonnage qui permet à chacun d'évoluer au plus près du patient.

Pour Cicely Saunders, il paraît impossible d'accompagner correctement un patient dans un contexte de conflits de pouvoir et d'incompréhension généralisée. C'est donc en lien avec cette idéologie et l'histoire de Saunders que la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité se sont mises en place dans les USP, comme une condition *sine qua non* à leur bon fonctionnement.

Nous l'avons vu, les soins palliatifs sont, d'abord et avant tout, une "philosophie", ou une éthique qui s'est développée, au départ, en fonction des convictions éthiques de Cicely Saunders, en lien avec une pratique au quotidien du travail en interdisciplinarité. Ce n'est, donc, pas juste un service ou des lits dédiés. Il ne suffit pas non plus d'augmenter le nombre de soignants pour faire du soin palliatif.

---

[16] Etymologiquement vient de cum (avec) et panis (pain), (nous retrouvons les mêmes racines qu'accompagner). Le mot a évolué avec le temps, passant de celui qui vit et partage ses activités avec quelqu'un à l'utilisation suivante : la personne qui accompagne quelqu'un et particulièrement dans la locution "compagnon de … " de survie, de galère…

Au début des premières USP, les soignants travaillaient sur la base du volontariat et une période d'adaptation était proposée avec un soignant expérimenté pour se familiariser à la démarche et aussi apprendre à travailler en binôme. Aujourd'hui, les soignants peuvent être parachutés dans les services de soins palliatifs sans en avoir fait la demande et sans avoir un minimum de formation.

> *« Dans le mouvement des soins palliatifs, le malade n'est pas réduit, comme trop souvent à l'hôpital, à son organe malade. Il est envisagé dans sa totalité organique et psychique. Il est, certes, seul à mourir ; il n'est pourtant jamais appréhendé comme un être isolé, mais bien comme un membre de la communauté, perçu comme au centre d'un nœud de relations. C'est ici que la prise en charge par une équipe pluridisciplinaire, élargie à des bénévoles et à des ministres du culte trouve sa place. Elle seule peut prendre soin de la personne dans toutes ses dimensions. » (Lamau, 2001, p.17)*

Ainsi, le patient tient une place particulière dans la dynamique des soins palliatifs, il en est le centre et l'acteur principal. Il est à l'origine du compagnonnage de tous. L'idée étant de centrer la prise en charge pluridisciplinaire sur ses besoins, mais aussi de lui permettre de décider pour lui-même ce qui lui semble être le meilleur.

> *« Acceptation de la mort comme destin de l'homme avec le refus corrélatif de l'activisme thérapeutique que ceci implique et, en même temps, respect et maintien de la vie autonome de la personne jusqu'au bout ;*
>
> *Exercice intense de la solidarité interhumaine et de l'approche interdisciplinaire, et pourtant, appel au meilleur et au plus personnel de chacun ;*
>
> *Lutte efficace et inventive contre la douleur physique et autres symptômes désagréables, alliée à la conviction que rien ne se fera sans l'intervention du patient lui-même tout comme à celle de la possible incapacité du soignant à supprimer la souffrance psychique. »* (Lamau, 2001, p.18)

M-L. Lamau résume dans ces quelques lignes la démarche des soins palliatifs, le « prendre soin » étant au centre de la pratique. Cependant, nous constatons que cette démarche trouve difficilement sa place dans l'institution. Elle est reconnue comme une pratique nécessaire à la reconnaissance de

la mort dans la société, mais elle semble rester à une place moindre car elle ne correspond pas à la norme actuelle prenant en compte les actes payants dans les institutions hospitalières. Les soins palliatifs coûtent chers dans les hôpitaux et ils ne rapportent pas. Par contre, ils permettent de valoriser une approche que l'on voudrait humaine de l'hôpital. Un service qui a des lits dédiés ne peut pas être mauvais en ce qui concerne les prises en charge de fin de vie. Et pourtant, cette vision peut être questionnée, voire remise en cause dans certains établissements ou les LISP ne seront qu'une vitrine de bonnes pratiques sans pour autant appliquer l'approche indispensable à la rencontre avec la personne en fin de vie.

Synthèse

Nous avons observé les évolutions des soins palliatifs dans le temps et dans leurs grands principes. Nous avons identifié que des personnalités hors du commun étaient à l'origine d'une pratique singulière et spécifique qui semble cependant évidente, mais qui a dû retrouver ses lettres de noblesse dans le milieu hospitalier et médical.

La France, de son côté, a mis plusieurs années avant d'intégrer cette pratique alors qu'elle en avait l'essence même au 19ème siècle avec les hospices de Jeanne Garnier. Il aura fallu l'impulsion de pionniers qui, eux-mêmes, avaient eu une expérience particulière de la vie et de la mort pour qu'ils puissent être à l'origine de cette démarche et lui permettre de se développer à travers l'hexagone. Aujourd'hui, la place des soins palliatifs dans les institutions est toujours fragile, voire reste encore méconnue de certains services et de certaines pratiques soignantes et médicales. Encore de nos jours, psychologue intervenante extérieure dans une unité récemment créée dans la région, je constate l'acculturation toujours existante.

Expérience récente

Nous venons de brosser les fondements de concepts en lien avec la mort et les soins palliatifs, ils nous permettent de mieux appréhender le contexte dans lequel le psychologue peut intégrer une équipe et y trouver une place centrale pour apporter un regard extérieur à l'institution médicale et soignante. C'est un partenariat, comme nous l'avons évoqué, qui se met en place, c'est une co-

construction de savoirs nécessaires à l'accompagnement de la personne en fin de vie. C'est pourquoi, dans une deuxième partie, nous allons nous attarder sur la question de "la psychologie"[17] et des psychologues.

1.2. Du côté de la psychologie

Puisque nous allons parler des psychologues cliniciens, présentons d'abord la discipline de référence : la psychologie. Je fais le choix, ici, d'aborder la naissance de la psychologie dans son aspect “clinique", c'est à dire dans son rapport à soi et dans son aspect relationnel plutôt que dans son orientation expérimentale qui recherche une certaine forme de "scientificité" et de reconnaissance auprès des milieux médicaux, par le biais du quantitatif. J'aborde donc la question de la psychologie dans son aspect clinique thérapeutique au sens maïeutique [18] et qualitatif du terme se rapprochant de la casuistique.

1.2.1.La psychologie dans l’Antiquité

La psychologie n'est pas une science ancienne. Elle existe dans sa forme actuelle, c'est à dire comme un savoir dissocié des autres sciences, depuis à peine un siècle. Pourtant, elle prend racine très tôt dans l'histoire de l'humanité, elle a été pendant longtemps une branche de la philosophie.

On retrouve sa trace dans l'écriture d'Homère qui, en utilisant le “psyché", exprime le souffle qui marque la présence de l'âme dans le corps de l'Homme. Dans cette définition-là, on ne parle pas des fonctions psychiques, car, selon Homère, l'Homme est dépourvu de cette conscience de soi avec une volonté et des désirs propres.

---

[17] Nous pourrions dire, ici, les psychologies tant elles sont variées et complexes.

[18] Vient du grec maieutiké : art d'accoucher quelqu’un. Est particulièrement utilisé lorsque l'on parle de l'enseignement de Socrate qui faisait accoucher l'esprit de ses interlocuteurs.

Selon Jean-François Braunstein et Evelyne Pewzner, les premiers concepts psychologiques apparaissent en 500 avant JC avec Anaxagore qui "*concevait l'intelligence comme une fine substance de pensée" et Empédocle qui parle des émotions comme étant "des forces motrices"*. Mais, petit à petit, la conception de la pensée de l'homme se déplace d'une vision matérielle et extérieure à lui-même à un homme qui prend conscience de lui, s'observe et s'analyse. Si ce sont les grecs qui, en premier, abordent ces questions de la psyché, c'est avec Platon que le concept de dichotomie d'âme prend tout son sens. ce concept de dualité âme-esprit imprègne encore, de nos jours, la pensée occidentale.

C'est au grand siècle de la Grèce antique, toujours au 5eme siècle avant JC, que l'homme s'intéresse à son intériorité par le biais des tragédies antiques. C'est une période où l'on s'interroge sur le fonctionnement des conduites humaines et les sentiments. Si, dans les écrits d'Homère, il y a une part ne relevant pas uniquement de l'humanité et laissant une place à la divinité dans la tragédie humaine, c'est avec la tragédie grecque que l'homme a commencé à questionner ses ressentis et ses états d'âme. Il n'est, d'ailleurs, pas anodin que de grandes tragédies, comme Oedipe Roi de Sophocle, aient servi de base à la réflexion psychanalytique.

Ainsi, il est difficile de trouver le commencement de la psychologie car, comme le mentionne Ohayon A. (2006, paragraphe 3), « *la chose précède souvent le nom, le nom ne désigne pas toujours la chose* ». La psychologie clinique se confond donc, pendant des siècles, avec la philosophie, la tragédie et la pratique médicale clinique.

1.2.2.La psychologie à l'aube du 20 ème siècle

Aujourd'hui, les historiens de la psychologie s'accordent à dire qu'elle émerge de façon nette à l'aube du 20ème siècle dans plusieurs pays occidentaux. On peut retrouver les traces d'une première revue portant le nom de psychologie : "*Revue de psychologie clinique et thérapeutique*", qui est une revue créée en 1897 par deux médecins aliénistes : Paul Hartenberg et Paul Valentin. Cette revue restera assez confidentielle et l'on constatera qu'elle est plus orientée vers la clinique médicale.

Les débuts de la psychologie, aux Etats-Unis, sont marqués par le travail de Lightner et Witmer qui sont à l'origine de la première « clinique psychologique », en 1896. C'est un lieu imaginé pour prendre en charge les enfants délinquants. Nous sommes, là encore, à quelques années du début du 20ème siècle. En Autriche, à cette même époque, Freud et sa psychanalyse rencontrent le même intérêt. Nous pouvons constater que ces deux approches n'essayent pas de systématiser des lois générales, mais prennent en compte l'aspect individuel et approfondi de la prise en charge de la personne. Mais pourtant, il y a une certaine ambiguïté à la création de la psychologie car elle est souvent à la frontière de la médecine, du pathologique ou de l'anormal. La médecine a du mal à la reconnaître comme une discipline qui pourrait se séparer d'elle. Ohayon (2006, p10) reprend l'ambiguïté de Witmer qui, selon elle, définit « *la psychologie clinique tantôt comme le domaine propre d'un professionnel encore à venir, tantôt comme le domaine du psychiatre, du travailleur social, du pédagogue ou du psychologue.* ». Nous constatons que c'est une notion complexe qui regroupe divers aspects prenant en compte la philosophie, une pratique professionnelle, une attitude méthodologique et une rencontre interhumaine.

1.2.3.Prémices de la psychologie en France

En France, l'émergence de la psychologie clinique viendra après la seconde Guerre Mondiale, avec Daniel Lagache, qui regroupe dans une même personne : le médecin, le psychologue et le psychanalyste. Cet aspect est important pour l'émergence de la psychologie clinique en France car elle aura du mal à trouver sa place entre médecine et psychanalyse, bien que Daniel Lagache ait tenté de créer un espace de réflexion englobant toutes les disciplines proches de la psychologie. Il essaye de concevoir à la fois une profession et une discipline des sciences de l'Homme. Il part d'une définition donnée par Freud à son ami Fliess (lettre du 30 janvier 1899) «*Maintenant que la connexion avec la psychologie telle qu'elle se présentait dans les Etudes sort du chaos, j'aperçois les relations avec le conflit, avec la vie, avec tout ce que j'aimerais appeler psychologie clinique* ». On pourra observer que les travaux de Freud trouveront un écho en France, avant la première Guerre Mondiale, ce sont les médecins qui s'emparent de cette discipline et c'est à partir de ces

approches, sans pour autant mettre de côté les travaux américains, que Daniel Lagache va bâtir la psychologie française.

Ainsi, la Seconde guerre mondiale envoie Daniel Lagache travailler à Clermont-Ferrand : son université de Strasbourg est délocalisée là-bas pendant l'occupation. Il développe à cette période une activité universitaire et pratique intense. Il crée une consultation médico-psychologique pour les jeunes délinquants. Ce lieu lui permet de pratiquer l'examen psychologique et d'introduire, en France, le test de Rorschach qui est encore assimilé à une science de divination quelconque. La guerre est une période qui voit se développer la démarche psychologique suite aux traumatismes en tous genres et qui permet à D. Lagache d'asseoir son autorité en matière de psychologie. Il est à l'origine de la création des stages cliniques, il va développer un cadre théorique plus adapté dans le milieu de l'enfance et il va encourager les recherches avec les premières œuvres de psychologie sociale de certains de ses élèves.

1.2.4.Relation complexe entre la psychologie, la psychanalyse et la fonction du psychologue

Ainsi, c'est entre 1947 et 1953, moment clé pour la profession de psychologue, que Daniel Lagache s'attache à donner une définition claire à la psychologie clinique avec, pour repère, son discours bien connu sous le titre de « *l'unité de la psychologie* » (1949).

Pourtant, Lagache se confronte pendant plusieurs années à la difficulté de positionner une frontière claire entre la fonction de psychologue et la clinique psychiatrique. Il est intéressant de noter que c'est une donnée importante dans l'évolution du statut des psychologues. En 1953 éclate un scandale aux Etats-Unis, opposant Margaret Clarks-William, psychanalyste, à l'ordre des médecins qui lui reproche de ne pas être médecin.

Cet événement est marquant dans le monde de la psychologie. En effet, il cristallise une réalité de posture entre le *médecin* psychanalyste, officiellement habilité à faire des psychothérapies, et le *psychologue* psychanalyste de plus en plus présent dans les unités de prise en charge psychologique et qui ne veut pas être uniquement relégué à la fonction de psychotechnicien. Cette tension présente

aux Etats-Unis, dans un premier temps, va aussi se développer en France et sera à son paroxysme dans les années 50-60.

Daniel Lagache et Juliette Favez-Boutonier, à partir des années 50, seront à l'origine de la création de la discipline psychologie clinique. En perdant néanmoins, à certaines périodes, le lien avec les philosophes ou la psychologie sociale, dénaturant ainsi le caractère complexe de la psychologie clinique. D'un côté, Daniel Lagache veut développer une psychologie clinique qui utilise les tests afin de satisfaire un besoin de scientificité et, de son côté, Juliette Favez-Boutonier prône une psychologie aux mains nues qui prend racine dans l'entretien clinique et psychanalytique. Nous sommes aussi, ici, à un autre carrefour de la psychologie et du psychologue. Il y a le psychologue pour soigner qui travaille dans les institutions psychiatriques avec des pathologies avérées et lourdes et il y a le psychologue (souvent associé au psychanalyste, d'où certaines confusions) pour écouter et qui intervient auprès d'un public qui se "rapproche de la normalité".

Il est intéressant de noter à quel point l'histoire de la psychologie est complexe et se trouve au carrefour de disciplines qui ont du mal à cohabiter. Pourtant, grâce à une certaine ouverture d'esprit, Daniel Lagache a réussi à faire évoluer dans un même laboratoire : des psychologues, des philosophes, des psychanalystes, des médecins, des psychologues sociaux et des pédagogues.

1.2.5.Psychologie, formation et savoirs

Dans ce chapitre, nous relions déjà la psychologie avec notre travail de recherche. Il se pose à deux niveaux, celui de la formation et celui des savoirs.

A. Psychologie et formation

Cet aspect, en effet, nous semble particulièrement important à prendre en compte car il nous permet de relier la question de la formation - et donc de ce travail de recherche - avec la question des psychologues. Ces univers n'étant pas nécessairement très éloignés et pouvant se co-construire l'un l'autre. En effet, un des pédagogues qui sera en lien avec Lagache n'est autre qu'André De Peretti,

qui va développer dans son approche pédagogique tout un aspect tiré du travail de Carl Rogers, psychologue américain, sur lequel nous reviendrons plus tard. Son approche, centrée sur la personne, sera métaphorisée, par André de Peretti, comme “le colibri qui approche les fleurs sans peser sur elles”. En France, l'approche de Carl Rogers sera beaucoup décriée car la psychanalyse a une place forte dans la doxa psychologique universitaire. D'ailleurs, dans les années 60, lorsque Rogers viendra en France, il y rencontrera de nombreuses critiques. La première d’entre elles considérant qu'il ne prend pas en compte le transfert et le contre-transfert. Ces critiques ne permettront pas l'essor de son approche dans le monde de la psychologie française. Cependant, il semblerait que, aujourd'hui, il y ait un retour de cette approche dans la pratique psychothérapeutique car elle propose une psychothérapie dite "brève" (en opposition aux thérapies psychanalytiques souvent très/trop longues) et c'est peut-être aussi pour cela que cette pratique se laisse plus facilement utiliser par les pédagogues qui accompagnent la démarche d'apprentissage au rythme de l'apprenant.

A la croisée des chemins

Cette question du lien étroit entre la psychologie, la psychanalyse et la pédagogie se retrouve dans de multiples écrits qui évoquent la posture du pédagogue dans la relation enseignant/enseigné et la part du transfert et de l'enjeu relationnel dans les apprentissages. Il semble, à ce propos, que ce n'est que dans une certaine ouverture d'esprit que toutes les notions peuvent co-exister positivement.

B. Psychologie et savoirs

Il est à noter, ici, une question intéressante concernant le concept des savoirs. En effet, la formation implique nécessairement des savoirs. De plus, les savoirs en psychologie semblent spécifiques et ils peuvent parfois reposer sur une représentation qui consiste en la croyance du patient que le psychologue (plutôt psychanalyste dans ce cas-là) sait des choses sur lui que lui-même ne sait pas, nous sommes dans le "*supposé-savoir*" que nous décrit Lacan (Lacan J., 2006).

Emergence de cet aspect théorique dans l’après-coup

Mais, dans notre cas, nous n'évoquerons pas cet aspect, revenons plutôt sur la définition du savoir qui est, selon le dictionnaire de l'Origine et l'histoire des mots (A. Rey, 2016),

issu du latin populaire sapere, verbe intransitif qui signifie "avoir du goût", "exhaler une odeur" et par ailleurs "sentir par le sens du goût" d'où par l'utilisation du sens figuré "avoir de l'intelligence, du jugement" "être sage". D'autre part, le latin classique utilisera plutôt la racine "scire" qui donne le participe présent "sciens" utilisé dans les mots comme science, conscience… Ainsi, le savoir tel qu'il nous intéresse se trouve à la croisé du "sapere" et du "scire", il se place à la fois dans le ressenti et dans la science. Cela représente un ensemble qui prend en compte les savoirs théoriques associés à la formation et les savoirs expérientiels associés à une certaine pratique qui s'inscrit dans le temps et qui sont en lien avec l'éprouvé.

L'expérience a besoin de temps pour se construire, mais elle a aussi besoin de l'histoire pour venir à la conscience. " *Les savoirs expérientiels s'acquièrent donc dans le temps selon une dynamique d'intégration qui ne peut être dissociée de la dynamique de formation du sujet. En d'autres termes, l'acquisition d'un savoir procède d'une maturation qui elle-même participe d'une histoire*." (Breton H., 2007, paragraphe 7)

Ainsi, nous pouvons répertorier les savoirs théoriques qui sont issus de la formation et de l'enseignement et les savoirs expérientiels qui sont issus de la pratique de terrain. Dans ces savoirs, nous identifions aussi, les savoirs insus[19] qui sont ceux qui ne viennent à la conscience que dans leur verbalisation d'où l'importance d'une mise en mot pour faire émerger ces savoirs. "*Savoir, c'est, ou bien avoir en main les connaissances que l'on a acquises et en faire un réel usage (khrèsis), ou bien avoir le pouvoir effectif de se saisir de ces connaissances parce qu'on les a déjà sous la main.*" (Rodrigo, 2004, p. 18). Nos savoirs s'articulent entre ce que nous savons que nous savons et ce que nous savons que nous ne savons plus ou que l'on n'a pas conscience de savoir !

Pour aller plus loin, dans notre réflexion concernant la psychologie, nous allons nous interroger sur la définition de la psychologie et nous allons voir qu'elle est encore intimement liée à cette complexité relationnelle entre les différentes disciplines que nous avons déjà abordées.

[19] dans ce terme nous utilisons le préfixe négatif "in" qui signifie l'absence ou le contraire et le suffixe "su" qui vient de participe passé de savoir. Ainsi, ce terme désigne "la chose qui n'est pas su par quelqu'un" et dans le sens réfléchi "sans en avoir connaissance". (Rey A. (2016))

1.2.6.Définitions de la psychologie

Il est difficile de donner une définition de la psychologie. Elle se trouve différente selon que l'on se place du côté de la psychologie expérimentale, sociale, comportementale ou à visée thérapeutique. De plus, même si l'on reste focalisé sur la notion de psychologie clinique, il est très difficile de réduire la psychologie à une définition unique. Cependant, afin de me permettre de me positionner clairement dans l'orientation de mon travail, je choisis de poser cette première définition simple de la psychologie et que l'on retrouve sur différents sites internet traitant de la psychologie ou même le dictionnaire Larousse (2010) : « *la science qui étudie les faits psychiques* ».

Dans un deuxième temps, je souhaite revenir sur la définition de la psychologie telle que je la conçois, qui rejoint les concepts de Sciences de l'Education puisque c'est une définition qui englobe la notion de psychologie humaniste et que l'on retrouve dans les écrits de De Peretti comme nous l'avons déjà constaté plus haut. Ainsi, celle-ci est basée sur la vision d'un potentiel positif chez l'être humain, qui a une tendance innée à vouloir se réaliser et à chercher à s'autodéterminer positivement.

La psychologie humaniste prend naissance dans les années 1940 aux Etats-Unis avec Abraham Maslow, mais son plus grand défenseur sera Carl Rogers qui en fait une psychothérapie positive. La psychologie humaniste remet au centre de sa définition la personne et ses ressources, à la différence des approches qui laissent à la classification, la maladie ou la méthode une place prépondérante.

Cette forme de psychologie rejoint la pédagogie telle que André de Peretti (2009, paragraphe 13) l'a envisagée : comme une forme « *d'expérience intérieure autant qu'extérieure, au mieux l'experiencing -selon l'inspiration de John Dewey qui a pénétré Carl Rogers- est donc proposé dans sa « faillibilité » selon des dissonances perçues avec attentions, suivant une suite tranquille, sans impatience et brusquerie, d'essais de rectification et de découvertes, apportant des résolutions aux complexités ou crises rencontrées en chemin, dans les rapports à soi et à autrui.* »

Ainsi, l'approche de la pédagogie, selon De Peretti, a comme des accents de définition de la psychologie, c'est à dire qu'elle prend en compte les ressources de la personne et elle laisse la place à la construction du psychisme au fil des étapes de la vie et des rencontres. La psychologie

humaniste est un des fondements de la "clinique-dialogique", telle que M. Lani-Bayle la propose, et elles s'auto-alimentent l'une l'autre dans leur définition et conception initiale.

Il est évident que ce parti-pris dans la définition peut heurter mes collègues psychologues, mais nous avons déjà eu l'occasion de mentionner précédemment que la psychologie a une évolution complexe et qu'elle ne satisfait jamais toutes les parties selon qu'elle soit psychanalytique, sociale, expérimentale ou cognitive. Mais reprendre chacun de ces aspects n'entrait pas dans le cadre du présent sujet.

Ayant tenté de définir la psychologie, je vais tenter d'aborder la question de la formation des psychologues. Comme nous le verrons, nous retrouvons la même complexité d'organisation et de positionnement, due au parcours spécifique de la psychologie dans le milieu universitaire.

1.2.7.Définition et formation au métier de psychologue

Le psychologue a pour intérêt le domaine des pensées, des émotions, des conduites et des représentations. Il est évident que tous ceux-ci se recoupent avec ceux du philosophe, de l'anthropologue ou du sociologue, en théorie tout du moins. Il me semble, donc, que le métier de psychologue a eu du mal à trouver sa place dans les institutions, de la même façon que la discipline elle-même. La particularité de la construction de cette identité professionnelle vient du fait que le psychologue est venu se positionner à une place que certains médecins et psychiatres occupaient, soit dans l'évaluation clinique, soit dans l'entretien clinique et psychothérapeutique. C'est d'ailleurs une situation qui a généré de nombreux conflits et de problématiques de hiérarchie avec ces derniers. Les psychologues ont gagné leur indépendance en ne faisant pas partie des professions paramédicales.

La formation s'est développée dans un premier temps à un niveau universitaire, un peu de façon informelle. Daniel Lagache a été le premier à chercher à former des psychologues. Il concevait, en même temps, une discipline et une profession. Cela passait par des cours dans le cadre de sa chaire de psychologie et par un stage pratique (qui n'a été repris qu'au milieu des années 70 à l'université)

qui permettait aux psychologues de développer des qualités humaines de compréhension de l'individu.

En France, la psychologie a été reconnue pour la première fois en 1889 lors de la création de la première chaire de psychologie au Collège de France. Mais ce n'est que bien plus tard que le métier de psychologue trouve sa place dans le paysage français. La première licence est créée à la Sorbonne en 1947, grâce à D. Lagache, mais ce n'est qu'en 1963 qu'une première circulaire permet la reconnaissance de la profession.

C'est par la loi n°85-712 du 25 juillet 1985 que l'Etat donne un statut officiel à la formation de psychologue et un titre à une profession. Cette loi visait à protéger les usagers et à les aider à faire le tri dans les différents "psys" (psychologue, psychothérapeute, psychiatre, psychanalyste…) Aujourd'hui, les mêmes troubles subsistent et la compréhension de ces différentes professions de psys reste floues pour le grand public. Mais la loi a néanmoins délimité un cadre de formation pour les psychologues et a lui a donné une place universitaire.

Le psychologue doit justifier d'un niveau Bac+5 qui correspond à l'obtention d'un Master2 Professionnel ou du DESS (Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées) de 1985 à 2002, date de la réforme universitaire LMD. Pour être psychologue, l'étudiant doit avoir effectué 500 heures de stage, réparties sur ses deux années de master, elles lui permettent d'expérimenter la relation patient et le cadre institutionnel dans lequel il sera par la suite professionnel. C'est un aspect particulièrement intéressant qui est resté des formations de Daniel Lagache.

Ces stages sont le gage d'une meilleure posture pour le psychologue. Il est intéressant de noter, ici, que le stagiaire doit être encadré par un psychologue-praticien référent ayant une expérience d'au moins trois ans, qui se différencie de l'enseignant-chercheur qui, lui, peut avoir obtenu, dans un premier temps, le Master2 Recherche ou ancien DEA (Diplôme d'Etudes Appliquées) et pour lequel il n'y a pas de stage pratique, ce qui ne permet pas de valider le titre de psychologue. Cependant, le diplômé en Master2 recherche peut faire la demande de validation en effectuant un stage de 500 h et en effectuant une note clinique en lien avec son lieu de stage.

L'étudiant pourra valider sa Licence[20] et son Master de psychologie dans près de 34 universités françaises et une école privée : « l'Ecole des Psychologues Praticiens ». Il s'offre à lui un choix de presque 200 Masters. Les principaux concernent la psychologie clinique et psychanalyse ou la psychopathologie, je les qualifierai de Master “historique” puisque c'est avec cette dénomination que les premiers psychologues sont sortis de l’université, en 1976. Mais, rapidement, de nouveaux Masters se sont créés comme le Master de psychologie du développement auquel peut être rattaché ou pas celui de la psychologie de l'enfant et de l'adolescent. Nous trouverons aussi les Masters de psychologie sociale, psychologie cognitive, psychologie du travail et des organisations, de neuropsychologie et la psychologie de la santé... Cette liste n'est pas exhaustive et elle ne permet pas de faire ressortir la complexité des masters et leur diversité qui ont des terminologies différentes selon les facultés, même si le contenu peut être sensiblement identique.

Ce court état des lieux nous permet de faire deux constats : le premier nous fait remarquer la multiplicité des approches qui crée la variété et la richesse du métier de psychologue (… et qui parfois en alimentent les conflits), le deuxième concerne le fait que les Masters concernant la psychologie de la santé - et donc de la pratique en milieu hospitalier - est encore assez peu développée, même si la tendance s'accentue. La psychologie de la santé a été décrite comme "*l’ensemble des savoirs fondamentaux de la psychologie appliqués à la compréhension de la santé et de la maladie* " (Bruchon-Schweitzer, 2008) (mais il est à noter que le psychologue n'a pas nécessairement besoin d'un master en psychologie de la santé pour travailler à l'hôpital, nous pourrons revenir sur cette réalité un peu plus loin dans notre propos). Cela peut poser la question du contenu des cours dans ces masters de psychologie de la santé et de leur intérêt pour être mieux préparer à la pratique dans le milieu de la maladie grave et de son accompagnement.

Nous avons aussi vu, lors de notre présentation de la psychologie, qu'un lien étroit entre la pédagogie et la psychologie se trouve dans la relation empathique qui a tout notre attention dans le cas de l'accompagnement de fin de vie. Elle a été développée en France par André De Peretti, entre autres, qui a partagé sa connaissance des théories de Carl Rogers concernant l'empathie et l'accompagnement de la personne dans le changement. Nous nous proposons de continuer notre

[20] Il faut noter que du fait des validations d'acquis qui permettent des passerelles entre les licences et les masters, seuls, les étudiants ayant validé une licence 3 et leur master en psychologie pourront obtenir le titre de psychologue.

questionnement théorique par rapport à la notion d'empathie que nous retrouverons lors de l'analyse des entretiens.

1.2.8.L'empathie comme intelligence émotionnelle

Nous pouvons, dans un premier temps, définir l'empathie comme la capacité de reconnaissance et de compréhension des sentiments et des émotions d'un autre individu.[21] On parle souvent de "se mettre à la place d'autrui", même si cette définition ne peut être une fin en soi car elle est réductrice de la capacité de mise à distance indispensable. Donc, pour arriver à cela, il faut pouvoir se décentrer de soi-même pour se centrer sur l'autre, tout en ayant conscience de ce qui se passe en nous. Cette explication me semble avoir un lien direct avec ce que nous allons évoquer lorsque nous aborderons la question des entretiens clinique-dialogique.

Le terme d'empathie[22] a été créé en allemand "einfühlung" (ressenti de l'intérieur) par Robert Vischer, philosophe, en 1873. Ce mot lui permettait d'expliquer la façon dont l'individu se mettait en relation avec une oeuvre d'art pour en ressentir le sens, il parle alors d'empathie esthétique. Plus tard, c'est Théodore Lipps, lui aussi philosophe, qui développe le concept pour expliquer la façon dont certaines personnes se projettent dans les objets afin de mieux les percevoir. Par la suite, tout au long du 20ème siècle, le concept d'empathie va circuler et prendre sa définition plus commune. C'est Carl Rogers qui va introduire cette notion, de façon plus importante, dans les sciences humaines. Cependant, Freud n'avait pas exclu cet aspect de ses réflexions, il l'inclut même en 1905 dans ses écrits.

Ce concept est toujours à l'honneur et il continue à se développer. Nous pouvons dire que son évolution la plus récente et celle de l'intelligence émotionnelle qui a été développée dans les années 1990 par deux psychologues : Salovey et Mayer. Ainsi, l'intelligence émotionnelle est une forme

[21] adaptation libre de définitions issues du dictionnaire Larousse ou wikipédia

[22] Définition tirée en partie de https://fr.wikipedia.org/wiki/Empathie site visité le 29/07/2018

d'intelligence qui suppose la capacité à contrôler ses émotions[23] et celles des autres, mais aussi de savoir distinguer les siennes de celles des autres afin d'adapter ses gestes et comportements. Comme nous le constatons, empathie et intelligence émotionnelle sont intimement liées et les études nouvelles concernant l'intelligence émotionnelle vont nous permettre de comprendre comment nous pourrions, peut-être, apprendre à être empathique.

1.2.9.Peut-on apprendre l'empathie?

Alimente le propos de notre recherche

L'empathie repose sur la connaissance de soi et de ses émotions. Plus nous apprenons à identifier nos émotions et plus nous sommes capables de reconnaitre les émotions qui régissent les personnes qui nous entourent. Réussir à déchiffrer les émotions d'une personne, c'est être sensible aux signaux non-verbaux. En général, ces signaux sont perçus de manière inconsciente et c'est notre manière de les faire émerger à la conscience qui va nous permettre de développer une capacité empathique. Nous pourrions acquérir cette capacité tout au long de la vie, mais il est évident que cette compétence se développe plus aisément pendant l'enfance. Il consistera en un accompagnement de la compréhension et de la réflexion de l'enfant face à des situations données. Par exemple, lorsque celui-ci a mal agi vis-à-vis de quelqu'un, le questionner par rapport au ressenti de la personne et lui signifier qu'elle peut être triste va lui permettre d'appréhender le ressenti de l'autre et prendre conscience des émotions qui régissent chacun.

Nous pouvons imaginer que les psychologues ont développé, dès leur jeunesse, une capacité empathique, soit parce qu'ils ont été accompagnés dans la compréhension des émotions des autres par leur entourage, soit parce qu'ils en ont fait des expériences personnelles face à des situations souvent compliquées ou qu'ils ont entamé un travail psychique personnel (ce qui pourrait expliquer le nombre important de psychologues "ayant quelque chose à régler" !). Nous ne développerons pas

[23]Emotion vient du emovere qui signifie "mettre en mouvement", c'est une expérience psychophysiologique complexe et intense d'un individu face à une situation

l'idée, ici, d'une intelligence émotionnelle innée qui a été développé en corrélation avec l'évaluation d'un quotient émotionnel. Nous envisagerons plutôt la possibilité d'un apprentissage ou d'un développement de celle-ci au cours des expériences de vie.

Synthèse

Avant de poursuivre notre réflexion, il est important de noter la complexité du développement de la psychologie en France et de ses différentes interactions avec des disciplines multiples comme la philosophie, la médecine clinique, la pédagogie ou la sociologie. Cette relecture historique nous a permis de prendre conscience du lien étroit entre la pédagogie et la création de la discipline "psychologie". Cette relation nous intéresse particulièrement et permet de donner du sens à l'élaboration de notre travail. Mais force est de constater la difficulté à retrouver un déroulement clair de l'histoire de la psychologie. Car elle vient souvent se heurter aux aspects inter-individuels et universitaires d'une discipline.

Cependant, on peut percevoir son développement et les questionnements toujours impliquants provenant des différents milieux. De plus, ce travail de recherche est directement lié à un premier questionnement prenant en compte la formation des psychologues, surtout lorsque ces derniers interviennent dans des services reconnus comme difficiles et obligeant à se confronter à une réalité humaine à laquelle les études pourraient ne pas préparer. Ainsi, nous pouvons interroger la formation des psychologues face à la mort et à l'accompagnement de la maladie grave. Nous constatons que c'est un thème peu abordé tout au long des études, quelques fois en psychologie de la santé ou en gérontologie, mais ce sont des Masters récents et encore assez peu développés.

C'est pourquoi il apparaît que de nombreux jeunes psychologues se retrouvent démunis dans cette confrontation à la mort et aux émotions associées. Pour continuer cette réflexion, nous proposons d'étudier les résultats d'une étude menée auprès des psychologues intervenant en soins palliatifs.

1.3. Evaluation de la formation et de la pratique des psychologues en soins palliatifs : questionnaire.

Prémices d'une réflexion

Entre 2012 et 2013, en préalable à mon travail de thèse, mes propres interrogations concernant la pratique des psychologues en soins palliatifs ont rencontré les questionnements du Collège National des Psychologues en Soins Palliatifs. Sa responsable de l'époque, toujours en poste, en 2018, Axelle Van Lander mettait en place un *référentiel des pratiques des psychologues en soins palliatifs* afin d'aider les jeunes psychologues/diplômés à trouver leur place dans les services. Cette nécessité de trouver un outil pour les aider m'a interpellé sur leurs difficultés. Ce qui a impliqué les questions suivantes : D'où venaient ces difficultés ? De la formation ? De la pratique ? De l'institution ?

Ainsi, en partenariat avec le Collège et tout en collaborant à l'écriture du référentiel, j'ai élaboré avec Axelle Van Lander un questionnaire que nous avons fait parvenir aux psychologues intervenant en soins palliatifs via les plateformes de communication de la SFAP, mails et autres réseaux… Ce questionnaire a été construit à partir des nos interrogations communes, il avait pour objectif de nous aider à réfléchir et de se rapprocher de la réalité de terrain pour élaborer au mieux le référentiel.

A notre grande surprise, nous avons obtenu un retour de 135 questionnaires, ce qui a témoigné, selon nous, d'un intérêt des praticiens. Les questions, au nombre de 12, étaient fermées, à choix multiples, et permettaient d'apporter un regard proche du vécu des intervenants psychologues en soins palliatifs. Deux questions étaient ouvertes et permettaient aux participants de détailler leur ressenti s'ils le souhaitaient.

J'ai effectué le dépouillement des résultats et ces derniers ont été à l'origine d'une communication orale lors du 19ème congrès de la SFAP en juin 2013.

1.3.1.Quelle est votre formation universitaire pour l'obtention de votre diplôme de psychologue ?

Les résultats de cette question montre que 90% des 135 participants qui ont répondu au questionnaire, ont validé leur diplôme via le Master ou le DESS (ancienne appellation) de psychologie clinique et psychopathologie.

Comme nous l'avions vu lors de notre investigation concernant les différents Masters de psychologie, ce Master reste le principal et le plus plébiscité par les psychologues, selon un rapport présenté, en 2006, au ministère de l'Education et de la Recherche, le 2/3 des diplômés validaient leur titre avec le master psychologie clinique et psychopathologie [24]. C'est aussi celui qui offre le plus grand nombre de places à travers la France puisqu'il s'agit d'une spécialisation qui est proposée dans la quasi totalité des universités offrant des places de Master. Les 10% restants, nous les retrouvons en Master de psychologie de la santé, psychologie du développement ou psychologie sociale.

Ainsi, nous pouvons imaginer aux regards de la réalité universitaire française que ces résultats ne sont pas surprenants et qu'ils confirment l'organisation institutionnelle actuelle.

1.3.2.En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?

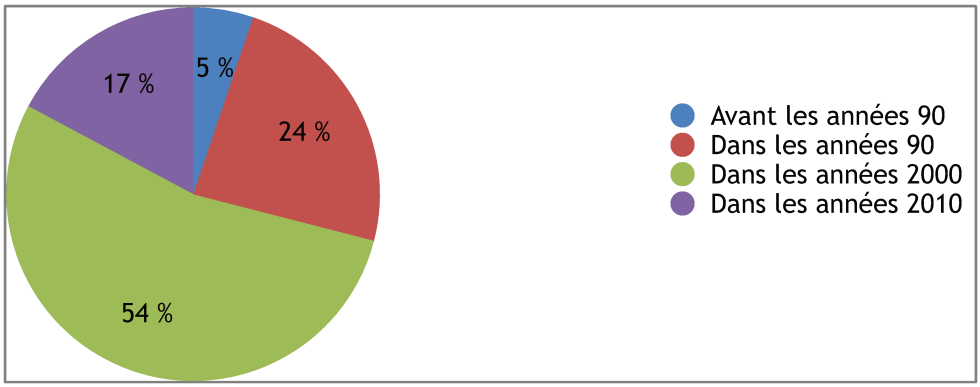

FIGURE N° 1 : ANNÉE D'OBTENTION DU DIPLÔME

[24] http://psychologues.org/ressources/uploads/psychologues.org/1-rapportsurlecursusdupsychologues.pdf site visité le 4/11/2018

- Avant les années 1990 : 7
- Dans les années 1990 : 32
- Dans les années 2000 : 72
- Dans les années 2010 : 23

Près des 2/3 de ces psychologues ont obtenu leurs diplômes depuis le début des années 2000. Nous pouvons considérer qu'il s'agit d'une population de psychologues assez jeunes. Et cela d'autant plus que 23 d'entre eux commençaient tout juste leur pratique. Car, rappelons-le, le questionnaire date de fin 2012, ce qui veut dire que ces psychologues n'avaient, alors, qu'une ou deux années d'expérience.

Il faut aussi considérer un autre aspect : un certain nombre d'unités et d'équipes mobiles ont ouvert depuis le début du 21ème siècle et ont donc été pourvoyeuses de nouveaux postes en palliatifs pour les psychologues débutants en quête de travail car, selon les décrets, lorsque des lits de soins palliatifs ouvrent, il faut associer un temps de travail-psychologue relatif au nombre de lits [25].

Le derniers tiers se compose des psychologues qui ont une pratique plus ancienne, ayant obtenu leur diplôme il y a plus de 20 ans. Cela ne signifie pas pour autant qu'ils travaillent en soins palliatifs depuis leurs débuts. Cela peut correspondre à un parcours professionnel qui aurait évolué au fil de leur carrière.

1.3.3.Depuis quand exercez-vous en tant que psychologue ?

La durée moyenne d'exercice en tant que psychologue toutes pratiques confondues, des psychologues consultés, est de 6 ans 6 mois. Nous constatons que c'est plutôt une pratique récente, mais elle semble en accord avec le fait que nous sommes confrontés à une population de praticiens

[25] https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-12/a0121073.htm , dans les missions attendues par une USP, la notion de soutien psychologique, spirituel et social est clairement identifiée ainsi que l'accompagnement du deuil. Le psychologue est donc l'intervenant privilégié pour ce type d'attente.

relativement jeunes. La plus jeune d'entre-eux n'exerce que depuis un mois et la plus expérimentée depuis 38 ans.

A ce moment de la recherche, force est de remarquer une notion importante que je n'avais pas encore formulée : j'utilise le féminin pour parler de mes collègues. Spontanément, je vais parler de mes collègues au féminin, car la grande majorité des psychologues sont des femmes et parmi les participants au questionnaire, je n'ai recensé que 5 hommes sur 135. Notons que ce rapport correspond à la réalité de la population des universités de psychologie qui comporte une majorité écrasante de femmes dans la formation en psychologie. Selon le rapport mentionné plus haut, à la validation du titre de psychologue, les femmes sont représentées à hauteur de 93 % [26]

1.3.4.Dans quel type de structure exercez-vous ?

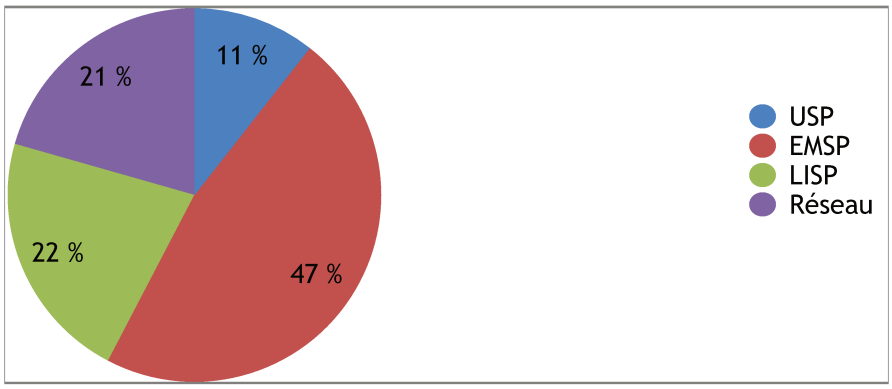

FIGURE N° 2 : LIEUX D'INTERVENTION DES PSYCHOLOGUES

- Unité de Soins Palliatifs : 18
- Equipe Mobile de Soins Palliatifs : 80
- Lits Identifiés de Soins Palliatifs : 37
- Réseau : 35

Certains cumulent plusieurs activités. Dans le cadre qui nous occupe, nous n'abordons pas la question d'une pratique autre que celle des soins palliatifs (structures en dehors du milieu hospitalier

[26] http://psychologues.org/ressources/uploads/psychologues.org/1-rapportsurlecursusdupsychologues.pdf

et des soins palliatifs, associations, CMP ou cabinet libéral). Nous ne pouvons déterminer, ici, quelles sont les pratiques complémentaires des psychologues, par contre, on peut observer que 28 parmi eux ayant une pratique d'EMSP cumulent leur activité avec un autre service de soins palliatifs. Il peut s'agir de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) ou de l'Equipe Régionale Ressource de Soins Palliatifs Pédiatriques (ERRSPP), équipes qui sont en fort développement ces derniers années.

1.3.5.Depuis quand exercez-vous en soins palliatifs ?

Voilà, une question qui nous intéresse au plus haut point ! Elle est même un point de départ à notre recherche, une petite porte dérobée qui interpelle. La moyenne d'exercice est de 5 ans 9 mois. La plus jeune travaillant depuis 15 jours et la plus expérimentée depuis 17 ans.

De la question de la durée de vie

Il est difficile de trouver une moyenne concernant la durée de temps de travail dans une unité de soins palliatifs, que ce soit pour les soignants, médecins ou psychologues. Lorsque j'étais en poste à Paris, il y avait certaines réalités qui émergeaient mais qui n'ont pas été confirmées. Par exemple, il était dit que les infirmières restaient en moyenne autour de 5 ans et que les aides-soignantes restaient autour de 7 ans. On analysait cette différence par rapport au fait que les aides-soignantes trouvaient une place mieux reconnue dans ce type de service.

Ce qui contribue à mon questionnement, c'est que, toute jeune psychologue et alors que je discutais avec ma responsable, elle me dit : « J'ai fait 7 ans de soins palliatifs à temps plein. Aujourd'hui, je me demande comment j'ai fait cela ! » Et puis nous avons constaté que certains collègues sont dans cette pratique depuis 15 ans, 17 ans... J'ai contacté l'une d'entre elle. Elle m'a expliqué que c'était une approche qu'elle affectionnait particulièrement, qu'elle en aimait l'intensité et qu'elle savait qu'elle ne retrouverait jamais une telle richesse dans une autre pratique. Vous ne retrouverez pas cet entretien dans ce travail de recherche car j'en ai malencontreusement manqué l'enregistrement. Il ne me reste que des bribes de souvenirs et l'on sait qu'ils sont souvent transformés.

1.3.6. En tant que psychologue clinicien, votre orientation est plutôt ?

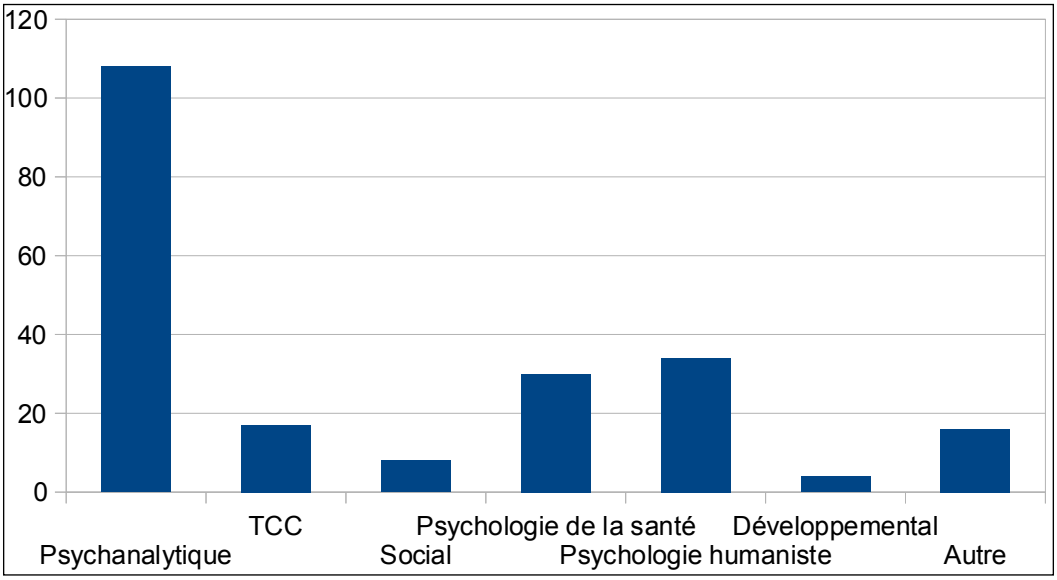

FIGURE N° 3 : ORIENTATION DES PRATIQUES DE PSYCHOLOGUES EN SOINS PALLIATIFS

- Psychanalytique : 108
- Thérapies Cognitivo-Comportementales : 17
- Social : 8
- Psychologie de la santé : 30
- Psychologie humaniste : 34
- Développemental : 4
- Autre : 16

Dans la catégorie « Autre » ressortent particulièrement : hypnose et méthodes de relaxation, psychologie intégrative, systémie, thérapies brèves, neuropsychologie et phénoménologie.

La branche psychanalytique est la plus développée et utilisée dans la pratique des psychologues. C'est, en effet, le courant le plus enseigné en psychologie dans les universités françaises. Seuls, donc, 18,6 % ne se reconnaissent pas dans une pratique psychanalytique. Il est à noter aussi que certains se reconnaissent dans plusieurs courants, certains qui pourront cohabiter aisément. On constate, ici, que les psychologues ont aussi développé des pratiques en fonction des réalités de terrain faisant appel à des cadres théoriques différents de leur formation initiale.

1.3.7.Dans votre pratique quotidienne quelle est votre activité ?

- Suivi de patients
- Suivi des familles
- Suivi de deuil
- Analyse de pratique
- Formation des équipes
- Recherche
- Autres

Les personnes interrogées ont répondu en classant leurs activités de la plus pratiquée à la moins pratiquée. Le suivi de patients arrive en première position dans 69 % des pratiques. Il en est de même pour l'accompagnement des familles qui, en cumulant aussi la première et la seconde position, atteint 72% du temps de pratique. On constate donc que la pratique des psychologues en soins palliatifs est résolument tournée vers la prise en charge des patients et de leurs familles et qu'elle représente quasiment les 3/4 du temps de travail du psychologue.

En troisième position, on retrouve le suivi de deuil qui n'est pas toujours reconnu par les structures, mais qui reste une part importante de la pratique des psychologues.

Vient ensuite l'analyse de pratique et la formation des équipes, c'est une fonction importante des services de soins palliatifs, ces structures ont un devoir de formation dans les institutions.

La recherche arrive en bonne dernière position dans ce classement, mises à part quelques exceptions, mais on peut imaginer qu'il s'agit des postes qui sont dédiés directement à ce travail de recherche. La question du temps de recherche se pose donc pour tous. Sorti de la pratique clinique, il est, en effet, difficile pour le psychologue, de faire valoir un tiers temps théorique de recherche, d'écriture ou même de formation. Cela pose, donc la question du respect du temps Formation,

Information Recherche (FIR [27]) par les institutions.

1.3.8. Pouvez-vous, en quelques lignes, aborder votre dispositif d'intervention ?

Par delà la pratique clinique quotidienne au lit du patient, c'est le caractère informel de la position du psychologue qui ressort des réponses à cette question. Il est présent à de nombreuses réunions, dans le soutien par rapport aux prises de décisions éthiques ainsi que dans le soutien informel de l'équipe avec laquelle il travaille.

De plus, les psychologues sont nombreux à aborder la tâche de gestion administrative et institutionnelle, celle-ci prenant une place importante qui n'est pourtant généralement jamais évoquée lors des présentations de profil de poste.

L'accueil des stagiaires n'est pas abordé. Certes, ce point n'a pas été questionné directement. Mais nous constatons que très peu de psychologues, 2 ou 3, mentionnent cette activité qui est pourtant chronophage, comme on le sait, mais aussi indispensable à la formation des futurs praticiens, car nous savons que pour valider son titre, l'étudiant doit justifier 500 h de stage. C'est un choix personnel pour chaque titulaire. Pour ma part, j'ai accueilli 3 stagiaires M2pro pendant ma pratique, c'est une activité qui nécessite une disponibilité importante et qui est d'autant plus compliquée lorsque l'on a une activité à mi-temps. C'est pourquoi j'ai alterné ces stages professionnalisants avec des stages de DU de soins palliatifs qui sont moins chronophages.

[27] Le temps FIR est un temps négocié dans les conventions de travail qui autorise le psychologue a alloué un tiers de son temps de travail à la Formation, Information et Recherche. Décret n°91-129 du 31 janvier 1991 consolidé en décembre 2013. https://www.legifrance.gouv.fr/

1.3.9. Quelles sont vos formations supplémentaires ?

On remarque, ici, l'importance d'un complément de formation concernant la pratique en soins palliatifs, aspect de la prise en charge psychologique qui semble peu abordé lors des études de psychologie : 82,7 % des personnes qui ont répondu ont suivi une formation complémentaire, dont 30 % ont obtenu le DIU de soins palliatifs.

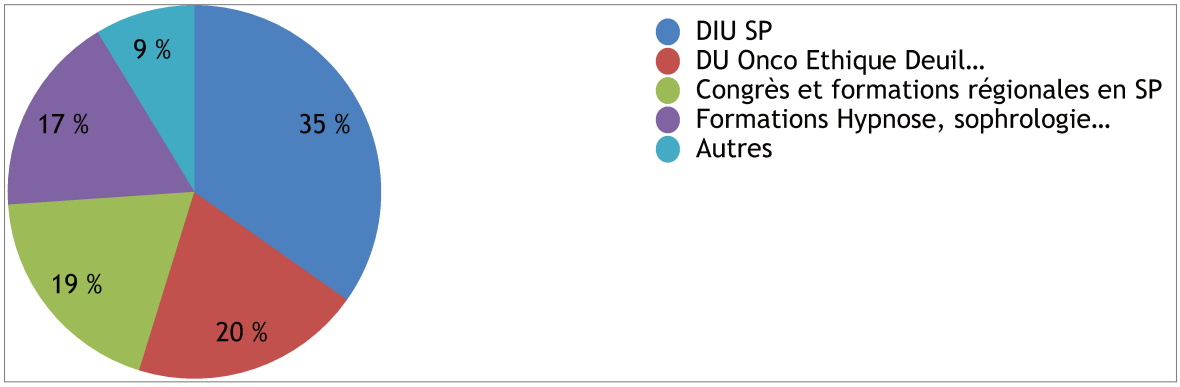

FIGURE N°4 : FORMATIONS SUIVIES

Plus de la moitié de ceux qui ont suivi une formation complémentaire ont suivi des formations en soins palliatifs autres que le DIU : formation institutionnelle en soins palliatifs, présence régulière aux congrès de la SFAP, ainsi que des DU de psycho-oncologie, deuil, thanatologie ou éthique.

Parmi les autres formations, on observe que l'hypnose et les approches systémiques prennent une large place. Peut-être que ces pratiques trouvent tout leur sens dans le contexte des soins palliatifs en permettant d'aborder le besoin de mieux accompagner les problématiques corporelles, anxieuses et douloureuses, ainsi que les processus familiaux et institutionnels en jeu dans un environnement hospitalier.

Nous leur avons demandé si ces formations étaient importantes pour leur pratique. La grande majorité des psychologues ont intégré à leur pratique les enseignements des différentes formations qu'ils ont suivies. On peut donc dire que ces formations, dans l'ensemble, sont pertinentes au regard de la pratique des psychologues en soins palliatifs.

1.3.10. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans votre pratique quotidienne ?

Des problématiques qui vont se recouper

La totalité des répondants évoquent des difficultés dans leur pratique. Elles sont de tous ordres, mais on peut faire émerger certains grands thèmes. Les textes en italique sont les réponses données par les psychologues eux-mêmes.

- ***Le manque de temps***

Les psychologues occupent généralement (près de 3/4 des psychologues) des postes à temps partiels. Ces temps sont souvent insuffisants par rapport à la charge de travail. « L*e manque de temps, donc de moyens humains, la pression institutionnelle à devoir faire toujours plus à moyen constants voire inférieurs. »*

Ce manque de temps se perçoit aussi dans les prises en charge des patients et de leurs familles : la méconnaissance de la démarche palliative par les autres équipes, voire même de l'accompagnement psychologique, affecte le moment de l'appel par l'équipe. Il intervient souvent trop tardivement et l'accompagnement doit être réalisé dans l'urgence. « *...du coup, j'ai peu de temps pour créer du lien thérapeutique avec les familles et le patient et mettre en place du soutien et de l'étayage…*»

- ***La place du psychologue dans une équipe pluridisciplinaire :***

Est évoquée, ici, la difficulté du positionnement du psychologue face aux représentations erronées des acteurs de santé. « *Ni réalisateur de miracles face à l'angoisse et au déni, ni passeur de temps, visiteur ou dame de compagnie* » « *Une porosité des pratiques, la place du psychologue est à faire chaque jour... Tout le monde s'invente psychologue... C'est un problème.* »

Au delà de cette question, la difficulté est de trouver sa place parmi l'équipe pluridisciplinaire, malgré l'identification claire au niveau législatif de la fonction de psychologue dans les services de soins palliatifs : le psychologue est souvent seul dans une équipe, il n'a pas de collègue sur lequel

s'appuyer. Travailler en pluridisciplinarité, bien sûr, mais aussi pouvoir garder sa spécificité face aux demandes médicales et soignantes. « *... la non prise en charge au niveau psycho pas toujours entendue tant la confusion reste présente pour les médecins comme pour les soignants d'un acte prescrit*. » De même, trouver sa place de psychologue dans une équipe mobile peut aussi engendrer des tensions avec les collègues psychologues des autres services dans lesquelles l'équipe intervient. Cette question du positionnement est constamment à redéfinir et peut être source d'épuisement.

- ***Les enjeux institutionnels***

« *les difficultés d'une représentation floue de ce que sont les soins palliatifs et encore davantage du rôle du psychologue. »*

Ils sont de deux ordres :

- en lien avec le regard encore péjoratif posé sur les soins palliatifs par l'institution (pratique peu rentable dans le concept de Tarification à l'Acte)
- la place du psychologue dans les structures (en dehors des hiérarchies médicales et ayant peu de contact avec les instances décisionnelles).

« *… les politiques des institutions de soins actuelles visant une « productivité » plutôt qu'une qualité. Difficile de parler la même langue que les administratifs, les financiers, comment leur faire comprendre notre travail ?* »

1.3.11. Que voulez-vous faire remonter pour la réalisation de ce référentiel sur les pratiques des psychologues ?

- ***Une démarche positive :***

La possibilité de mieux connaître les pratiques de chacun et de faire valoir des approches différentes mais complémentaires.

« *Être psychologue en soins palliatifs, c'est avant tout faire preuve de créativité dans le choix de ses outils en fonction de l'état de la personne et de ses capacités de communication verbale et non-verbale. Je pense que la création d'un référentiel peut être utile afin de mieux définir le rôle du psychologue en SP* »

- ***Une appréhension :***

Le référentiel, même s'il peut devenir un outil pour de nombreux psychologues, génère des peurs concernant l'uniformisation des pratiques. Il y a une volonté de garder une autonomie par rapport à soi-même, c'est à dire de ne pas avoir l'obligation de rentrer dans le cadre « des bonnes pratiques prescrites », mais aussi par rapport aux institutions qui pourraient, à moyen terme, se servir de ce référentiel comme moyen d'évaluation.

« *Les mots « référentiel » et « psychologue » me semblent, au premier abord éloignés ou à envisager avec beaucoup de précautions pour ne pas que cette démarche soit enfermante et délétère.* »

Ainsi, le référentiel semble pouvoir être investi, par une grande partie des psychologues ayant répondu au questionnaire, comme une ressource. Par contre, la peur qu'il génère semble lier avec une réalité de terrain institutionnelle, qui consiste à rendre des comptes systématiquement. Or, la pratique psychologique peut difficilement rendre des "comptes" dans le sens où il parait difficile de quantifier telle ou telle prise en charge. Il est possible que cela mette les psychologues en difficulté et ne leur permette pas de travailler dans un contexte serein. Ils ont peur que ce référentiel ne devienne une référence de bonnes pratiques ne les autorisant plus à exercer selon leur singularité, ce qui serait une perte pour les services : les patients, le personnel soignant et médical…

Synthèse

Cette première étude nous a permis de mettre en lumière des réalités de terrain concernant la pratique des psychologues en soins palliatifs. Ces questions sont profondément ancrées dans le vécu et le ressenti des psychologues. Ils sont "nombreux", en soins palliatifs, à évoquer leurs difficultés et l'on observe leur besoin d'aller vers des formations supplémentaires, signe d'un manque apparent dans l'enseignement universitaire ou dans les expériences de stage. Ces résultats sont une porte d'entrée à ma propre réflexion concernant la pratique, l'expérience et la durée de pratique des psychologues en soins palliatifs.

Cependant, comme nous l'avons constaté, les psychologues peuvent s'insérer parfaitement dans ces pratiques car les soins palliatifs font appel à leurs compétences et s'en inspirent. Nous sommes, ici, au carrefour de deux mondes qui peuvent se compléter et s'alimenter aisément.

De plus, il apparaît évident que les soins palliatifs et la psychologie ont un point commun qui touche à l'exclusion et la complexité. Je veux dire par là que, comme nous l'avons vu, les soins palliatifs sont une pratique qui a encore du mal à trouver sa place tant la question de la mort dérange à tous les niveaux. Mais nous pouvons constater qu'il en est de même pour la psychologie qui, avant de trouver une place mieux reconnue, a longtemps souffert de son rapport avec la folie. On trouve encore dans le langage populaire : « Je n'ai pas besoin d'un psychologue, je ne suis pas fou ». C'est peut-être pour cela que la psychologie et les soins palliatifs ont réussi si facilement à cohabiter. Leur exclusion les rapprochait et la notion de clinique, de relation à l’autre, semble un ciment solide pour les faire travailler ensemble.

Intermède : NDE (Near Death Expérience) : Récit de vie

"Tout récit s'explique par lui-même, en ce sens que raconter ce qui est arrivé est déjà expliquer ce qui est arrivé"

Ricoeur

Qu'il est surprenant d'utiliser cette appellation pour un bref intermède présentant mon implication propre, avant d'en arriver à la recherche à proprement parler. En effet, les NDE ont fait partie de mes questionnements lorsque, jeune adulte, je réalisais des lectures autour de la mort. Cet entre-deux qu'est la NDE ou l'intermède va me permettre de situer ma propre expérience de formation et de pratique. Peut-être un bout du fil d'Ariane tiré depuis le début de cet écrit ! En tout cas, c'est un texte que je choisis de mettre dans cet espace car il est aussi un moteur de cette recherche. Nous faisons de la recherche avec ce que nous sommes. Je propose donc, ici, ce qui m'a construite en tant que professionnelle. J'ai créé un dialogue avec la page blanche sur la même base que celui que j'ai élaboré avec mes collègues. A la fois, il fait la lumière dans mon expérience et il permet aussi d'avoir un aperçu du thème général des questions posées à mes collègues lors des entretiens réalisés dans le cadre de cette recherche.

De l'implication du chercheur

Qu'est ce qui fait que tu es devenue psychologue ?

C'est une histoire très lointaine mais qui reste très présente dans ma tête. J'ai presque envie de dire que la psychologie est une vocation qui, comble du paradoxe, m'est tombée dessus alors que j'étais à l'église.

Je me souviens très bien de ce dimanche matin là, je devais avoir une dizaine d'années. J'écoutais la messe (ou faisais semblant de l'écouter …) lorsqu'un jeune trisomique a commencé un crise. Il hurlait, semblait inconsolable et il était venu se réfugier au milieu de l'allée centrale de l'église. Sa mère est venue le chercher, le câliner alors qu'il pleurait, recroquevillé sur lui-même. Je ne saurais dire aujourd'hui quelle sorte de crise cela pouvait être mais je sais qu'elle a été déterminante pour

moi car, à ce moment là, je me suis dit que quand je deviendrais grande et qu'il serait temps pour moi de travailler, je voudrais aider les enfants. Evidemment, au début de cette illumination, je ne savais pas encore que je voulais devenir psychologue mais il était évident que j'allais diriger mon activité professionnelle vers l'aide et l'accompagnement.

Lorsqu'au collège, les professeurs demandaient en début d'année ce que nous avions envie de devenir quand nous serions adultes, je répondais : "professeur de biologie", parce que c'était une façon de pouvoir aider les enfants et les jeunes et que j'aimais la biologie. Mais je ne crois pas avoir été longtemps convaincue par cette possibilité-là. Tout au long de ma scolarité, en effet, je n'ai jamais perdu de vue cette nécessité pour moi de pouvoir prendre soin de l'autre. Puis, arrivée au lycée, j'ai fait le choix de passer un baccalauréat littéraire, une horreur en terme de débouchés… Tout est fermé, en l'occurrence : infirmière, professeur de biologie… Je me réduisais à une carrière littéraire, plutôt avec bonheur ! Mais, comme mon illumination n'avait jamais quitté ma tête, ma mère avait acheté un livre édité par l'Etudiant : "Les métiers avec des enfants". Je l'ai lu de nombreuses fois, de long en large et en travers, et je crois que c'est ce qui m'a permis d'arrêter mon choix sur le métier de psychologue. Cette filière, même si elle était déjà classée comme bouchée, était ouverte au bac littéraire. Mais au delà de ces questions d'horizon bouché ou de bac ne menant à rien, je restais intimement convaincue par cette orientation professionnelle.

Un autre évènement déterminant vint s'ajouter à cela : ma mère, alors que j'avais 15-16 ans, m'a proposé de faire le point sur mes projets professionnels avec une psychothérapeute. J'avais tout de suite accepté. Je ne venais pas pour régler des gros problèmes, que j'avais la chance d'avoir évités. Je venais questionner mon projet de vie et ma façon d'être au monde. Cette personne m'a dit qu'elle m'imaginait bien dans le métier de psychologue. Mais elle m'a aussi dit que si je voulais travailler correctement, je devais travailler sur moi et comprendre ce qui se passait en moi. C'est pourquoi j'ai commencé une psychothérapie à une période où j'étais en pleine construction relationnelle affective et amicale. J'élaborais directement, sur les petites problématiques de l'adolescence ou du jeune adulte en devenir tout ce qui crée la relation, l'empathie, les projections, les transferts. Cette expérience de psychothérapie que j'ai commencée à l'adolescence je l'ai continuée pendant toutes mes études de psychologie et même encore après.

J'ai eu la chance de faire mes études dans une école parisienne de psychologie. Je m'y suis sentie instantanément dans mon élément. L'entrée était sur concours, ils ne prenaient que 25 % des candidats, les plus jeunes n'étant pas prioritaires, mais j'étais persuadée que cela irait. Mes parents m'ont fait confiance et ont accepté que je ne présente, en parallèle, aucun autre dossier d'école prépa ou de fac. C'était çà et rien d'autre. J'aurais repassé le concours l'année suivante s'il avait fallu. Le moment de l'entretien individuel fut un temps de confrontation avec une psychologue. J'avais tenu une position face à elle malgré ses objections. Je fus, dès lors, persuadée que j'avais manqué mon entretien et pourtant, j'ai été reçue dès la première fois: j'ai eu l'impression qu'une autoroute s'ouvrait devant moi. C'était une expérience en devenir qui commençait.

Cependant, même si j'étais entrée en psychologie par le biais des enfants, j'ai vite ressenti le fait que je ne me trouvais pas à la hauteur. Pour tout dire, toutes mes cousines devenaient mères les unes derrières les autres et tous ces bébés, ces instincts maternels me dépassaient. Je ne me sentais pas à ma place, alors qu'il y avait tellement de femmes capables de prendre soin des enfants. En parallèle de mes études, je me questionnais aussi beaucoup sur le sens de la vie, son commencement et son aboutissement.

Construction d'une identité professionnelle

En 96, le livre de Marie de Hennezel, *La Mort intime* est sorti, ce fut un grand succès et, pour moi, une révélation sur une pratique de psychologue. Ce livre parlait de la première unité de soins palliatifs qui avait ouvert en France, il parlait de l'accompagnement de fin de vie et de la richesse de cette clinique. Même si je sais, aujourd'hui, avec l'expérience, que ce livre n'est qu'une infime partie de la réalité, il a vraiment orienté mes choix professionnels. Ainsi, à partir de ma 3ème année de psychologie, je n'ai eu de cesse de faire un stage en soins palliatifs. J'ai eu la chance de trouver des contacts dans une unité avec l'aide du réseau et j'ai posé ma candidature pour un stage en 4ème année. La psychologue m'a reçue, elle m'a dit d'aller travailler en hospitalier avant de venir en stage en soins palliatifs. Elle pensait, à juste titre, que je devais me confronter à l'institution dans un autre contexte que celui des soins palliatifs. C'est ce que je fis. Une année de stage dans uns structure associative d'accompagnement des personnes âgées et en fin de vie : le domicile, le long-séjour. Pour parfaire mon expérience, je suis partie, cette année-là, trois mois en stage au Vietnam. Ce fut une expérience auprès d'enfants et je

réalisais que ce n'était pas la population avec laquelle j'étais le plus prête à travailler. Je suis revenue voir la psychologue en fin de 4ème année pour lui demander ce fameux stage. J'ai commencé par faire un stage découverte d'une semaine avant d'obtenir un stage pour une année universitaire. Je fus très impressionnée par la dynamique d'équipe, l'intensité relationnelle du service et la profonde humanité qui y régnait.

Ainsi, mon métier de psychologue est intimement lié à une orientation rapide vers les soins palliatifs. Ce fut un choix délibéré dans lequel je me suis tout de suite sentie à l'aise. Cependant, on peut y trouver une certaine reconnaissance, mais aussi un certain malaise : la société n'aime pas parler de la mort et n'aime pas qu'on lui rappelle que des personnes sont malades et en fin de vie. Mes collègues de promo étaient nombreux à ne pas comprendre cette orientation professionnelle. Je me souviens leur expliquer que cela me semblait beaucoup plus facile de travailler là qu'en psychiatrie. Cela leur paraissait aberrant mais pas à moi. Evidemment, on m'a beaucoup questionnée sur ce qui fait qu'une jeune femme puisse vouloir travailler dans un tel cadre. A ce jour, je n'ai pas encore trouvé la réponse à cette question. Je n'avais pas de deuil particulier, pas de situations de maladie grave, rien qui pourrait expliquer une volonté de réparation. La seule conclusion qui m'a semblé juste, c'est que j'avais suffisamment d'énergie en moi pour pouvoir accompagner les personnes en fin de vie. J'ai donc commencé à le faire alors que j'avais à peine 21 ans dans le cadre de mes stages. Puis, mon premier poste à 23 ans a été en cancérologie et soins palliatifs.

Mais qu'en est-il de ton parcours de formation ?

Comme je le disais, j'ai très vite orienté ma pratique vers les soins palliatifs par réel intérêt personnel et par rapport au fait que c'était un secteur en plein développement qui permettait de trouver des postes plus facilement. Il y en avait qui s'ouvraient un peu partout et nous étions peu nombreux à nous lancer dans cette clinique particulière. J'avais énormément aimé les rencontres que j'ai pu faire dans le cadre de mes différents stages et j'avais donc décidé, pour obtenir mon diplôme de fin d'études, de faire un mémoire sur les représentations psychiques des bénévoles accompagnants en soins palliatifs. Sujet totalement impliqué puisqu'il partait d'une expérience

importante pour moi dans mon cursus personnel et professionnel. J'obtins, donc, mon diplôme à l'âge de 23 ans en l'an 2000, je rêvais de poste hospitalier et de continuer mes études. Ma directrice de mémoire était prête à me suivre pour de nouvelles aventures. Elle m'emmena avec elle dans une université de l'est afin que j'obtienne un DEA qui ouvrait la porte vers le doctorat…

Là, il faut le dire, c'est le moment où je me suis un peu plantée… J'ai obtenu mon diplôme en 2001 et me suis rapatriée à Paris pour un doctorat de psychologie. Je travaillais bénévolement avec mon ancienne directrice de stage, qui souhaitait me trouver un poste auprès d'elle. Tous les moyens étaient bons, financements en tous genres : Convention Cifre[28], associations, Fondation de France, ... Nous écumions toutes les possibilités et c'est l'idée du Cifre qui a orienté mon sujet de thèse : la qualité de vie des enfants atteints de maladies cardio-vasculaires. L'arrêt de mort de mon doctorat fut donc signé d'emblée : ce n'était pas mon sujet et nous avions, en parallèle, enfin trouvé un financement de poste par la Ligue contre le cancer. Cela impliquait que je devais travailler dans les services de cancérologie et pas en cardiologie. Enfin, de mon point de vue, ce n'était pas grave, je revenais à mes premières amours et, pour la première fois, j'allais être rémunérée pour le travail que j'allais fournir. Je m'épanouis dans cette activité professionnelle et petit à petit mon travail de recherche s'est effrité pour disparaître corps et biens dans l'oubli.

Donc, tu as abandonné ton doctorat et tu as commencé à travailler en cancérologie/soins palliatifs?

Oui, c'est exactement cela… N'oublions pas non plus que j'étais jeune, que je gagnais enfin ma vie et que j'avais très envie de profiter de la vie, peut-être plus encore parce que je voyais les gens malades et mourir autour de moi. Donc, quand je sortais de l'hôpital, j'allais au cinéma, je voyais des amis, je faisais de la danse, du karaté et je faisais la fête.

« Equipe mobile de soutien psychologique en cancérologie », voilà mon premier poste, mes deux premières années de pratique professionnelle. Après mon année de stage en soins palliatifs, c'était un peu plus diversifié : il y a des gens qui s'en sortaient et l'on touchait à pleins de domaines différents. En fait, on intervenait dans tous les services. Je ne faisais pas que de la cancérologie, même si c'était le plus gros de ma pratique, j'intervenais dans les services de maternité, de

[28] Convention Industrielle de Formation par la Recherche.

vasculaire, de chirurgie viscérale, cardiologique, … J'intervenais dans les services de réanimation ou celui de la procréation médicalement assistée… J'apprenais de tout et mon ancienne directrice de stage, devenue ma collègue, me transmettait son savoir. J'ai fait beaucoup de compagnonnage à cette période de ma vie et c'était très formateur. Cela a duré 2 ans, comme les deux années de financement. La fin du contrat approchait et comme l'institution renâclait à trouver de nouveaux financements, j'ai décidé de partir. Bon, bien sûr, il y avait autre chose qui avait influencé ma prise de décision… J'avais rencontré mon futur mari et nous projetions de partir nous installer dans la région nantaise/guérandaise.

Transmission des savoirs

Et comment cela s'est-il passé pour toi professionnellement?

Je savais que j'avais une solide expérience professionnelle à vendre, j'avais confiance. J'ai rencontré l'équipe mobile de soins palliatifs de Nantes… Mais, j'avais loupé à quelques semaines le recrutement, ils venaient d'embaucher une jeune psychologue. J'étais dépitée. J'ai postulé à de nombreux endroits, mais mon CV était très orienté soins palliatifs et j'imagine qu'il rebutait pas mal de services. Alors, quitte à attendre, je me suis dit que je n'avais qu'à commencer une activité libérale. C'est comme cela que j'ai posé ma plaque de psychologue libérale à Guérande en avril 2005. A quelques jours près, je concevais mon premier enfant. Le boulot n'affluait pas des masses, mais je profitais de ma grossesse et des premiers mois de mon fils aîné.

Comment es-tu revenue dans un service ?

Et bien, j'ai eu une grande chance: au printemps 2006, l'équipe mobile de soins palliatifs a repris contact avec moi. Leur jeune psychologue n'avait pas tenu, ils se souvenaient de moi et me proposaient de rejoindre l'unité fixe de soins palliatifs pour un mi-temps. Evidemment, c'était une fierté pour moi qu'ils me recontactent et c'était le bon moment pour recommencer une activité professionnelle un peu plus lucrative. Mon activité libérale démarrait très doucement, entre consultations et petits contrats associatifs pour de la formation en soins palliatifs. En acceptant un

mi-temps, je pouvais continuer à la développer et m'assurer un revenu fixe rassurant. Je travaillais 2 ou 3 jours par semaine, les premières années, je prenais le train, les années suivantes je faisais le trajet en voiture en raison de la délocalisation de l'unité vers la périphérie de Nantes. J'ai adoré ce travail, j'ai aimé collaborer avec les équipes, faire des binômes avec les soignants, les médecins, les internes. Accompagner les patients et leur famille du mieux que je pouvais était, pour moi, une fonction importante. J'ai passé le cap des 10 ans de pratique dans le service et j'ai senti, enfin, une légitimité. Je me souviens du jour où j'avais abordé cette question en supervision individuelle. J'étais devenue maman d'un deuxième enfant, j'avais mon diplôme depuis 10 ans, je me sentais une certaine maturité professionnelle et personnelle.

Ah bon, tu avais une supervision ?

Oui, cela faisait partie des choses que j'avais négociées. L'hôpital ne payerait pas mais j'irais une fois par mois en supervision individuelle sur le temps de travail (soit dit en passant, cela correspond au temps FIR). C'était un moment ressource pour moi. Cela permettait une élaboration supplémentaire. Et puis en dehors de cela, j'avais quelques collègues psy avec lesquels j'avais de bonnes relations, l'une travaillait dans l'équipe mobile de soins palliatifs, l'autre dans le service de la douleur et nous pouvions nous parler de nos difficultés.

On a l'impression que tu étais bien dans ton activité professionnelle, qu'est-ce qui fait que tu es partie ? Et au bout de combien de temps ?

Oui, comme je le disais tout à l'heure, j'adorais ce travail, je trouve qu'il était d'une richesse exceptionnelle. Les rencontres incroyables, les accompagnements *exceptionnels*, c'était un peu comme dans le livre de Marie de Hennezel. Mais, hélas, cette réalité-là, ne représente que 10% du temps. Il y a aussi beaucoup de chagrin et de souffrance pour les patients et les familles. Il y a aussi une certaine usure à voir la mort si proche avec les émotions associées. Au bout de 5 ans, j'ai commencé à me sentir fatiguée de cette expérience et des trajets quotidiens. J'en parlais en supervision. Juste avant les périodes de vacances, je sentais monter des angoisses que je n'avais pas

auparavant. Je faisais des cauchemars dans lesquels j'imaginais toute ma famille mourante. En général, cela passait avec les vacances, mais c'était un signe que je prenais en compte.

Et puis de l'autre côté, j'avais mon activité libérale qui fonctionnait de mieux en mieux et les deux jours par semaine n'étaient plus suffisants pour absorber tous les rendez-vous sans délai d'attente. J'ai pesé le pour et le contre pendant plusieurs mois. Quitter l'hôpital, c'était quitter une clinique extraordinaire, un travail d'équipe et une certaine sécurité financière, mais c'était aussi arrêter de faire de la route, arrêter de travailler avec la mort, le chagrin et la tristesse, et avoir une activité libérale confortable.

En parallèle de cette décision, une collègue m'avait embarqué dans une reprise d'études. Tiens, je revenais à ce rêve oublié, faire une thèse… Pour me remettre en jambe, comme on dit. J'ai repris au niveau Master 2 « recherche en Sciences de l'Education », nous faisions un travail de recherche dans le service, sur la formation des internes en soins palliatifs. C'était un travail d'équipe, dans un premier temps, que j'ai transformé ensuite en travail personnel. Et puis j'étais aussi en contact avec le Collège National des Psychologues en Soins Palliatifs, je travaillais avec eux et je leur avais fourni les résultats d'une enquête sur la pratique et la formation des psychologues en soins palliatifs. La matière était là, je me suis lancée dans la recherche et j'ai quitté le service des soins palliatifs au bout de 6 ans et demi… Continuer les études, c'était une façon de rester en contact avec les soins palliatifs, une façon, peut-être, je m'en rends compte à l'instant, de légitimer au total presque 15 ans de pratique au sein des unités de soins palliatifs et de cancérologie.

Qu'est-ce qui, dans ton expérience personnelle, t'a aidée à faire ce travail en soins palliatifs?

Çà, c'est une bonne question ! (rires)

Il y a une expérience très importante que j'ai faite alors que j'étais étudiante en psychologie et en soins palliatifs. Je devais faire mon premier stage dans une unité fixe de soins palliatifs. Je me confrontais alors, toute jeune, à l'âge de 20 ans, à la mort, la souffrance et le chagrin. Bien sûr, c'est le premier cliché lié à ces services-là. On y trouve aussi de la vie, de l'apaisement et du rire. Car ce

service nous fait faire un grand écart émotionnel, nous faisant passer du rire aux larmes selon le patient, la famille ou les soignants.

Expérience onirique formatrice initiale

Donc, je me souviens de cette nuit-là… Je dormais paisiblement lorsqu'un rêve, ressemblant plus à un cauchemar vint me hanter. Ce rêve, je m'en souviens comme si c'était hier, peut-être parce que je l'ai entretenu… Ne surtout pas oublier une expérience pareille, garder à la conscience un éprouvé me permettant, pour toujours, de toucher du doigt la souffrance de l'autre se dirigeant vers sa mort.

Les médecins venaient de m'annoncer ma mort prochaine, un cancer, dans mon souvenir un cancer du sein. On pourrait s'attacher à faire des interprétations mais moi, j'ai choisi de n'en garder que le ressenti afin de le faire vivre comme une expérience de vie proche de la mort.

Ainsi, je me retrouvais à seulement 20 ans bientôt prête à mourir… Quelle drame ressenti ! Avec la peur déclenchée par cette annonce, la révolte qui pointait le bout de son nez… « Non, c'est impossible, je ne peux pas mourir si jeune, il me reste tellement de choses à faire encore… ». Et puis surtout, annoncer à ceux que j'aime ma mort prochaine, cette séparation insupportable et inéluctable : je ressens encore dans mon corps cette sensation insoutenable de l'angoisse qui étreint le coeur et le corps. Les larmes qui coulent sur les joues, alors que je continue de dormir. Après un temps qui m'a paru infiniment long, mais peut-être que de quelques secondes à l'échelle du rêve, je me suis réveillée, soulagée… Je venais de vivre en miroir ce que tous mes patients vivaient chaque matin, mais eux, au moment du réveil et après : encore une journée où le cauchemar recommence. Suite à l'absence de la nuit et du sommeil, il fallait à nouveau recommencer à lutter contre l'angoisse de mort omniprésente dans ce corps, souvent maltraité par la maladie et les traitements. Moi, je pus me dire au petit matin : "Chouette, ce n'était qu'un cauchemar".

A chaud et à posteriori

J'ai gardé de cette expérience un souvenir très fort, un éprouvé unique qui m'a permis, pendant toutes les années où je suis intervenue dans les unités de soins palliatifs, d'être au plus proche du ressenti des patients, me sentant prête à descendre, avec eux, dans les tréfonds des émotions, n'ayant pas peur de les accompagner dans leurs

peurs immenses et dans leur chagrin infini. Evidemment, le psychologue, le soignant, quel qu'il soit, reste toujours sur le bord de la route à un moment donné mais cette expérience me permit d'accompagner les personnes en fin de vie quelques mètres plus loin sur leur route sinueuse. Je peux dire que cela a développé en moi une certaine forme d'empathie supplémentaire à leur encontre.

Et puis, il y a eu des décès de proches et de moins proches dans mon entourage : ma grand-mère, un cousin, une tante, mon beau-frère et ma directrice de stage (elle était plus que cela, d'ailleurs). J'ai touché du doigt les émotions en tant que famille et proche… Si j'avais commencé les soins palliatifs en n'ayant perdu qu'un grand-père au moment de l'adolescence, je l'ai continué avec plusieurs décès qui m'ont touchée, mais c'était la vie, même si elle semblait injuste. Pourquoi mourir quand on est parent de 7 enfants ? Pourquoi mourir quand on vient juste d'être grand-mère ou de marier ses enfants ? Cela me fait penser à cette patiente âgée de plus de 90 ans qui était arrivée dans le service de soins en clamant, haut et fort, qu'elle ne voulait pas mourir jeune… Mince alors, tout est relatif, ce qui nous semble moins injuste, comme mourir à l'âge de 90 ans, ne l'est pas pour la personne elle-même. Chacun sa perception, son ressenti. C'était encore une expérience de vie que je rangeai dans mon escarcelle pour accompagner au mieux les patients.

Je vois que tu mélanges expériences professionnelles et personnelles pour remplir ton réservoir à sensations. Est-ce que tu utilises encore ces sensations-là dans ta pratique libérale, où j'imagine que tu n'as plus d'accompagnement de fin de vie?

Oui, en effet, je n'ai quasiment plus d'accompagnement de fin de vie en libéral, quoique cela me soit quand même arrivé, puisque les médecins du coin connaissent cet aspect de ma pratique et n'hésitent pas à m'envoyer ce genre de situations. Mais cette pratique de soins palliatifs, elle me sert tous les jours. C'est une bonne façon d'apprendre la clinique. Ma directrice de stage me disait : "q*uand on a fait du soins palliatifs, on peut tout faire…*". Je suis assez d'accord avec cette idée-là. Quand on a appris à parler de la mort à venir avec un patient ou avec sa famille, à accompagner au plus près ces émotions ultimes, alors gérer les tensions du quotidien d'une famille, d'un couple ou les méandres psychothérapeutiques d'un patient, semble plus abordable. On a moins le sentiment d'être dans l'indicible, même si je n'ai jamais minimisé la souffrance de mes patients. Et puis, je n'en

ai pas parlé, mais j'ai fait des formations supplémentaires au cours de toutes ces années : hypnose, thérapies brèves et HTSMA (Hypnose Thérapeutique Stratégique par Mouvements Alternatifs). Ces formations ont été des apports considérables dans ma pratique. En fait, aujourd'hui, je suis un *melting pot* de tout cela, de la théorie universitaire, des expériences professionnelles, des expériences personnelles et des formations annexes et c'est vraiment intéressant de le mettre en mot. Un amalgame qui servirait de tremplin pour la suite. Affaire à suivre !

Bilan

Nous voici à la fin de la *Near Death Experience,* nous passons de l'entre-deux vie/mort au moment de la mort à venir... Dans le cas de notre travail, il s'agit de relier, maintenant, cette réflexion sur mon récit de vie aux récits de vie de mes collègues. C'est pourquoi nous verrons, par la suite, dans quelle démarche méthodologique je me positionne et nous travaillerons à partir des entretiens recueillis auprès de mes collègues et retranscrits.

2. Pendant

"Apprendre à voir la mort comme un compagnon
invisible mais amical dans le voyage de la vie.
Qui vous rappelle doucement de ne pas remettre
à demain ce que vous voulez faire.
C'est apprendre à vivre sa vie plutôt qu'à la traverser."
Elisabeth Kübler-Ross.

Dans cette partie, je propose d'aborder la démarche clinique afin de définir le cadre de recherche de ce travail. Nous aborderons la clinique-dialogique, que je définirai à partir du travail de Martine Lani-Bayle. Cette approche spécifique de la relation de recherche me permettra de questionner ma posture de chercheur. Ensuite, j'expliquerai la mise en pratique et le contexte des entretiens. Je présenterai, dans un dernier temps, la méthode d'analyse de ces derniers.

2.1. La démarche clinique et des histoires de vie

L'adjectif « clinique » est emprunté au latin "clinicus" qui signifie "médecine exercée près du lit du malade". Les mots latins sont eux-mêmes tirés du grec « klinikos » et « kliné » qui veulent dire respectivement "médecine exercée au lit du malade" et 'lit". « Kliné » est lui-même dérivé de « klinein » qui veut dire "pencher, incliner".

Ainsi, avec la démarche clinique nous allons à la rencontre de la personne, comme le médecin va à la rencontre du patient, pour lui permettre d'avoir une observation directe de la situation plutôt qu'une approche essentiellement théorique. Le chercheur va mettre en œuvre ses sens (dans l'acception principale d'observation) et aussi discuter avec le sujet afin de permettre la mise en mots et ainsi faire émerger un savoir sur la situation, ce qui correspond pour le médecin à l'établissement du diagnostic.

Cette méthodologie clinique est particulièrement intéressante quand il s'agit de travailler avec des situations singulières. Elle fait appel à un vécu et prend nécessairement en compte la subjectivité et les ressentis des participants.

Construction d'une démarche de recherche

La démarche clinique permet d'avoir accès à l'humain, un peu comme le reprennent Bourdieu et Passeron, "*D'avoir affaire à un objet qui parle*" (1969, p.56). Ils parlent ici de l'objet, nous serons vigilants à le penser auteur. Cette approche est particulièrement adaptée lorsque l'on veut permettre une compréhension en profondeur des ressentis, des vécus et des contextes. La clinique permet au sujet d'apporter une lecture des faits par lui-même et d'élaborer ce qu'il a comme compréhension de ceux-ci (Yelnik, 2005).

Ainsi, la clinique opère au cas par cas (Barbier, 1997), elle permet, en effet, d'aborder chaque cas comme une situation unique qui interpelle, qui déstabilise et qui oblige à aller à la rencontre de nouvelles expériences. L'entretien clinique a pour principal intérêt de permettre le récit et particulièrement le récit de soi par rapport à un moment de sa vie ou un thème spécifique. Ce récit, dont la base est la parole et le langage, nous permet ainsi d'accéder au cas clinique, c'est à dire, une situation singulière qui permet une production de savoir à partir de l'expérience recueillie.

Il est à noter que la démarche clinique, à la différence d'une démarche expérimentale, est une approche qui engendre la proximité et l'implication du chercheur, car le chercheur et son thème de recherche est alors en étroite corrélation. Lors de ses études, le psychologue clinicien entendra dans son parcours universitaire la notion de "bonne distance". Personnellement, j'y oppose la notion de "bonne proximité" qui rejoint, à mon sens, la création d'un espace intermédiaire permettant le dialogue et la construction de savoir entre le sujet et le chercheur. Cette notion est particulièrement développée par Winnicott qui parle d'espace intermédiaire entre la mère et l'enfant, espace dans lequel se construit l'autonomie et l'identité de l'enfant. De son côté A. de Peretti estime que la notion de bonne distance n'existe pas. Il propose la métaphore du colibri qui dispose de la marche arrière ce qui lui permet de toujours voler à la juste distance ou proximité de la fleur pour en extraire le nectar. Il ne se pose pas, il ne s'appuie pas, mais il en est suffisamment proche.

2.1.1.La clinique-dialogique, une origine complexe

En ce sens, il y a de cela une vingtaine d'années, Martine Lani-Bayle a commencé à faire émerger un concept spécifique tiré de deux aspects importants de sa pratique en tant que psychologue et en tant qu'enseignante : la clinique-dialogique. Ces deux termes ont été associés par elle car, comme nous l'avons évoqué, le mot clinique utilisé seul peut être source de malentendu et être associé à des univers différents, voire opposés. Dès lors, en reliant les deux mots de clinique et dialogique, Martine Lani-Bayle différencie clairement cette pratique de la pratique clinique thérapeutique ou expérimentale.

L'usage du terme « clinique » qu'elle propose est en lien avec la clinique piagétienne et la notion de dialogique est reliée aux écrits d'Edgar Morin en relation avec la "pensée complexe". Celle-ci est présentée dans les années 80, notamment dans son livre *Science avec conscience.* Il nous explique que la recherche de méthode procède non d'une vision unitaire de la connaissance ou du savoir mais qu'il se trouve au carrefour d'une intercommunication et que cette communication dialogique permet la construction de cette conscience (Morin E., 1982). Le matériel recueilli dans le cadre d'une clinique-dialogique permet ainsi de sortir d'un procès de manque de scientificité car il y a une fédération, le dialogique permet de ne pas opposer les contraires créant une tension source de réflexivité plutôt que de manichéisme.

Cette pensée complexe permet, dès lors, l'émergence de nouveaux savoirs dans la mesure où l'on accepte l'idée qu'elle prend en compte le caractère multidimensionnel et imbriqué de chaque situation, ne pouvant exclure aucun domaine de pensée. Ainsi, la pensée complexe renvoie à une approche nécessairement transdisciplinaire, particulièrement importante pour cette recherche dont l'objet s'intègre dans le milieu des soins palliatifs qui a voulu faire de son fonctionnement un fonctionnement transdisciplinaire. Le terme « complexe » est considéré par Morin dans son étymologie "complexus" c'est à dire "ce qui est tissé ensemble", qui évoque bien le travail de recherche sous un angle dialogique, puisque la co-construction entre auteur et chercheur en fait partie tout en prenant une place toute particulière dans le domaine de la formation. C'est une relation à parité, il y a différence et dissymétrie, mais il n'y a pas de hiérarchie, même dans une relation médecin/patient. Chacun étant porteur de savoir : le patient a un savoir intérieur et le

médecin a un savoir extérieur et le dia « logos » permet la confrontation de ces deux langages. Pour Edgar Morin, ce sont deux avis différents qui vont s'alimenter l'un l'autre, sans pour autant qu'il y ait de tentative de réduction.

La clinique-dialogique s'inscrit dans plusieurs courants, dont celui de la psychologie du développement avec Piaget qui, dans son ouvrage *La représentation du monde chez l'enfant* (Piaget, 1926), décrit et illustre ses entretiens cliniques auprès des enfants comme une écoute attentionnée de leur parole. Alors qu'il étudie les processus d'apprentissage des enfants, il cherche à faire émerger leur parole sans la canaliser ni la suggérer, considérant que les réponses des enfants à ses questionnements de chercheur sont dignes d'intérêt. Ce qui, pour l'époque et encore de nos jours, est une posture tout a fait novatrice. Le clinicien est toujours un équilibriste débutant et il met en garde, toutefois, contre la posture du clinicien-chercheur qui peut donner trop ou pas assez d'importance à cette parole et donc la dénaturer.

Selon Piaget, il existe, en effet, cinq façons de répondre au clinicien-chercheur : le *n'importequisme,* la *fabulation,* la *croyance suggérée,* la *croyance déclenchée* et la *croyance spontanée*. (Piaget, 1938, p.13)

Dans un travail de recherche, c'est la croyance déclenchée qui est la plus à même de se montrer et de produire du savoir. Cet aspect nous intéresse particulièrement car cela laisse à l'enfant - ou à l'adulte, dans notre cas - la possibilité de répondre à partir d'une proposition nouvelle et sans suggestion, ce qui permet d'aborder un nouveau savoir. La difficulté du clinicien sera, dès lors, de maintenir une posture la plus neutre et ouverte possible afin de ne pas suggérer les réponses attendues. Si cet aspect est d'autant plus important chez les enfants, il est indéniable que ce processus de suggestion intervient aussi chez l'adulte et qu'il nécessite une vigilance accrue de la part du clinicien-chercheur.

Si Piaget est une des origines de l'orientation clinique en recherche, il n'en est pas le seul. C'est aussi à la pensée d'Edgar Morin que nous devons un autre aspect de cette clinique. En effet, ce qui prévaut chez lui, c'est la notion de complexité que nous avons déjà abordée un peu plus haut. Dans ses ouvrages intitulés *La Méthode*, Edgar Morin aborde la thématique de la connaissance sous l'angle de la complexité. Il développe dans de nombreux ouvrages cette notion d'accès à la

connaissance par la complexité et j'aime à reprendre son ouvrage s'intitulant *Les 7 savoirs nécessaires à l'éducation du futur* dans lequel il décrit que "l*a connaissance pertinente doit affronter la complexité", "il y a complexité lorsque sont inséparables les éléments différents constituant un tout (...) et qu'il y a un tissu interdépendant interactif et inter-rétroactif entre l'objet de connaissance et son contexte, les parties et le tout, le tout et les parties, et les parties entre-elles. La complexité, c'est, de fait, le lien entre l'unité et la multiplicité.*" (Morin E. 2000, p17)

Cette Méthode se différencie de la méthode dite de simplification qui est développée par Descartes, dans le *Discours de la méthode*, et qui oriente la pensée vers trois préceptes : la *division,* la *simplification* et l'*énumération*, (Descartes, p206) trouvant tout son sens dans les sciences mathématiques. Or, elle ne permet pas, en sciences humaines, de faire émerger les enchevêtrements des événements et des situations. Morin se positionne clairement dans une pensée réfutant la linéarité d'une pensée cartésienne simplifiante, au profit de la complexité d'une arborescence.

Cependant, cette complexité demande à observer les objets dans leur profondeur, leurs contradictions et dans leur complémentarité. Morin forge sa réflexion dans la dialogique et non dans la dialectique qui marquerait une recherche d'opposition. La dialogique permet alors de faire s'articuler des notions complémentaires qui donneraient une vision plus globale des différents éléments du réel. "*Le principe dialogique unit ainsi deux notions ou principes qui devraient s'exclure l'un l'autre, mais qui sont indissociables dans une même réalité (vie-mort, autonomie-dépendance, subjectivité-objectivation, implication-distanciation)*" (Lani-Bayle, 2014, p. 22). Le travail de recherche présenté ici est au carrefour de cette tension car la vie et la mort, indissociables dans notre réalité, s'excluent pourtant totalement à un niveau linéaire. Nous pouvons même reprendre certaines des définitions de la mort qui la définissent comme étant l'absence de vie. Nous étudierons, dès lors, cette tension entre la réalité du vivant au contact de l'expérience de la mort. Pas la sienne puisqu'on ne peut pas y avoir accès directement (quoiqu'il puisse en être question), mais celle du "Tu", de l'altérité.

2.1.2.La clinique-dialogique dans la recherche en Sciences de l'Education

Tout d'abord, il faut noter que la clinique-dialogique en formation est une méthodologie qui permet de créer un espace réflexif de formation en prenant en compte l'histoire et les interactions de la personne. C'est une approche que nous pouvons qualifier de globale et évidemment complexe dans le sens morinien du terme, comme nous venons de le voir. Selon Martine Lani-Bayle, la clinique-dialogique émerge "*de l'expérience et se situe au cœur de la multiplicité et de la complexité de la vie qu'elle cherche à raconter et par là à réfléchir*." La réflexion se construit au fur et à mesure du dialogue entre un narrateur et un narrataire, elle se crée en avançant.

Ainsi dans la recherche, cette approche permet de faire émerger un processus réflexif en mettant en mots l'expérience et le vécu de la personne à travers un dialogue cognitif, réflexif et émotionnel. Elle n'est en aucun cas thérapeutique dans sa visée et elle ne cherche pas à prouver mais à faire jaillir des réflexions, des hypothèses, de mettre des mots sur un éprouvé d'une situation ou d'un vécu. Cette méthode a comme particularité de remettre le "JE" au centre de la recherche. Dans la présente recherche, les deux “JE" - celui du chercheur et celui de chaque sujet - auront autant d'importance car ils concordent à une co-construction de savoir commun autour d'une expérience rencontrée par les deux parties. Nous reverrons cette problématique du chercheur et de l'objet de sa thèse dans une autre partie. L'objectif de ce présent travail de recherche sera donc de faire émerger un savoir spécifique dont le narrateur est le dépositaire sans le savoir et qui nous permettra de le faire remonter du terrain d'expérience. Par là-même, nous pouvons dire que cette recherche est inductive, c'est à dire qu'elle va générer un déclenchement d'un phénomène réflexif.

Réflexion autour d’une théorie

La recherche se fait à parité, c'est à dire que le sujet chercheur et le sujet "avec" lequel se fait la recherche sont tous les deux considérés comme agissant et réfléchissant, et faisant partie intégrante de la recherche. Ce travail permet une interaction entre leurs deux pensées verbalisées et c'est l'étude de cette espace réflexif, de cette relation singulière, qui fera émerger un savoir tiers. Il s'agit d'explorer des parcours de vie qui vont permettre de créer une réflexion. Pas une révélation - au sens thérapeutique

du terme - mais plutôt une notion d'accouchement de la pensée, au sens de Socrate et du savoir implicite du sujet autour de son expérience de vie. Le retour sur leur parcours de vie va permettre d'identifier la façon dont les sujets ont utilisé leur propre expérience. Ici, pour pouvoir les accompagner quand elles se trouvent en fin de vie. Notre projet est de faire émerger les savoirs expérientiels issus de la vie qui ont permis aux psychologues intervenant en soins palliatifs de travailler avec et malgré la proximité de la mort.

On observera, dans la recherche, que cette co-construction de savoir permet une mise en perpective de l'expérience vécue pour en faire émerger une nouvelle connaissance peut-être plus consciente ou enfin construite. Les sujets abordent à plusieurs reprises cette notion en disant : "*Ah je n'y avais pas pensé avant…*", Babette ira même jusqu'à dire alors que nous abordons le *burn-out* qui l'a poussé à arrêter sa pratique en soins palliatifs :" *Je n'ai jamais reparlé de ce moment avant aujourd'hui*".

Remarque à chaud

Cette démarche de clinique-dialogique s'inscrit, donc, au niveau de la recherche mais aussi dans la formation : on la retrouve ainsi dans l'enseignement dispensé à Nantes en Sciences de l'Education. Martine Lani-Bayle, dans sa pratique d'enseignante, co-construit les savoirs avec ses étudiants, leur permettant d'expérimenter leur propre réflexivité. A Tours aussi, dans le cadre du DIUSP [29], le travail de co-construction narrative de l'expérience permet de faire émerger de nouveaux savoirs pour les étudiants, par exemple, l'utilisation de porte-folio [30] qui autorise un travail réflexif sur les expériences professionnelles. Ainsi, un savoir se crée à la confluence de trois niveaux : le savoir formel apporté par l'enseignant, le savoir expérientiel apporté par les étudiants et le savoir situationnel qui émerge des mises en situation. La subjectivité de chacun et le croisement de ces savoirs sont à l'œuvre et permettent la création de nouveaux savoirs.

Tous ces exemples montrent bien que la mise en oeuvre du récit comme démarche méthodologique dans une recherche est à prendre en considération, de façon à faire découvrir de nouvelles manières d'aborder les savoirs expérientiels issus de la mise en mots de parcours de vie. La lecture des faits par le sujet et leur formulation, même subjective, constitue donc la base de notre méthodologie. Le

[29] DIUSP : Diplôme Inter Universitaire de Soins Palliatifs

[30] Travail de Caroline Gallé-Gaudin Docteur en Sciences de l'Education

récit d'expérience n'est pas une description exacte de la réalité, il se base sur une représentation subjective et comporte une part de reconstruction imaginée. Je m'intéresserai, donc, à la reconstruction de l'expérience par le sujet, la façon dont celui-ci ré-écrit une partie de son histoire en en tirant un sens qui lui appartient. En effet, au cours de l'entretien, le sujet est en cours d'élaboration de la narration de son parcours et on peut voir apparaître des silences, des hésitations qui participeront aussi de la représentation même de la réflexivité du sujet sur son histoire. Cela crée, pour lui, un espace intermédiaire d'autoformation qui peut, par ailleurs, lui apporter une meilleure connaissance de lui-même, et nous en apporte une sur ce qu'il vit et comment. Cela pourra se révéler source de savoirs pour la science autant que pour les politiques institutionnelles.

Emergence d'un objectif possible

2.1.3. Les acteurs de la clinique-dialogique

Les protagonistes de la clinique-dialogique sont le narrateur et le narrataire.

Le Narrateur est le sujet de la recherche. Il accepte de se raconter dans une relation duelle et d'aborder certaines périodes de son expérience de vie. Dans ce travail, nous pourrions imaginer que la question n'est pas impliquante dans un premier temps, car le narrateur est sollicité sur son expérience et sa mise en mot, mais il peut émerger, dans un second temps du dialogue et de l'espace de réflexivité que cela crée, des événements personnels qui viennent mettre en lumière un parcours de formation intime et singulier. Cependant, cette relecture ou réécriture (au cours de l'entretien clinique dialogique avec le narrateur) va permettre une compréhension nouvelle de la situation.

Le Narrataire est le chercheur à l'origine du travail. Son rôle consiste à faire émerger une parole et à créer l'espace pour la recevoir. C'est une co-construction dialogique dans laquelle le narrataire doit pouvoir accompagner la parole tout en l'observant et tenir cette posture pour le narrateur et lui-même. C'est une position infiniment complexe dans laquelle le narrataire est à la fois le moteur et le conducteur. Un peu comme cette métaphore utilisée par Martine Lani-Bayle où, comme lorsque l'on

apprend à faire du vélo, il faut à la fois pédaler, avancer et garder l'équilibre et être capable même de se regarder le faire...

L'entretien de clinique-dialogique est un entretien que Martine Lani-Bayle caractérise d'a-hiérarchique : c'est une relation horizontale, paritaire où chacun des protagonistes est détenteur de savoirs à dominante théorique et expérientielle. Dans ce travail, nous verrons que cette horizontalité est particulièrement représentée car j'ai rencontré les sujets de ce travail comme mes pairs. Je voulais, par cette recherche, aller à la rencontre de certaines moments ou événements de vie sans être dans une posture haute de sachant, mais bien dans une volonté d'apprendre de l'autre et de son histoire. Cela permet au narrateur de prendre une certaine distance avec sa propre histoire en la verbalisant. Et cela demande au narrataire la rencontre de terrains parfois éloignés des savoirs théoriques connus ou même de ses propres réflexions. Il faudra, cependant, être vigilant car cette posture est complexe, toujours au sens morinien du terme, et peut entraîner une confusion des rôles ou des glissements vers une fonction thérapeutique bien connue des psychologues mais qui ne sera pas notre propos ici. C'est pourquoi, le narrataire doit être le garant d'un espace « secure », au sens de Cyrulnik (1989, 1993, 1999), dans lequel le narrateur peut se raconter dans une rencontre humaine singulière sans jugement, ni interprétation.

Pourtant, cette horizontalité dans la relation narrateur-narrataire, maintient une "normale" asymétrie dans la relation. En premier lieu dans l'entretien, où la parole est majoritaire chez le narrateur (même si, dans ce travail, la dialogique, qui incite à l'expression aussi du narrataire-chercheur, est particulièrement à l'œuvre et créatrice de questions réflexives) puis, en second lieu, dans le fait que l'objectif est de les recueillir. Par exemple, à certaines occasions, l'histoire du narrateur fait ressortir une histoire chez le narrataire qui amène une nouvelle question et un nouvel espace pour le narrateur. C'est aussi une co-construction a posteriori car, après retranscription, les entretiens ont été relus par leurs auteurs afin qu'ils puissent apporter les modifications nécessaires et avoir un regard sur le discours qui sera utilisé dans la recherche et éventuellement commenter leur réflexion. Nous nous attarderons plus tard sur cette question, mais il se trouve que les participants sont peu revenus sur leur propos, m'autorisant à garder tout ce qui appartenait au domaine personnel et qui permettait de comprendre leur parcours

Mise au travail

professionnel et de formation. Dans un deuxième temps, dans le cas de notre travail de recherche, l'écriture du travail de recherche crée une nouvelle asymétrie car, même si le narrateur a validé et émis des suggestions sur la retranscription des entretiens, le chercheur devient le seul dialoguiste de l'analyse. Cependant, le "dialogue interne" du chercheur reste marqué par ce dialogue premier avec les sujets et le discours de ces derniers continue de colorer le travail de lecture réflexive du chercheur. Ces allers et retours entre l'horizontalité et l'asymétrie sont éminemment complexes et vecteurs, eux aussi, de construction de savoirs.

Afin de poursuivre l'étude de notre méthodologie et pour l'ancrer dans les différents courants dont elle est issue, je propose d'aborder quelques notions théoriques concernant les histoires de vie et ainsi les re-contextualiser.

2.1.4.Les histoires de vie

Le courant des histoires de vie est assez récent dans l'histoire des sciences humaines. Il prend sa source dans une approche sociologique aux Etats-Unis, à Chicago, avec la première étude sur l'émigration, ici de paysans polonais, réalisée par Thomas et Znaniecki autour de 1918 (nouvelle édition d'un seul volume en 1996). A l'époque, les chercheurs souhaitaient faire émerger une compréhension des bouleversements de la ville de Chicago qui faisait face à des questions d'immigration et d'intégration. L'objectif était de recueillir les récits d'émigrés à Chicago via une approche biographique. Cette étude est devenue un travail de référence dans le courant des histoires de vie, érigeant en modèle l'approche biographique qui se centre sur la personne et le rapport à son environnement : "l'écologie humaine".

L'approche biographique est une démarche qui est utilisée, en recherche, dans le cadre de la sociologie. Un de ces premiers défenseurs est Bertaux, qui utilise ce qu'il appelle le récit de vie dans le cadre de la recherche sociologique, voire même anthropologique. Cependant, c'est une utilisation du récit de vie dans lequel le narrateur est considéré comme un objet d'investigation. De Gaulejac, en France, va développer un courant de la sociologie clinique qu'il contribue à créer avec quelques pionniers, dont des psychanalystes, qui articule sociologie bourdieusienne et psychanalyse

freudienne. Les histoires de vie sont alors utilisées comme un outil d'accompagnement par l'approche biographique, mais avec une visée thérapeutique. (dans le cadre des maladies sociales)

Plus tard, dans les années 80, un auteur fondateur du courant des histoires de vie en sciences de l'éducation et cette fois à visée formative, publie un ouvrage de référence, il s'agit de : *Produire sa vie, autoformation et autobiographie* de Gaston Pineau et Marie-Michèle, la partenaire narratrice (1ère édition, 1983). Cet ouvrage met en perspective l'intérêt et les effets de la réflexion sur son histoire par la narration de soi et la dimension autoformative de la création de cette espace de réflexion. Ainsi, Pineau définit les histoires de vie : "*comme une pratique autopoïetique c'est à dire qui travaille à produire elle-même sa propre identité en mouvement et à agir en conséquence*." (Pineau & Le Grand, 2013, p 4) Cette approche s'est avérée résolument orientée vers l'auto-formation.

D'autres pionniers, comme Desroche ou Legrand vont contribuer à faire des histoires de vie un courant qui se développe vers des axes multiples. Desroche abordera, en 1984, une forme particulière d'autobiographie dite *raisonnée*, *véritable art de l'accouchement mental. (*Desroche, 1984). De son coté, Legrand approfondira la réflexion sur les *Apports Biographiques* (1993) et questionnera des perspectives plus psychanalytiques comme Guy de Villers.

C'est en 1991 qu'est créée l'Association Internationale des Histoires de Vie en Formation et de Recherche Biographique en Education : ASIHVIF. Cette association permet de regrouper des chercheurs autour de la même démarche de recherche et d'accompagnement. Ces praticiens sont sensibilisés aux enjeux de formation et d'éducation des adultes et aux liens spécifiques entre formation et histoires de vie. Les travaux de cette association se situent dans l'axe de l'anthropoformation, elle soutient l'intérêt des histoires de vie dans le champ de l'éducation des adultes. L'association est régie par une charte et soutient les enjeux éthiques "*d'une perpective émancipatrice*" de la formation tout au long de la vie.

Étonnement, la psychologie a peu participé au développement de cette approche, même si elle pourrait s'en rapprocher à bien des égards. On peut expliquer cette distance par le fait que la psychologie, dans sa recherche de scientificité, s'est plutôt orienté vers les démarches expérimentales de la psychologie cognitive et, dans la pratique, utilise le récit à visée thérapeutique.

C'est, donc, dans le cadre des Sciences de l'Education que l'approche s'est le plus développée et particulièrement à visée formative et de recherche. Elle est particulièrement représentée par les concepts d'autoformation, de socioformation, d'écoformation en lien avec l'ingénierie de la formation transdisciplinaire. Ces travaux sont particulièrement portés par Pineau qui les a initiés avec quelques pionniers (1998). Lani-Bayle (1997, 1998, 2006, 2007) a aussi grandement contribué à la démarche des histoires de vie et du rapport au savoir de la personne. Elle aborde ces questions sous différents angles : la (non) transmission intergénérationnelle, les histoires de nuit, récits d'enfants, les histoires de vie en situations extrêmes.

Nous pourrions également citer de nombreux autres auteurs qui ont contribué au développement de cette démarche : dans le domaine social avec les travaux d'Abels (2006) ou de Chaput-Le Bars, ou dans le domaine de la médecine narrative, courant développé par Charon (2008).

Mais nous développerons ici deux aspects plus prégnants du courant des histoires de vie :

- les histoires de vie en Sciences de l'Education, qui a une implication dans la pratique d'accompagnement de la personne dans son parcours de formation
- les histoires de vie dans le cadre de la recherche, qui permet de faire émerger des savoirs à visées scientifiques. Ce travail se trouve au carrefour de ces deux approches.

A. Les histoires de vie en formation

Pineau, Dominicé, de Villers et Jobert ont été à l'origine de ce courant des histoires de vie en formation. Ils se sont appuyés sur la maïeutique de Desroche (1984) qui consistait en une méthode « d'accouchement » des projets de l'adulte. Pineau complétera cette notion par la valeur auto-formative de la vie quotidienne et des expériences de vie. Cet aspect intéresse particulièrement ce travail de recherche car il tend à réfléchir à la façon dont le soignant peut transformer une expérience de vie en expérience proche de la mort. L'adulte ré-approprie son pouvoir de formation. C'est la notion de formation expérientielle qui permet d'identifier ce qui a été formateur dans le passé et qui pourra être utilisé au présent et à l'avenir. L'histoire de vie est une démarche qui permet

de reconnaître ce que j'ai appris et comment je l'ai appris. La démarche des histoires de vie permet de faire ressortir des savoirs implicites, *insus* selon l'expression de Le Grand (1989, p109-120) et de les transformer en savoirs explicites, reconnus et utilisables.

Les histoires de vie en formation permettent au sujet de s'autonomiser par rapport à ses propres savoirs, de les faire émerger à sa conscience pour devenir des savoirs mobilisables dans de nouvelles activités. Ainsi, le sujet n'est plus uniquement soumis à la formation académique dispensée par les institutions, il peut par lui-même développer de nouveaux savoirs issus de sa propre réflexivité sur son histoire.

Il est à noter que de raconter un épisode de sa vie ne change pas ce qui s'est produit, mais il permet de le re-penser et de l'envisager dans une approche différente. Ce travail est particulièrement développé par Pineau et Lani-Bayle, c'est le potentiel formateur de la co-construction de sens entre le narrateur et le narrataire, ces derniers étant les acteurs de la clinique-dialogique.

B. Les histoires de vie en recherche

Les histoires de vie sont également utilisées en recherche et particulièrement dans le cadre de la "recherche-action", concept développé par Barbier qui l'utilise pour la première fois en 1996. Il enrichira ce concept de la notion de "recherche-action existentielle" (Barbier 1997, p 253), Pineau et Le Grand développeront la notion de "recherche-action formation" (Pineau & Le Grand 2013, p13).

Ainsi, ce type d'approche permet aux personnes de se questionner sur leur vie à travers la mise en récit d'événements précis ou de leur vie dans sa globalité. La mise en mot permet une réflexivité qui va être à l'origine d'un espace de formation et mettre en lumière le savoir *insu* (Lani-Bayle, 1998, p. 95-98) de la personne. Dans le mot « insu », à la différence de l'insu que nous avons développé en première partie, Lani-Bayle décrit deux notions : "*in*" qui correspond à l'intérieur de la personne, le "*su*" qui renvoie au savoir. "*Ce*

Thème important

savoir incarné, car vécu, incorporé, mais qui en soi ne se sait pas car (encore) dénué de mots." (Lani-Bayle, 1998, p 127). La réflexivité et la mise en mot d'événements de vie est donc à la base de la recherche dans le cadre des histoires de vie. Les recherches qualitatives dans le cadre de l'ASIHVIF (Association des histoires de vie en formation) permettent d'explorer les processus mis en œuvre par l'individu pour mettre en forme son expérience avec son environnement social, professionnel et affectif et de la rendre signifiante pour lui. Cette association est aussi garante d'une charte qui permet de reconnaître un cadre déontologique de travail.

De telles recherches se différencient par leur caractère partenarial, car elles impliquent les sujets participants à une construction et production de savoir. Selon la typologie développée par Pineau & Le Grand, je dirais que l'action de recherche de ce travail se situe entre l'entretien de récit de pratique ("*c'est un tronçon du vécu d'un certain nombre de personne correspondant à une pratique sociale*" - dans notre cas : "Comment devient-on psychologue en soins palliatifs?") et le témoignage qui "*correspond au sens étroit à l'action de faire part de son expérience vécue dans un cadre institutionnel défini*" (Pineau & Le Grand, 2013, p.109).

Nous venons de résumer un certain nombre d'aspects fondamentaux en lien avec la clinique-dialogique et les histoires de vie qui permettent de percevoir les différents niveaux d'études possibles à savoir la formation et la recherche. C'est, donc, cette double méthodologie que nous avons tenté de décrire, qui sera la base de notre travail de recherche.

Coeur de méthodologie

2.2. Présentation des Narrateurs et synthèse des lieux d'entretiens

	Age	Lieu de travail	Durée de pratique en SP	Ancienneté en tant que psychologue
Alexandre	45 ans	EMSP, CETD	14 ans (arrêt)	15 ans
Sophie	31 ans	Réseau SP	6 ans	9 ans
Babette	52 ans	EMSP	3 ans et demi (arrêt)	15 ans
Armelle	26 ans	EMSP, pédiatrie, USP	2 ans et demi 3 ans et demi	4 ans
Emilie	38 ans	USP	6 ans et demi (arrêt)	14 ans

FIGURE N°5 : TABLEAUX DE PRÉSENTATIONS DES NARRATEURS

Pour ce travail de recherche, j'ai pu rencontrer 4 psychologues et effectuer 5 entretiens. Il est à noter que l'ordre de présentation des personnes correspond à l'ordre de passation des entretiens. Excepté Alexandre, les 3 autres participantes sont des personnes avec lesquelles j'avais déjà eu l'occasion d'être en contact pour des questions professionnelles, ayant même travaillé avec certaines. La dernière participante n'étant autre que moi-même, puisque j'ai choisi d'inclure ma propre expérience dans ce travail de recherche. Par le biais du questionnaire envoyé à tous les psychologues du territoire exerçant en soins palliatifs, je pouvais contacter un grand nombre d'entre eux. Cependant, j'ai rencontré deux limites. La première étant qu'ils n'étaient pas nécessairement à proximité et cela compliquait la démarche d'entretien, la deuxième étant que les personnes que j'ai contactées, parfois à plusieurs reprises, n'ont pas donné suite à ma proposition. Il est probable que la connaissance des participants ait facilité la mise en oeuvre et la relation de confiance. Pour Alexandre, nous nous sommes rencontrés dans le cadre d'un séminaire. J'avais pris le temps de lui expliquer ma démarche et il a accepté de participer à l'entretien malgré la distance géographique.

Selon le ratio homme/femme dans le milieu de la psychologie, j'estime avoir de la chance de compter un homme parmi ce petit nombre de narrateurs. Le tableau fait ressortir une information que je n'avais pas notée auparavant et qui pourtant apparaît importante à prendre en compte : les trois personnes à avoir arrêté les soins palliatifs sont celles qui ont la plus grande ancienneté. Par contre, ils n'ont pas le même temps de pratique en soins palliatifs, est-ce une certaine expérience

professionnelle et un confort qui leur permettent de prendre des décisions de changement ? Peut-être aurons-nous l'occasion d'y revenir.

Au cours des paragraphes suivants, je vais vous présenter le contexte de passation des entretiens, aucun ne s'est passé dans les mêmes conditions, mais nous avons toujours fait notre possible pour créer un espace sécurisant.

2.2.1.Alexandre

Nous avons fait connaissance au cours d'une journée de formation en hypnose. Je lui avais alors parlé de mon sujet de thèse et comme il quittait tout juste une équipe mobile de soins palliatifs, il a accepté de faire partie des narrateurs. Alexandre vivant dans une grande ville de l'est de la France, nous aurions eu du mal à nous rencontrer, c'est pourquoi, nous connaissant déjà grâce à cette journée de formation, nous avons décidé de mener cet entretien à distance par Skype. Il était dans son bureau universitaire et j'étais moi-même dans le bureau de mon cabinet libéral. Nous étions tout les deux confortablement installés dans nos espaces respectifs, la vidéo de Skype permettant de maintenir un contact visuel qui témoignait de l'implication des personnes dans l'entretien, à la différence d'un contact téléphonique où l'on ne voit pas la personne.

2.2.2.Sophie

J'ai rencontré Sophie lors d'un remplacement que j'ai effectué dans la structure dans laquelle elle exerçait. Nous n'avons quasiment pas travaillé ensemble. Mais, nous avions déjà eu l'occasion de nous rencontrer car Sophie était venue faire un stage de validation de son DU de soins palliatifs dans l'Unité de Soins Palliatifs dans laquelle je travaillais.

L'entretien s'est déroulé dans le bureau que nous partagions, mais que nous n'occupions jamais en même temps, sauf une demi-journée toutes les deux semaines et nous avons profité d'un moment de

présence commune pour faire l'entretien. Nous étions installées dans des fauteuils autour d'une table basse. C'est un mobilier d'hôpital fonctionnel dans lequel nous étions à notre aise, en face à face à deux mètres l'une de l'autre.

2.2.3.Armelle

Nous nous sommes rencontrées à deux reprises à une grosse année d'intervalle.

Le premier entretien a eu lieu dans les locaux de l'équipe mobile de soins palliatifs dans laquelle elle travaillait. Nous étions installées dans la salle de réunion de part et d'autre d'une table circulaire de deux mètres de diamètre, légèrement de biais avec un angle de 140° permettant de s'observer l'une l'autre mais, aussi à certains moments, permettant de perdre son regard droit devant soi sans pour autant croiser le regard de l'autre.

Le deuxième entretien a eu lieu dans le bureau d'Armelle dans le service de pédiatrie. Cela faisait un an que je n'étais pas venue dans un service hospitalier et la première chose qui m'a frappée, c'est l'odeur d'hôpital lorsque je suis sortie de l'ascenseur. A posteriori, je me demande si, lors du premier entretien, j'avais tellement l'habitude de celle-ci que je ne l'ai pas sentie ou si elle était plus présente dans le service de pédiatrie. Le service d'Armelle est l'équipe mobile de soins palliatifs pédiatriques, il est attenant au service d'hospitalisation de cancérologie pédiatrique. Pour arriver à son bureau, Armelle doit traverser ce service d'hospitalisation, ce que j'ai fait aussi le jour de l'entretien, entre-apercevant les enfants malades et leurs parents. Nous étions installées dans des fauteuils autour d'une petite table basse, en face à face.

2.2.4.Babette

L'entretien a eu lieu à son domicile, je suis venue la rencontrer chez elle. C'est un lieu que j'avais déjà eu l'occasion de fréquenter lors d'une précédente rencontre. Nous étions confortablement

installées dans son salon, elle dans son canapé, moi dans un fauteuil à proximité d'elle. Nous n'étions pas en face à face mais selon un angle de 120°, cela ne nous empêchait pas d'avoir un contact visuel très constant. C'était un espace propice à la sécurité et à la confidence, à la différence d'un bureau de service hospitalier.

Synthèse

Je constate que nous avons effectué les entretiens dans des lieux très divers et des organisations tout aussi différentes. Cependant, il résulte un aspect commun concernant leur bon déroulement. En effet, nous avons pu, à chaque fois, nous retrouver dans un contexte sécurisant qui a permis une parole libre. Il me semble que les lieux n'ont peut-être pas d'importance si l'on est garant d'une certaine tranquillité (particulièrement dans le cadre hospitalier) et si l'on s'attache à la relation de confiance qui est en jeu pendant l'entretien clinique-dialogique. Dans l'analyse qui vous est présentée par la suite, les participants seront présentés de façon plus détaillée.

De l'importance d'un contexte de rencontre sécure

2.3. Ma posture de chercheuse

Il a été important pour moi de m'interroger sur la posture de chercheur et cela dans la mesure où les frontières entre les différents rôles sont parfois ténues. "*Si nous sommes chercheur extérieur, notre présence sur le terrain requiert un temps long, si nous sommes praticien, nous nous autorisons à transformer notre pratique en terrain de production de connaissance*" (M. Cifali, 2001, p 295) Ainsi, j'ai souhaité évoquer le contrat moral dans lequel je me suis positionnée et qui prend en compte le contrat oral que nous avons passé ensemble : narrateur et narrataire. De plus, cela m'a permis de me réapproprier des concepts importants développés dans le cadre de la psychologie

humaniste et de la pédagogie, c'est à dire l'écoute empathique. Ces aspects s'avèrent, en effet, indissociables de la co-construction dialogique.

2.3.1.Contrat

Ma posture de chercheur est intimement liée à ma posture de psychologue exerçant depuis presque 20 ans, dans les services de soins palliatifs mais aussi en cabinet libéral. Cela donne une couleur à mes entretiens qui sont orientés par cette double casquette. Évidemment, mon action en tant que chercheur n'est pas la même que celle de psychologue clinicienne, mais la clinique reste le dénominateur commun de ces deux pratiques. A la base, c'est donc le code déontologique du psychologue qui a orienté ma façon de procéder. C'est une pratique que j'ai intégrée depuis plusieurs années, mais qu'il m'a fallu requestionner par rapport à la recherche, l'entretien clinique du psychologue en consultation n'étant pas l'entretien clinique-dialogique et les visées et objectifs étant bien différenciés. Le principe général du code de déontologie qui consiste à être dans le respect de la personne, de son autonomie et de son anonymat est le principe qui fondera, aussi ma pratique au cours de cette recherche. De même, trois autres grands principes ont été pris en compte dans mon travail : rigueur, intégrité et respect du but assigné. Nous constatons, dès lors, que le code de déontologie des psychologues rejoint le code de déontologie de toute recherche qualitative.

Ainsi, un contrat oral a été passé avec tous les sujets de mon étude leur signifiant :

- Les limites de leur engagement : à tout moment, ils peuvent se retirer du travail de recherche
- Le respect de leur anonymat en modifiant les noms, les villes et les dates et en faisant disparaître à leur demande ce qui ne relevait pas de la recherche.
- L'organisation du recueil de données par le biais d'entretiens enregistrés et retranscrits.

2.3.2.Une écoute empathique

La qualité de la relation se base sur l'écoute empathique développée par Carl Rogers dans les années 60 : c'est l'approche centrée sur la personne qui nécessite plusieurs conditions à sa bonne mise en place. Cependant, il est clair que nos entretiens ne se situent pas dans un cadre thérapeutique mais bien à un niveau d'entretien clinique-dialogique qui prend en compte la qualité de relation développée par Rogers.

A. Suis-je authentique et ai-je bien conscience de qui je suis ?

Cette question semble importante dans le cas de notre recherche et pose la question du chercheur et de son sujet. En effet, mon implication[31] dans cette recherche est à prendre en compte à plusieurs niveaux. Elle se retrouve au niveau de la profession que je partage avec les collègues que je suis allée interroger. Elle se trouve aussi dans la réalité particulière des soins palliatifs puisque j'y ai moi-même exercé et que je me suis moi-même interrogée sur ma présence dans ce service dans un premier temps, puis sur mon départ lorsque j'ai choisi d'orienter ma pratique uniquement vers une activité de cabinet libéral. De plus, il n'est pas anodin que, malgré cette réorientation de mon exercice, je garde un attachement à cette clinique particulière, attachement que je continue à vivre par le biais de ce travail de recherche. Selon Michel, Le chercheur est « *toujours objet et sujet de sa recherche* » (2012, p.12). On peut se demander comme Barus-Michel (1995) : « *Que cherche-t-on si ce n'est ce qui pose question à soi-même ? (...) C'est son inquiétude, sa perplexité, sa curiosité qui pousse le chercheur à interroger l'objet qu'il délimite dans la situation qu'il suscite* ».

Mon implication dans ce travail est donc profondément ancrée dans mon expérience professionnelle et personnelle. Cependant, il est important de noter que le chercheur doit se montrer vigilant face à ses représentations pour ne pas encombrer l'entretien de ses propres attentes et projections. Ses réflexions ne doivent pas être une entrave à la co-construction de savoir à partir de l'expérience du

[31] Implication : vient du latin « implicatio » qui signifie enchainement, entrelacement. Ainsi, dans notre cas, la notion d'implication vient de l'entrelacement entre mes différentes postures de chercheur, de psychologue et de collègue.

narrateur, le chercheur doit être attentif à ne pas imprimer sur la personne interrogée des idées, des pensées qui seraient les siennes. Si à certains moments, ma réflexion a pu, au cours des entretiens, orienter les entretiens vers un axe ou un autre, j'ai tenté d'être toujours attentive à respecter les pensées des participants afin qu'ils puissent développer leur propre identité narrative et apporter une lumière nouvelle à mon travail de recherche.

Si la co-construction est un exercice duel et dual[32] entre le narrataire et le narrateur, elle devient un exercice inter-individuel dans la co-construction existant entre la réflexion et l'écriture du travail. Dans cette recherche, mon implication fait partie de la façon dont j'ai réalisé les entretiens et la façon dont ma réflexion s'est construite. Selon une autre approche que la neutralité ou une distance recherchée, la recherche est réalisée *via* cette proximité. Comme le souligne Blanchard-Laville (1999) : « *Le chercheur ne peut s'abstraire de la relation aux objets qu'il étudie (...) cette relation fait elle-même partie de la recherche* ».

B. Ai-je la force d'être distincte de l'autre ?

Retour sur soi

Malgré la proximité de travail et de connaissance, il me semble que le travail de chercheur et de psychologue impose cette dynamique de se sentir distinct de l'autre. Ma posture se situe entre le chercheur, le psychologue, voire même l'ex-collègue avec certaines personnes avec lesquelles j'ai pu m'entretenir. Cependant, le temps d'entretien a été, dans la mesure du possible, un espace où j'ai laissé les narrateurs exprimer leur expérience, exprimer la construction de leur pensée et de leur réflexion. Ainsi, même si nous avons une expérience commune, j'ai bien conscience de la nécessité de laisser l'autre me surprendre avec des représentations qui ne seraient pas celles que j'aurais préconçues. Être distinct de l'autre me permet alors d'être dans l'émerveillement ou simplement dans la curiosité par rapport à la pensée de l'autre. Être dans l'attente d'une interpellation, d'un

[32] dual : lié par une relation de correspondance réciproque, caractéristique de ce qui est double, Duel qui est emprunté au latin de duellum forme ancienne de bellum (combat, guerre) on parle ici de la confrontation de l'entretien

chemin dérobé que je n'aurais pas aperçu au cours de ma route. Certaines notions ou thèmes ont pu émerger, alors qu'ils n'étaient conscientisés ni par le narrateur, ni par le narrataire.

C. Suis-je capable de relation positive?

Évidemment, cette question est importante dans le cas de l'écoute empathique, voire même : elle est indispensable. Mais, comme je le mentionnais déjà, je fais appel ici à mon expérience de psychologue qui m'a amenée, depuis plusieurs années, à tenir des entretiens cliniques et à être dans la bienveillance envers les personnes qui acceptent d'aborder une partie de leur vie en ma présence. Nous pourrions imaginer que mon sujet de thèse a moins d'implication personnelle pour les participants qu'un sujet concernant des traumatismes. Cependant, j'ai souhaité aborder avec eux les événements de vie qui les ont amenés à être psychologues et j'ai pu constater que ce n'était pas toujours un chemin facile et tout tracé, que les parcours de vie sont toujours sinueux. Je pense, ici, particulièrement à Armelle qui a évoqué un événement de vie douloureux qui prend sens dans sa pratique de psychologue en soins palliatifs. Ce n'est qu'en étant dans la relation bienveillante, selon Rogers, qu'elle peut livrer cette partie d'elle-même et la lecture qu'elle en fait.

"Emilie : est-ce que cela t'embête de parler de cette situation? Parce que je vois à la fois que cela fait partie de ton processus de vie, mais [que] c'est aussi ce qui fait ressource aujourd'hui pour faire face.

Armelle : Oui, enfin, je ne sais pas comment tu vas t'en servir… C'est anonyme.

Oui, ce qui m'a fait grandir, c'est que j'ai perdu 4 membres de ma famille quelques mois après que je sois en soins palliatifs. Donc… en fait… C'est toujours difficile d'en parler…

Emilie : Si c'est trop difficile …

Armelle : C'est difficile, parce que j'ai toujours peur du jugement, mais je sais qu'avec toi… » (Armelle 2014, ligne 2028)

De cet échange, on peut voir émerger la proximité de la relation, la relation de confiance qui est instaurée et l'autorisation faite au narrateur de ne pas évoquer cette situation afin qu'elle puisse préserver son intimité.

D. Ai-je assez de sécurité intérieure pour laisser libre l'autre?

C'est une notion importante qui prend en compte sa propre assise intérieure afin de laisser libre l'autre dans sa pensée et sa construction de récit et de savoir. C'est ce que Carl Rogers définit comme la congruence. Celle-ci consiste en le fait d'être en accord avec soi-même, que ce qu'il y a à l'intérieur de moi corresponde à ce que je peux exprimer. Cela donne une unité et une sécurité à l'individu qui lui permet d'accompagner l'autre, là où il souhaite aller. Dans le cas de notre entretien clinique-dialogique, cet aspect est évidemment important au même titre que les autres et s'entrelace avec eux pour donner une relation positive de co-construction. Ma sécurité intérieure passe par la congruence de mes ressentis, mais aussi la connaissance de mes blocages : lorsque je les connais, je peux être présente à eux et les écouter de telle façon à ce qu'ils ne viennent pas parasiter la pensée et la construction de l'autre.

2.4. Analyse des entretiens

J'ai procédé au travail sur les entretiens selon trois aspects.

Construction d'une analyse

•Le premier concerne un certain sens clinique acquis au fil de mon expérience professionnelle, il me donne une perception en globalité et imprègne d'une certaine couleur mon ressenti.

•le deuxième consiste selon l'analyse de Martine Lani-Bayle, afin de pousser l'analyse au delà d'un ressenti plus subjectif.

Ainsi, selon la méthodologie de Lani-Bayle, nous déterminons 3 niveaux enchevétrés qui vont du factuel au réflexif :

Le F1 correspondent aux **F**aits évoqués dans le récit de la personne. Ils adviennent nécessairement de l'extérieur mais s'ils sont notés, c'est qu'ils ont eu une répercussion sur la personne. Selon Politzer (1969, p. 106), la vie d'un individu se compose de « *l'ensemble des évènements singuliers qui se déroulent entre la naissance et la mort* ». Cependant, toutes les situations ne font pas évènement dans une vie et ce sont les faits dont nous nous souvenons qui orientent l'organisation de notre expérience. Ils nous donnent à voir un certain axe de notre vie. Pour Ricoeur (1988, p.1) ce qui fait événement « *c'est d'abord quelque chose qui arrive, éclate, déchire un ordre établi, puis une impérieuse demande de sens se fait entendre, comme une exigence de mise en ordre* ».

Pour Lani-Bayle et Malet (2010, 2006), un évènement, c'est ce qui fera effet à partir d'un "avènement". L'évènement vient briser une routine, une habitude. Les personnes se racontent, donc, selon ces évènements qui sont venus modifier une ligne sans apparente aspérité. Ainsi, il faut considérer le récit de la personne dans son contexte de vie, il n'est jamais isolé.

Le F2 montre ce que ces faits ont fait à la personne. Ces passages forment un récit d'expériences qui part des émotions ressenties associées aux faits cités par le narrateur, ils permettent de dégager une dialogique. Ce récit d'expériences cherche à mettre en mots ce que la personne a éprouvé à leur contact, sans se limiter à la situation donnée qui serait évoquée dénuée d'affects. Cependant, celui-ci

permettra de décoller des émotions en tant que telles, car leur mise en mots pourra déboucher sur une construction de sens.

Le F3 : représente le récit de formation qui en ressort, vers la clinique narrative décrite par Martine Lani-Bayle, quand la narration permet de produire du recul sur la situation (F1) et sur les émotions associées (F2), permettant de passer du récit d'expérience au récit de formation. La formulation du vécu autorise, ainsi, une prise de conscience formatrice, une restructuration pourvoyeuse de sens.

- Le dernier aspect de mon travail sur les données consiste, avec une visée complémentaire, en l'utilisation du logiciel d'analyse Tropes (c'est un logiciel que j'avais déjà utilisé lors de mes travaux de diplôme de psychologue), avec lequel j'ai pu faire émerger des corrélations que la lecture ou l'analyse clinique-dialogique ne m'avait pas permis de faire ressortir. Il apporte un niveau de compréhension supplémentaire et différent. J'ai décidé de faire passer la totalité de la transcription dans le logiciel, ce qui veut dire que mes relances et mes réflexions entrent dans les différents univers. C'est un choix délibéré car j'ai envisagé le travail de co-construction de ces entretiens clinique-dialogique. Ces deux analyses sont entremêlées dans les résultats que vous allez consulter, qui ressortent d'une co-réflexion émergeant des observations des graphiques et des analyses de contenus.

Dans les graphiques que vous aurez l'occasion d'observer, le logiciel a travaillé sur les références utilisées par les narrateurs. Evidemment, en parlant de soins palliatifs, deux références importantes viennent à l'esprit : Mort et Vie. Ce qui se trouve en bleu[33] correspond aux références qui précèdent le mot vie/mort, ce qui se trouve en vert correspond à celles qui y succèdent. La taille des bulles correspond au nombre de fois où le mot mentionné apparaît.

L'ordre d'analyse s'est fait en fonction de l'ordre de passage des entretiens, exception faite du premier entretien d'Armelle que j'ai effectué avant celui de Babette : Armelle faisant l'objet de deux rencontres, pour faciliter leur analyse, j'ai décidé de les étudier en même temps.

De plus, notons que les thèmes qui émergent de l'analyse de discours, ne sont pas les mêmes selon les narrateurs. Certains sont communs et d'autres pas. Parfois, ils se recoupent, parfois, il ne trouvent pas d'échos dans les entretiens des autres participants. Cependant, ils me semblaient faire

[33] cf : version numérique

partie intégrante de l'analyse de contenu et j'ai, donc, délibérément pris le partie de livrer les notions importantes qui ressortaient pour chaque participant.

2.4.1.Alexandre

L'entretien a duré un peu plus d'une heure. Alexandre est un homme d'une quarantaine d'années qui avait arrêté depuis peu son activité dans l'équipe mobile de soins palliatifs.

Dans un premier temps, nous observons que le style d'Alexandre est plutôt argumentatif. Dans son utilisation des pronoms, je noterai aussi qu'il est celui qui prend le moins en charge le discours par le « JE » (44%). Cette notion de prise en charge par le "Je" est un aspect qui est mis en exergue par le logiciel d'analyse et nous verrons par la suite que Babette, Armelle et Sophie ont un discours qui utilise plus souvent la première personne du singulier. Dans le cas d'Alexandre, j'analyse cette particularité à deux niveaux. Le premier est en lien avec le fait qu'Alexandre était particulièrement intégré à une équipe et que le « Nous » et le « On » sont présents à eux deux à hauteur de 20%. Le deuxième niveau peut être en corrélation avec une possible mise à distance. En effet, l'utilisation plus importante de pronom indéfini peut être interprété comme tel. De plus, après étude de l'entretien selon les mode F1, F2, F3, on constate qu'Alexandre est assez peu dans un discours en lien avec l'affect, qui apparaît assez rarement. Le F1 (factuel) et le F3 (Réflexif) font souvent le ping-pong laissant peu de place au ressenti (F2). Alexandre a un discours très posé, assez peu hésitant qui ne laisse pas apparaître de doute (le logiciel tropes ne fait ressortir aucune notion de doute alors qu'il le mentionne pour les 4 autres entretiens).

A. Alexandre, son parcours de formation

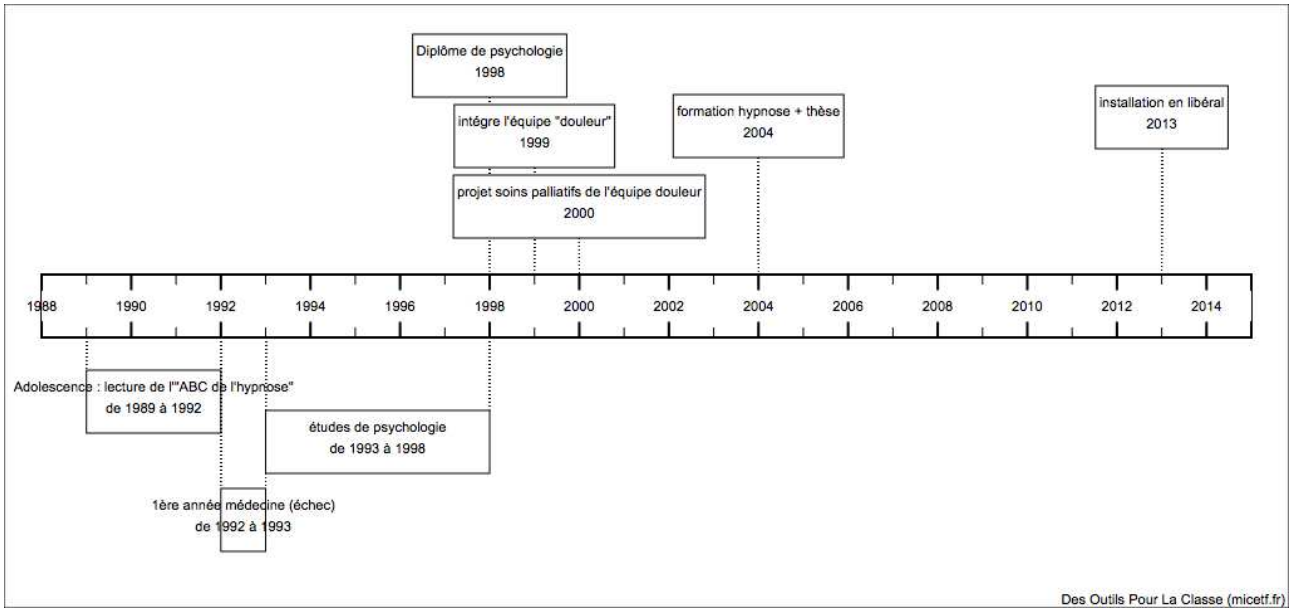

FIGURE N°6 : CHEMIN DE VIE D'ALEXANDRE

Si nous prenons le temps de revenir sur le parcours de vie et de formation d'Alexandre, nous voyons apparaître certaines données que nous retrouverons par la suite chez les autres psychologues.

Un moment déterminant à l'adolescence qui le pousse à se diriger vers la psychologie. Pour Alexandre, la porte d'entrée est la lecture de l'abc d'hypnose quand sa grand-mère lui propose de prendre un livre à France-Loisirs et que le choix était un peu déroutant entre les livres à l'eau de rose, « Maigrir en 10 leçons » ou ce fameux livre sur l'hypnose. En plongeant dans cette lecture, Alexandre découvre le fonctionnement psychique humain et souhaite approfondir cette découverte. « *Très rapidement, je me suis dit que je voulais devenir psychologue parce que cela m'intéressait* » (ligne 129) Pour cela, il faudra qu'il aille à l'encontre de l'injonction familiale du grand-père médecin qui avait décidé qu'Alexandre serait celui qui reprendrait le flambeau familial de la médecine « *Il fallait que je fasse médecine parce qu'il avait décrété que, de tous ses petits enfants, j'étais le seul qui était digne de devenir médecin* » (ligne132). Pour contrecarrer cette obligation, Alexandre échoue en première année de médecine et peut se réorienter en psychologie.

« *J'ai fait psycho par des lectures sur l'hypnose et par le fait que je sentais qu'il y avait un truc intéressant et complexe d'aller voir le fonctionnement humain.* » (ligne 143)

Pendant ses études, Alexandre n'a pas été vers l'hypnose, dans les années 90-2000, elle n'a pas très bonne presse dans le milieu universitaire de la psychologie. D'ailleurs, quand il demande à ses professeurs ce qu'ils en pensent, ils sont tous méfiants, le renvoyant vers Freud qui aurait délaissé l'hypnose après avoir eu des expériences « malheureuses ». Or, par la relecture des textes de Freud, Alexandre va se rendre compte que ce n'est pas la réalité. De plus, il travaille avec des médecins dans le service de la douleur qui utilisent l'hypnose et il considère que cela ne doit être si mauvais puisque c'est utile pour les patients.

Au début des années 2000, son diplôme de psychologue en poche, Alexandre se met en quête d'un travail qu'il dit avoir trouvé plus facilement du fait d'être un homme. Pour beaucoup de services, avoir un homme dans une équipe exclusivement féminine apportait un équilibre qui a facilité sa recherche d'emploi (à la différence des autres psychologues que nous avons interrogés). Il se retrouve avec 4 lieux de pratique différents liés à la précarité des postes de psychologue, uniquement des temps partiels obligeant les psychologues à trouver plusieurs lieux de pratique souvent éloignés les uns des autres.

C'est d'ailleurs « *cette réalité psychologue* » (ligne 99) qui va pousser Alexandre a prendre un poste à mi-temps dans une équipe mobile de prise en charge de la douleur et compléter son autre mi-temps hospitalier qui était dans la toxicomanie. Ces deux mi-temps hospitaliers vont lui permettre de regrouper sa pratique sur un même lieu de travail et d'alléger sa journée en limitant le temps de transport en commun. Travailler dans un service de la douleur ou dans un service de toxicomanie est, pour lui, à la fois un choix et un non-choix. C'est un choix du côté de la démarche volontaire d'un rapprochement géographique, mais c'est un non-choix par rapport à la pratique même. Il en est de même par rapport aux soins palliatifs qui deviendra une démarche de service et non une démarche personnelle de faire de l'accompagnement de fin de vie. Cependant, Alexandre nous explique que, s'il n'avait pas souhaité intervenir sur les situations palliatives, il aurait pu ne pas le faire. De même, il ajoute que si le soin palliatif, la douleur et la toxicomanie semblaient être des pratiques avec lesquelles il est à l'aise, il n'aurait pas pu s'envisager dans une pratique auprès des enfants polyhandicapés. On peut facilement imaginer qu'il a évité de chercher un poste dans ce type

de service. Ainsi, le choix ou le non-choix d'un domaine correspond malgré tout à une réalité personnelle qui permet de s'investir ou pas dans une pratique. Ce n'est donc pas une difficulté de clinique, mais bien un ressenti personnel qui nous mène à une clinique ou l'autre.

En parallèle de son début de parcours professionnel, Alexandre s'investit dans une formation d'hypnose avec une thèse qui est en lien avec son intérêt pour ce domaine. Évidemment, ce travail de recherche va influencer sa pratique ultérieure puisqu'il va, d'une part, développer une consultation d'hypnose et d'autre part, d'un point de vue universitaire, car cela va l'amener à une carrière universitaire qu'il n'avait pas envisagée. Cet aspect universitaire sera à l'origine d'une profonde refonte de son organisation de temps de travail et générera « *une perte de sens* » car il se conçoit comme un praticien et non comme un universitaire et il a un réel besoin d'une pratique professionnelle investie. « *J'étais très bien en clinique, ça a d'ailleurs été un arrachement les deux premières années où j'étais universitaire. C'était affreux de passer de temps plein de psycho clinicien à mi-temps... J'ai eu une perte de sens absolument terrible dans ma vie* » (ligne 385) Ici, le discours est beaucoup plus engagé émotionnellement qu'à bien d'autres moments au cours de l'entretien.

Suite aux bouleversements des institutions hospitalières, Alexandre aura la perception d'une véritable maltraitance par rapport aux patients et ne voulant contribuer à cette violence institutionnalisée et travailler dans un paradoxe permanent, il décide de mettre fin à sa pratique hospitalière pour se recentrer sur sa pratique libérale qu'il peut gérer plus facilement en parallèle de son poste universitaire.

B. Alexandre : la vie et la mort

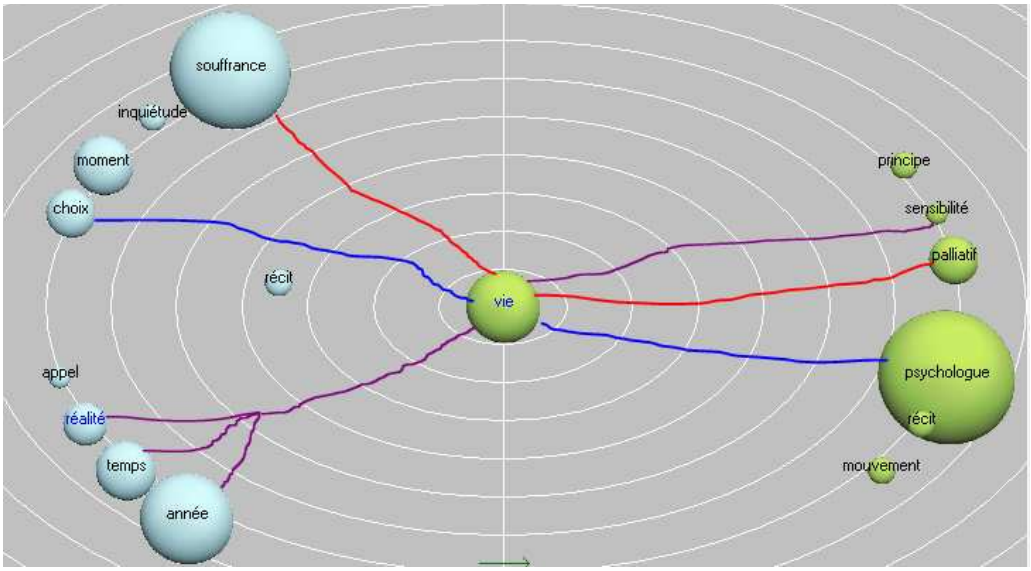

FIGURE N°7 : UNIVERS DE RÉFÉRENCE VIE POUR ALEXANDRE

Trois univers ressortent particulièrement.

Le premier correspond à l'axe choix-vie-psychologue qui concerne la vie du narrateur, c'est à dire que cet axe aborde son choix de vie en tant que professionnel. « *C'était un choix par rapport à une réalité de vie du psychologue débutant* » (ligne 99) « *maintenant que je ne peux plus faire médecine, jamais, à vie, je veux faire psychologue* » (ligne 137). Cette notion de choix ressort particulièrement chez Alexandre qui n'a pas fait le choix des soins palliatifs en tant que tels, c'est un choix pondéré par une dynamique de vie et une réalité de vie de psychologue. En effet, on observe qu'il est difficile de trouver un poste en tant que jeune diplômé, nous aurons l'occasion de revenir sur cette notion lors de l'analyse des autres entretiens. Dans le cas d'Alexandre, il évoque sa difficulté à trouver un poste qui lui permette d'avoir un rythme de vie acceptable (c'est-à-dire de ne pas faire 3 heures de transport par jour pour courir d'un quart de temps de travail à l'autre) Donc, « *son arrivée dans la douleur* » correspond à un choix stratégique de rapprochement géographique et d'unité de lieu de travail.

Le deuxième axe correspond à une courbe entre souffrance-vie-palliatif, cette notion fait appel au travail en tant que tel dans les services de soins palliatifs. Alexandre aborde ici des aspects

spécifiques et questionnants de la pratique en soins palliatifs. Lorsque j'accompagne la personne qui va mourir, suis-je à son rythme ou au mien qui pourrait correspondre à une lutte contre l'angoisse de mort. « *Mais si l'être humain se vit déjà comme mort, pourquoi faudrait-il le ramener du coté de la vie ? (...) Si le patient se vit déjà comme mort, il faut pouvoir accompagner cela aussi*» (ligne 213). C'est aspect-là est une problématique philosophique des services de soins palliatifs, qui renvoie à la représentation de « la bonne mort » : les services de soins palliatifs, au fil du temps, idéalisent la façon dont les patients devraient mourir, accompagnés, sereins, proches de leur famille... La posture d'Alexandre est alors dans une démarche clinique par rapport au patient, c'est à dire qu'il est auprès du patient et de son ressenti ne souhaitant pas calquer une représentation du bon mourir au besoin du patient. « *Pourquoi est-ce qu'il faudrait que cet appel au vivant soit érigé comme un principe d'accompagnement ?* » (ligne 217)

Réflexivité

Enfin, le troisième axe prend racine du côté des notions de temps, année, réalité pour rejoindre la notion de sensibilité. « *Est-ce que j'ai suffisamment vécu dans ma vie pour faire du palliatif ?* » « *Cela correspond à un temps de vie, à une sensibilité qui permet ou pas de faire du soin palliatif.* » (ligne 325). Cette notion est le cœur du questionnement de notre travail de recherche. Il correspond à un questionnement individuel spécifique et pourtant nécessaire.

Coeur du questionnement

Alexandre fait peu appel à son ressenti dans « l'univers vie », il est directement à un niveau réflexif et rationnel qui lui permet de prendre de la distance. Nous pouvons nous questionner sur le mécanisme de défense que cela représente. Ces derniers sont bien connus dans le milieu du soin palliatif et, en l'occurrence, le mécanisme de type intellectualisation est communément utilisé par les soignants.

Le mot « récit » intervient en amont et en aval du mot « vie », il n'intervient pas dans le discours d'Alexandre. C'est moi qui l'aborde en évoquant certaines thématiques de recherche de cette thèse.

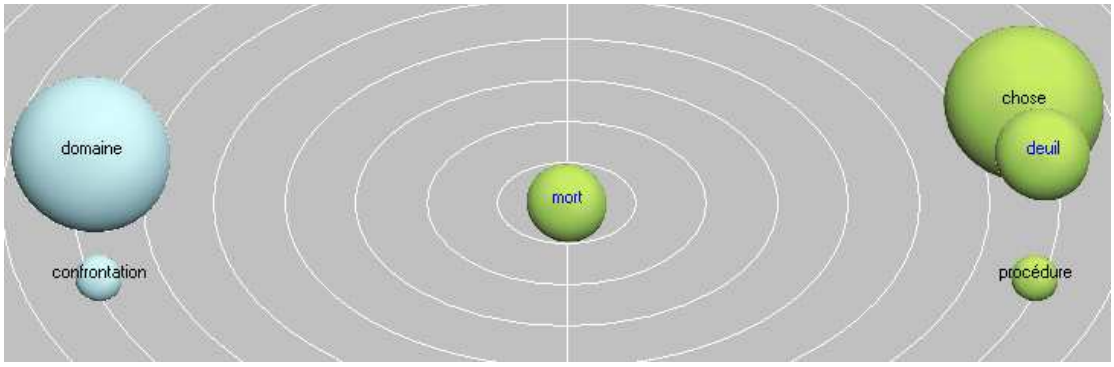

FIGURE N°8 : UNIVERS DE RÉFÉRENCE MORT D'ALEXANDRE

Dans le graphique ci-dessus, le logiciel fait ressortir les mot associés au mot « mort », tout d'abord, il faut noter que le substantif « mort » n'apparaît que trois fois dans tout le texte, par contre il est utilisé comme adjectif dans la notion de « se vivre comme mort » mentionnée plus haut. C'est un constat qui démontre le paradoxe des soins palliatifs. Les soignants exerçant en SP, utilisent peu les mots autour de la mort. Déjà, lors de mes précédents travaux dans le milieu des soins palliatifs, j'avais fait ce constat-là, il se réitère dans le milieu des psychologues.

Pour Alexandre, la notion de mort est intimement liée au domaine médical, mais pas nécessairement dans le bon sens du terme car en effet, selon Alexandre, la mort est « *un domaine universel* » (ligne 308), à n'en point douter. Mais il devient un domaine dans lequel la médecine tente en vain de prendre le pouvoir. « *Ils sont en train de faire de la mort un processus médicalisé (...) ils vont repartir dans la technicité* » (ligne 312).

L'autre axe remarquable dans ce graphique est visible au niveau de confrontation-mort-deuil, mais il n'appartient pas au discours d'Alexandre, il correspond à une de mes questions en rapport avec une éventuelle lourdeur de la clinique des soins palliatifs. Alexandre répond à cet axe par le biais de sa réflexion sur son propre ressenti... Est-ce que j'ai suffisamment vécu ?… Selon lui la clinique palliative n'est pas la même que les autres, elle n'est pas pour autant plus difficile, elle l'est pour certains et pas pour d'autres. Il évoque son impossibilité à travailler dans le domaine du polyhandicap chez l'enfant.

Au coeur du ressenti réflexif

Cependant, comme pour la référence au mot vie étudié en premier lieu, on observe que ce discours est encore profondément ancré dans le réflexif et non dans le ressenti et l'affect.

C. Alexandre et les soins palliatifs



FIGURE N°9 : UNIVERS DE RÉFÉRENCE SOINS PALLIATIFS D'ALEXANDRE

La notion de soins palliatifs est regroupée sous le terme soins médicaux. On constate que pour Alexandre, c'est une référence qui est associée à beaucoup d'univers. Si l'on s'attache aux univers proches des soins médicaux, nous pouvons identifier plusieurs aspects « directeurs ». Tout d'abord, je remarque que la notion de souffrance est présente en amont et en aval du terme soins palliatifs. En effet, dans le discours d'Alexandre, les soins palliatifs sont intimement liés à la pratique de la prise en charge de la douleur. C'est une question de réalité de terrain pour Alexandre, il travaille dans une équipe mobile de prise en charge de la douleur (CETD) avec laquelle ils ont proposé un projet soins palliatifs. Donc, douleur et soins palliatifs sont en étroite corrélation. Cependant, il est à noter que ce projet est celui qui a été retenu entre deux choix. « *Il y avait deux projets sur l'hôpital, un qui séparait la structure soins palliatifs et la structure douleur et puis il y avait notre projet qui disait que nous voulions que ce soit la même équipe. De telle façon que la charge de travail puisse tourner, que les situations complexes et difficiles ne soient pas toujours pour les mêmes* » (ligne 14) C'est une notion importante qui est évoquée, ici, sous couvert d'un discours assez factuel (F1),

Alexandre aborde le fait que les situations de soins palliatifs sont des situations complexes et difficiles et qu'il est pertinent de ne pas faire porter toujours sur les mêmes personnes ce poids.

C'est un discours factuel et réflexif, à nouveau, faisant peu appel au ressenti. De plus, le réflexif est déjà élaboré, il n'est pas créé dans la co-construction de l'entretien. Il me semble que c'est dû à deux aspects : le premier c'est que le projet des soins palliatifs a été une démarche pensée par toute une équipe et donc la réflexivité s'est passée bien en amont. D'autre part, Alexandre est professeur d'université et a l'habitude de la construction intellectuelle. Cela se ressent particulièrement tout au long de son discours qui est peu marqué par des silences et autres tics de langages (euh, ha...) qui pourraient faire penser que la construction intellectuelle se fait en parlant.

Le deuxième cercle proche des soins palliatifs est représenté par les univers de référence autour des soignants composant une équipe mobile de soins palliatifs douleur. Ainsi, médecin, psychologue, personnel de santé tournent sur la même orbite que organisation et projet. Ici, encore, nous sommes sur un discours très factuel qui témoigne d'une certaine mise à distance. « *Avant que de réfléchir, est-ce que je veux aller en soins palliatifs ou pas ? Nous trouvions une pertinence, nous trouvions une pertinence...* » « *Ce sont surtout des patients cancer, nous les voyions avec l'étiquetage douleur et donc on nous a dit que ce sera l'étiquetage soins palliatifs. C'est avant tout une logique clinique qui s'imposait à nous* » « *notre clinique, nous la pensions comme une clinique de la douleur* » (ligne 27). Nous pouvons imaginer que le processus de changement d'orientation de l'équipe mobile de la douleur vers les soins palliatifs a été une stratégie de mise à distance des affects en lien avec la mort et la fin de vie.

Le dernier cercle bien plus éloigné, rapporte toutes les notions en rapport aux soins palliatifs. Nous allons en retrouver certaines qui vont se répéter comme médecin, méthode et notion d'institution et de fonctionnement de service, mais on observe bien que c'est un discours méthodique et distant. (début d'entretien)

D. Alexandre, la formation du psychologue et la clinique

Alexandre est très impliqué dans la formation, cela prend une place importante dans notre entretien : il la voit sur un mode universitaire puisqu'il est lui-même enseignant à l'université, il la voit en termes de formation continue puisqu'il est formé à l'hypnose, il la voit aussi en terme d'activité sur le terrain et d'expérience personnelle « *je suis maintenant à un moment de ma vie où je peux m'autoriser ça en terme d'expérience, en terme de terrain clinique et en terme de supervision...* » (ligne 335). Nous abordons ici la notion de savoir expérientiel indispensable à un apprentissage complet d'une activité professionnelle. C'est ce que l'on retrouve dans le positionnement d'Alexandre qui se situe très nettement en terme de démarche clinique enseignée par l'université face au savoir qui s'acquiert sur le terrain. Ainsi, l'expérience du terrain devient la source de formation quelle qu'elle soit. Il revient sur le fait que les soins palliatifs ne sont qu'un lieu supplémentaire pour apprendre à avoir une clinique juste, ce n'est pas plus difficile ou plus facile, cela dépend de chacun.

De plus, Alexandre insiste sur le fait que cette démarche clinique doit être un enseignement de l'université « *Ce que l'on doit apprendre aux gens, aux psychologues, et là c'est l'universitaire qui parle, c'est de penser à la fois une démarche et un patient. Il faut savoir penser un cadre de pratique et le patient que l'on a en face de soi* » (ligne 344). Cependant, même si on voit apparaître la notion de souffrance dans le graphique suivant, on peut constater que dans le discours d'Alexandre, elle n'est pas en lien avec la souffrance au sens moral du terme, il correspond à la notion de service de la douleur dans lequel Alexandre a travaillé. Celui-ci semble garder une approche très distanciée, est-ce le regard de l'universitaire qui veut cela avec un discours très réflexif qui prend peu en compte les affects ? Est-ce que la formation universitaire tend vers une formation qui nous apprendrait à mettre une distance entre le patient et le psychologue afin de tenir le plus éloigné de soi les ressentis affectifs ?

Je ne peux pas m'empêcher de penser ici à une autre problématique de formation que nous avons abordée avec Alexandre qui est la formation des médecins en soins palliatifs et la façon dont ils se saisissent à nouveau des structures pour faire une médecine palliative qui serait déconnectée de la réalité des patients. Cela devient une médecine protocolaire et dogmatique. « *Il y a des choses qui*

sont devenues extrêmement dogmatiques dans les soins palliatifs, en allant dans des protocolisations, dans une forme de standardisation » (ligne 237). C'est un regard que je partage avec Alexandre sur l'évolution des services de soins palliatifs. Comme je l'ai mentionné déjà, j'ai commencé à travailler en soins palliatifs à la fin des années 90, je les ai quittés 15 ans plus tard et j'ai constaté ce changement dans la culture palliative. Comme le dit très justement Alexandre, on passe d'une culture à une discipline.

Nous pourrions imaginer alors qu'une discipline « psychologie de la fin de vie » viendrait créer le même dogmatisme et ne permettrait plus au psychologue de trouver sa place en tant que praticien de l'accompagnement, mais aussi en tant qu'humain par rapport à son ressenti et son histoire et face au ressenti et l'histoire du patient.

E. Alexandre, violence et protection

Lorsque j'aborde avec Alexandre la raison de son départ des soins palliatifs, il m'explique qu'il a quitté l'hôpital, pas les soins palliatifs. C'est à ce moment-là qu'Alexandre évoque la notion de violence institutionnelle qui est véhiculée de plus en plus par un hôpital maltraitant. A la différence de Babette dont nous parlerons par la suite, Alexandre ne vit pas de mal-être avec son équipe de travail. Par contre, il perçoit douloureusement les changements d'orientation de l'institution et des services de soins palliatifs. « *C'est à dire qu'on demande aux praticiens d'avoir une position assez perverse qui consiste à observer combien l'institution est maltraitante et, soit on participe à cette maltraitance, soit on est broyé.*» (ligne 187). Alexandre a fait le choix de partir et de se tourner vers une pratique libérale qui est, en plus, moins contraignante à mettre en place avec son poste universitaire.

Alexandre m'explique qu'il était très heureux dans sa pratique clinique et avec ses collègues de travail. Ce qui est devenu difficile pour lui au fil du temps, c'est de travailler dans un contexte institutionnel maltraitant, de voir l'évolution des soins palliatifs et de considérer que cette évolution devient rigide et dogmatique comme nous l'avons mentionné plus haut. « *les soins palliatifs*

deviennent une pratique médicale à part entière et je trouve que cette idée n'est pas juste. Je trouve qu'ils maltraitent la dimension psychologique » (ligne 200).

Face à cette maltraitance, Alexandre fait le choix de quitter l'institution et le milieu des soins palliatifs pour lequel il exprime qu'il a « *toujours eu un regard très distancié et paradoxal* » (ligne 191). On peut imaginer que cette distance et la perception du paradoxe de l'institution lui ont permis de se protéger et de ne pas ressentir d'épuisement ou le sentiment de faire face à des situations inconfortables. Ainsi, nous observerons par la suite que c'est le seul à ne pas ressentir de lourdeur par rapport à la clinique des soins palliatifs. Il semble prendre les situations palliatives comme des situations de douleur chronique.

Tableau récapitulatif

Mort	Vie	Soins Palliatifs	Formation	Violences et protection
Mort: un domaine universel	Choix ou non choix de vie professionnelle	Souffrance, douleurs	Formation universitaire	violences institutionnelles
Mort un processus médicalisé	vie en lien avec la mort : sens de la vie	Equipe	Formation continue	
	vie en rapport avec l'expérience		Expérience	
			Démarche clinique	

FIGURE N°10 : TABLEAU RÉCAPITULATIF ALEXANDRE

Ce tableau nous permet de faire ressortir les thèmes importants abordés par Alexandre. Les notions de vie et de mort sont nécessairement indissociables dans la pratique en soins palliatifs et chaque narrateur va en donner une définition. Celle-ci fera du sens en fonction de l'histoire de chacun et la façon dont il se positionne. Dans le cas d'Alexandre, il semble que ces aspects sont réfléchis et peu présents en terme d'affect, pour preuve le discours essentiellement F1 et F3. De même, les soins palliatifs, même s'il y a travaillé pendant plus de 10 ans, restent une pratique qu'il évoque avec une certaine distance. Ils sont associés à deux notions importantes, pour lui, la douleur qui correspond à l'autre partie de son temps de travail et à la notion d'équipe qui est une des bases de l'organisation

des services : le pluri-disciplinaire ou l'interdisciplinaire (selon les cultures de services !) La formation prend une place importante dans l'entretien d'Alexandre, elle est impliquée et elle nous renvoie à sa place d'universitaire qui questionne tous les processus de formation. Enfin, la question de la protection et des violences est peu abordée, même si d'emblée, il nous explique que le projet d'équipe douleur/soins palliatifs permettait "*que la charge de travail puisse tourner, que les situations complexes et difficiles ne soient pas toujours pour les mêmes*" (ligne 16). Cela parle peut-être de la conscience, assez peu émergente dans le discours, de la lourdeur de ce travail spécifique. La violence institutionnelle est ce qui ressort le plus, c'est elle qui met en souffrance les soignants et les fait fuir.

2.4.2.Sophie

Sophie est une jeune femme d'une trentaine d'années qui exerce depuis une petite dizaine d'années dans des postes divers. Lorsque je la rencontre, elle est en poste à plein temps avec deux mi-temps.

Un mi-temps dans la structure de réseau de soins palliatifs à une heure de route de chez elle et un autre mi-temps dans une équipe de soins de support à domicile dans une structure hospitalière plus proche de chez elle.

L'entretien de Sophie est plutôt d'un style argumentatif avec une prise en charge par le narrateur et le « Je » qui est présent à hauteur de 55,4 %.Des notions de doute ont été détectés dans le discours de Sophie. D'un point de vue de l'analyse du discours selon les F1,2,3, on observe que Sophie utilise les 3 niveaux avec facilité dès le départ, avec une évolution du discours vers de plus en plus de F3 (le niveau réflexif). Il y a une articulation fluide entre le factuel, le ressenti et le réflexif. Le ressenti (F2) ponctue régulièrement le discours factuel et réflexif. Sophie semble, de ce fait, assez à l'aise avec son ressenti et l'exprime librement.

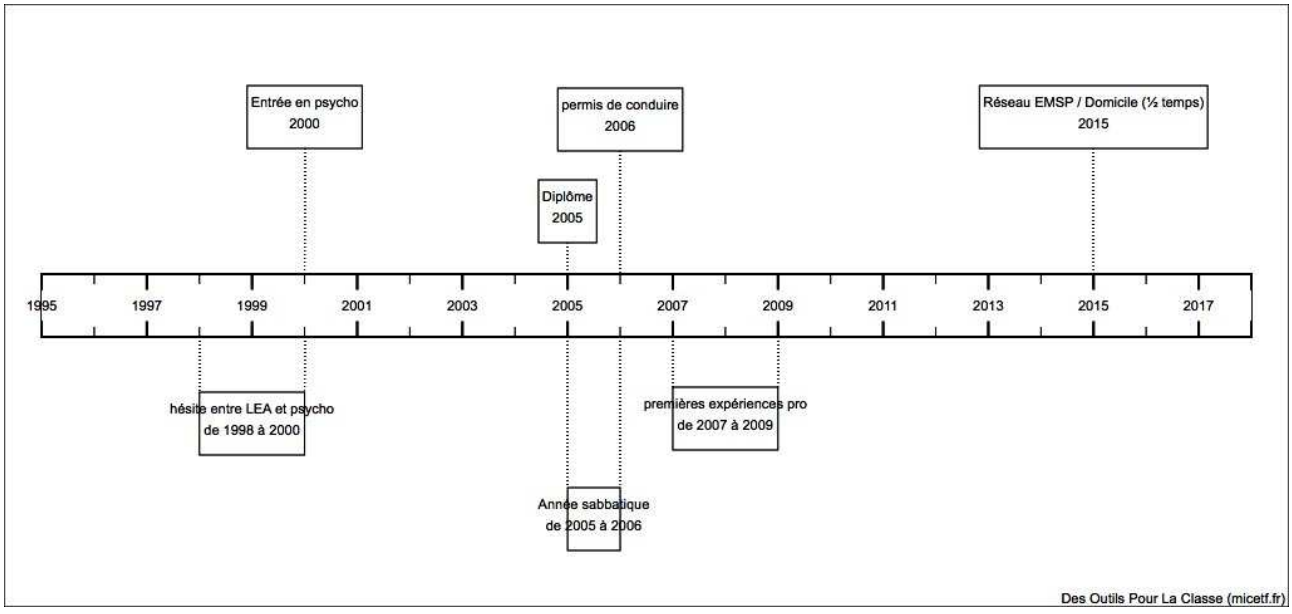

FIGURE N°11 : CHEMIN DE VIE DE SOPHIE

Il est intéressant de noter qu'à la fin de l'entretien, alors que je laisse le magnétophone continuer à enregistrer quelques minutes, la tendance de l'entretien s'inverse. Sophie vient d'exprimer le fait qu'elle a trouvé cet échange intéressant, mais que c'est surtout elle qui a parlé. Je me mets à avoir un discours très réflexif et c'est elle qui me renvoie des formulations courtes qui continuent à faire cheminer ma pensée. Nous sommes à cet instant dans une co-construction dans laquelle le narrateur et le narrataire se sont inversé.

Co-construction réflexive

A. Sophie, son parcours de formation

Sophie nous explique que les soins palliatifs sont arrivés très tôt dans son parcours professionnel. Elle obtient plusieurs postes à temps partiel dans des structures qui sont en lien avec les soins palliatifs : un service de rhumatologie et un service de médecine avec des lits identifiés soins palliatifs et de l'animation de groupes de parole où des situations palliatives étaient relatées. Sophie est très vite attirée par les soins palliatifs : « *j'étais intéressée par toutes les problématiques que j'estimais un peu plus complexes par rapport à des choses qui me semblaient plus superficielles. Oui, cela m'intéressait bien. Je n'ai pas choisi par hasard.* » (ligne 533)

Cependant, avant ces expériences plus réussies, Sophie a fait face à un premier poste qui a été « *un beau plantage* » selon ses dires. Elle nous explique qu'elle devait animer des groupes de parole à visée de formation et qu'elle devait transmettre des connaissances qu'elle n'avait pas du tout et qu'elle avait pris ce poste-là parce qu'elle n'avait rien d'autre. Cette situation était un peu « *bâtarde* » entre le groupe de parole et la formation et si Sophie se sentait d'animer un groupe de parole, il en était tout autre d'apporter des connaissances théoriques. Ainsi, lorsque Sophie nous évoque cet épisode de sa vie professionnelle son discours est ralenti avec beaucoup de pauses et à un niveau F2. Au moment de l'entretien, Sophie nous expliquait qu'avec le recul, elle pourrait faire autrement et les expériences qu'elle a emmagasinées depuis lui permettraient de répondre aux questions des soignants. Elle nous parle bien de cette difficulté liée à l'absence d'expérience pour le jeune professionnel.

Mais avant de trouver ces différents postes qui vont petit à petit l'emmener vers une stabilité professionnelle qui s'équilibre entre un mi-temps en réseau de soins palliatifs à domicile et un autre mi-temps dans un réseau de formation et d'accompagnement des équipes travaillant dans le secteur du soin palliatif, Sophie prendra une année sabbatique après avoir passé son diplôme. En effet, elle traverse les études avec une certaine aisance et se retrouve diplômée à 22 ans. Elle nous explique qu'elle a besoin de temps pour passer son permis et peut-être tout simplement mettre en place son réseau afin de trouver du travail. Et puis, il y a la peur de se retrouver professionnelle et de porter des responsabilités. « *Je n'avais pas franchement de réseau et puis c'était assez ambivalent, d'un côté j'avais envie, il fallait bien et puis d'un autre côté, j'étais pas très motivée. En fait, j'avais vraiment peur de commencer* » (ligne 598). C'est à cette période que Sophie fait son expérience dans le milieu associatif en lien avec l'inceste. Cette expérience professionalisante va lui permettre de se sentir plus à l'aise et mettre un pied dans la démarche clinique.

Ressenti reconstruit par la réflexion

Pour Sophie, si les soins palliatifs sont rapidement une évidence alors qu'elle est jeune psychologue, la formation de psychologue n'allait pas de soi dans un premier temps. Elle nous raconte qu'à la sortie du bac, elle se voyait faire une faculté de langue (LEA) et devenir traductrice. C'est le hasard des rencontres de la fac qui l'a orientée vers une autre version de la traduction. La psychologie avait un sens particulier pour elle, « *une problématique un peu familiale, il y avait aussi cette question d'apporter une certaine aide* » (ligne 644). Ainsi, elle se met aux études de psychologie en mettant un point d'honneur à les finir dans le temps le plus court, c'est à dire en 5 ans. Ce qui fait qu'elle se trouve diplômée très jeune comme nous l'avons mentionné un peu plus tôt et qu'elle a besoin de prendre son temps par rapport au milieu du travail. De plus, Sophie se confronte à la difficulté du jeune professionnel à la recherche d'un poste de psychologue : elle ne trouve, dans un premier temps, que des vacations, des bouts de temps à droite, à gauche. Évidemment, cela lui permet une accumulation d'expériences qui semblent être propices à l'acquisition de savoirs expérientiels indispensables.

Au moment de l'entretien, Sophie est encore en soins palliatifs et n'envisage pas d'arrêter. Cependant, elle exprime que son travail est très diversifié et par là-même suffisamment protecteur

pour pouvoir envisager de continuer cette pratique encore plusieurs années. Elle en apprécie la complexité et la richesse tout en étant protégée puisqu'elle intervient dans les équipes qui font les accompagnements et qu'elle-même, lorsqu'elle accompagne, peut se dégager des temps de respiration suffisants pour ne pas se sentir envahie par les souffrances des familles ou des patients. « *Tu vois, c'est pour ça que je pense que par rapport au domicile, on peut... Tu vois, si je ne le sens pas, je peux appeler d'ici une heure... Alors que si je la croise dans le couloir, je suis obligée d'y aller. (...) Et bien tu vois, moi en EHPAD, il y a des moments où je n'en pouvais plus* » (ligne 1100).

B. Sophie : la vie et la mort

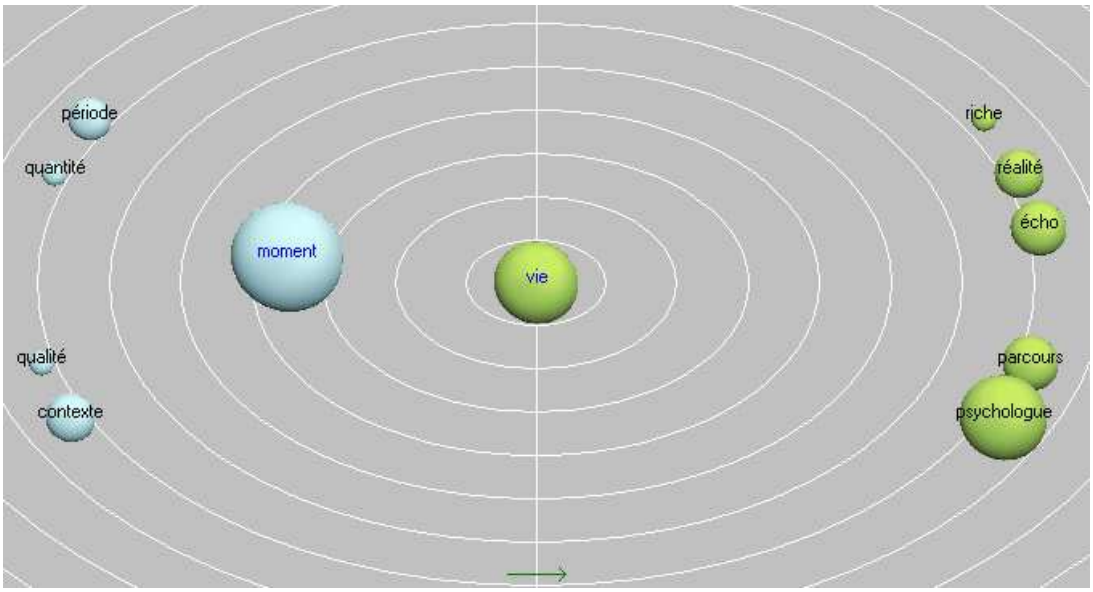

FIGURE N°12: UNIVERS DE RÉFÉRENCE VIE DE SOPHIE

Nous voyons dans le graphe ci-dessus le rapport de Sophie à la notion de vie. Cependant, après observation du discours qui est en lien avec l'univers de référence « vie », je constate que c'est majoritairement moi qui aborde cette notion. Elle intervient en fin d'entretien, après le moment où j'ai déjà proposé d'arrêter, dans un moment de co-construction réflexive. « *Emilie : Parce que si c'est : j'en ai marre de faire des soins palliatifs, ce n'est pas la même chose que si j'en ai marre de faire de la route. Ça veut dire que je peux continuer à faire des soins palliatifs si c'est à 5 min de chez moi... Et*

Co-construction

donc, ce ne sont pas les soins palliatifs qui sont problématiques, mais un contexte de vie et cela fait écho à la réalité des psychologues... » (ligne 1030).

Ainsi, Sophie aborde assez peu la notion de vie et de fin de vie, c'est donc moi qui suis à l'origine de l'apparition de ce graphique. Ce qui appartiendra à Sophie correspond à la notion de « riche ». « *Ce sont quand même des moments de vie pas faciles, mais en même temps, c'est quand même des moments de vie parfois très riches* » (ligne 1070). D'ailleurs, cette notion de richesse est directement liée à « *une belle rencontre* », Sophie évoque la présence d'émotion au cours de cette rencontre et accepte l'idée d'avoir été touchée profondément par cette patiente.

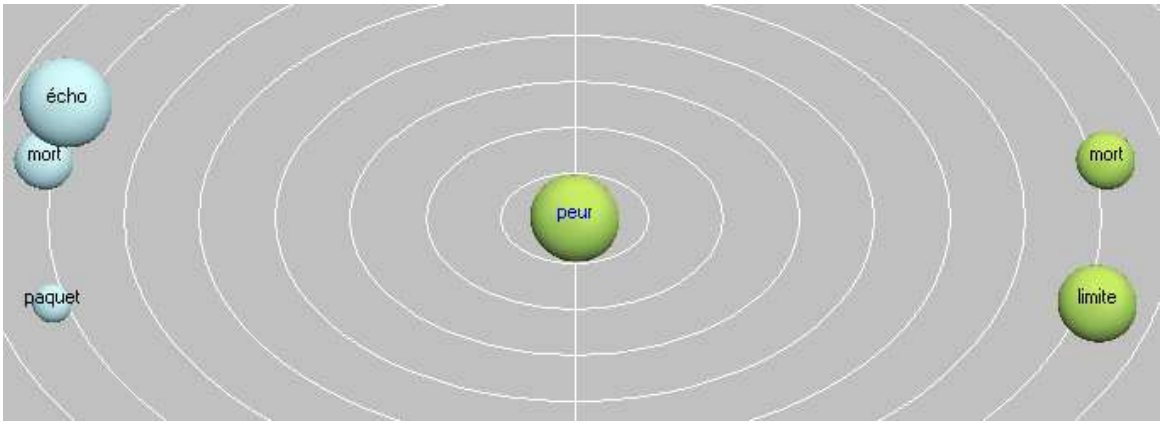

FIGURE N°13 : UNIVERS DE RÉFÉRENCE MORT/PEUR POUR SOPHIE

J'ai choisi de livrer ce graphique concernant la mort en le rattachant à la peur. Ici, comme d'autres narrateurs que nous rencontrerons plus tard, la mort est intimement liée à la notion de peur. Comme souvent lors des entretiens, je suis la première à utiliser le terme de mort. Le mot « mort » intervient dans mon discours dans une question concernant la difficulté d'une clinique qui serait à proximité de la mort et des angoisses. C'est une question à laquelle Sophie réagit en abordant la question de l'angoisse universelle de mort. « *... cela peut renvoyer chacun à ses propres projections, sa propre histoire familiale. Donc, oui, parfois, on peut prendre vraiment un gros paquet d'angoisses et en même temps en ce moment, mes limites à moi, ce n'est pas forcément cela actuellement.* » (ligne 967).

Ainsi quand on reprend le discours de Sophie, même si elle ne nie pas la difficulté de la proximité de la mort, elle estime pour autant que ce n'est pas ce qui va être source de difficulté pour elle.

D'ailleurs, la notion de mort n'apparaît ni en terme de verbe, ni d'adjectif dans son discours, on peut dire qu'il en est quasiment absent. Ainsi, Sophie va formuler clairement que dans « *les soins palliatifs, je m'y retrouve. J'arrive encore à y trouver des ressources, à trouver que cela a du sens.* » (ligne 890).

Sophie peut associer la notion de mort à l'angoisse mais de façon théorique, elle n'est pas dans le ressenti d'une angoisse particulière. Elle peut percevoir de la fatigue, de l'épuisement face à cette clinique mais cela ne remet pas en cause la légitimité de cette pratique pour elle. En tout cas, pas pour le moment ! « *Cela aura une fin, mais je ne perçois pas la limite pour le moment* » (ligne 894).

C. Sophie et les soins palliatifs



FIGURE N°14 : UNIVERS DE RÉFÉRENCE SOINS PALLIATIFS POUR SOPHIE

Afin de faire ressortir la notion de soins palliatifs dans le discours de Sophie, nous sommes allés voir l'univers de référence de la santé qui englobe les notions de soins palliatifs, de médecine et d'institution.

Ainsi, l'univers de référence de la santé se trouve entouré par plusieurs notions importantes qui correspondent bien aux différentes dynamiques qui ont orienté le parcours de Sophie. Dans un

premier temps, la notion de sciences humaines est très proche de la santé et elle correspond à la posture de Sophie en tant que jeune psychologue dans un service. D'ailleurs, on peut l'associer à cette notion qui s'est développée ces dernières années qui s'appelle « la psychologie de la santé », c'est à dire les interventions des psychologues dans les services de médecine générale. Dans un deuxième temps, on constate que la notion de temps est très présente autour de la santé, c'est à la fois la notion de temps passé dans les différents postes ou les différentes formations, mais c'est aussi la notion de temps en terme de temps de travail, le mi-temps, les vacations... Cet aspect prend beaucoup de place dans la pratique du psychologue.

Une autre notion importante assez proche de la santé s'apparente à la famille. Lorsque ces deux notions sont rattachées, elles évoquent l'accompagnement des familles dans le cadre hospitalier ou à domicile et les difficultés que cela peut représenter. C'est aussi pour cette proximité que Sophie a souhaité travailler en soins palliatifs. « *cela me plaisait d'intervenir auprès des patients et des familles, c'est comme cela que j'y suis allée* » (ligne 523). On remarque aussi que Sophie utilise facilement le F2 pour parler de sa volonté d'aller en soins palliatifs.

Ensuite, les notions de groupe social et communication sont en lien avec la dynamique de groupe et d'équipe. En effet, dans la pratique de Sophie, il y a une part importante de son travail qui consiste à accompagner les soignants par le biais de groupe de parole et de temps de formation, c'est pourquoi on retrouve l'univers de référence « communication » en aval et en amont de la santé.

On observe aussi à deux reprises la notion de cognition qui fait référence à l'expérience et la formation. C'est pourquoi elle est aussi proche de l'éducation car Sophie aborde cette notion par le biais de ses expériences, les premières, celles qui lui ont donné des bagages et qui lui ont permis de prendre plus facilement un poste où elle devenait à son tour formatrice. « *cela a été une première expérience » « Je trouve qu'avec le recul, aujourd'hui, avec l'expérience, je pourrais aborder les choses autrement (...) Je n'avais pas suffisamment d'apports théoriques, de bagages... Emilie : de bagages ? D'expériences ? Sophie : Oui, tout court !* » (ligne 548).

La notion de jugement fait appel à l'évaluation et, du point de vue de Sophie, cet aspect ressort assez peu et marque l'aspect réflexif de son discours : « *mais de mon point de vue, ce n'est pas absolument pas possible dans une équipe domicile...* » « *D'un point de vue institutionnel ou d'un*

point de vue individuel... ». Donc, même s'il y a des notions de doute détectées dans le discours de Sophie, on peut percevoir ici qu'elle se positionne clairement et facilement par rapport à des aspects réflexifs concernant l'institution.

Les notions de ville et habitat sont intimement liées au service spécifique dans lequel Sophie travaille, c'est-à-dire un service de prise en charge à domicile où l'institution santé vient à la rencontre des patients dans leur lieu de résidence ou s'insère dans la ville. C'est un constat intéressant car, force est d'observer que la santé, les soins sont souvent relégués à cet espace éloigné qu'est l'hôpital et que dans la pratique à domicile, la santé se rapproche à nouveau de la ville.

Pour en finir avec ce graphique autour de la santé, nous pouvons faire ressortir les notions de sentiments et de mort qui sont, de fait, assez liées. En effet, les sentiments convoquent les notions d'angoisse que nous avons déjà évoquées tout à l'heure et elles se retrouvent à nouveau à proximité l'une de l'autre gravitant autour de la santé. Mais cette organisation est bien notre propos dans ce travail de recherche.

D. Sophie et les choses

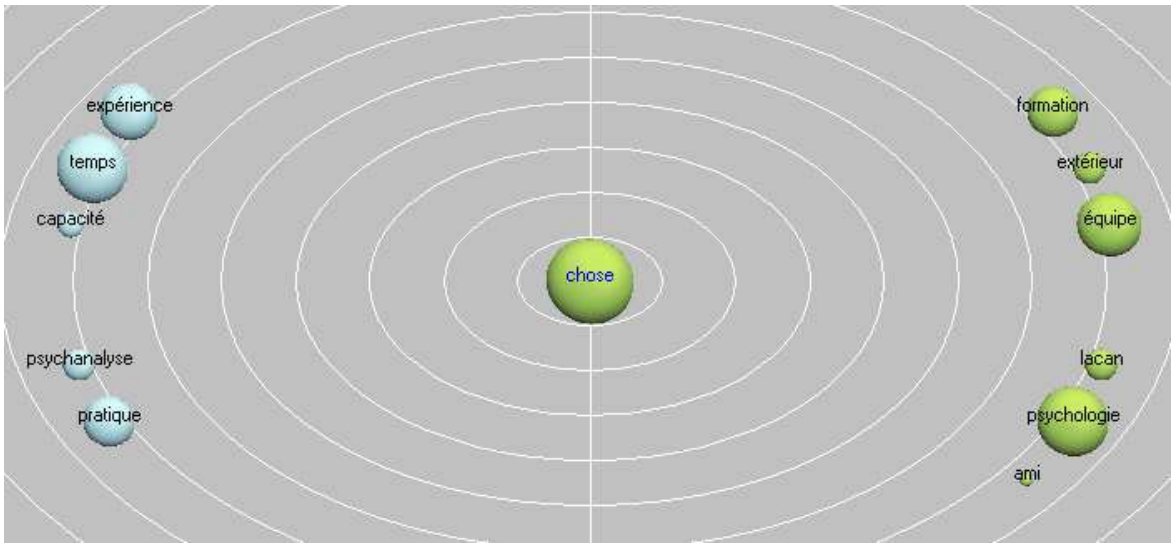

FIGURE N°15 : UNIVERS DE RÉFÉRENCE CHOSE POUR SOPHIE

De même que la mort est peu présente dans le discours des différents narrateurs, je constate la présence de la chose qui peut venir parfois remplacer les notions peu abordées. Si pour Babette, par exemple, et nous le verrons par la suite, la notion de chose vient prendre sa place régulièrement dans le discours en lien avec la mort et l'angoisse qu'on ne prononce pas en tant que tel. Cet aspect est moins flagrant chez Sophie. La chose vient s'associer plus généralement à de la formation (psychologie, psychanalyse, Lacan, expérience, pratique).

« *En fait en soins palliatifs, on pouvait toucher (...) aussi pas mal de choses qui touchent à l'intime (intime = terme ami dans le graphique), et cela m'intéressait* » (ligne 628).

E. Sophie et la protection

Sophie ressent peu de difficulté par rapport à la pratique des soins palliatifs, mais lorsqu'on approfondit avec elle cette question, on constate qu'elle a mis en place des moyens de protection qui lui permettre de se sentir à l'aise dans sa pratique. Tout d'abord, le poste qu'elle occupe en équipe mobile de soins palliatifs à domicile lui permet de faire face à la fatigue et à la tension causées par l'accompagnement de fin de vie. Car, à domicile, elle choisit le moment où elle se rend dans la famille, elle attend d'être prête pour contacter par téléphone. Ce sont des stratégies qu'elle met en place consciemment. De plus, elle nous explique qu'elle a le temps de trajet entre les différents domiciles et le bureau de l'équipe et que, par conséquent, elle ne voit qu'une ou deux situations tout au plus. A la différence d'une unité fixe de soins palliatifs où le psychologue, à l'instar des soignants est toujours plus ou moins sur place à rencontrer les familles, les patients et à débriefer les équipes. Ainsi, en unité fixe, il y a peu de sas de décompression. Le psychologue doit créer une disponibilité pour les situations d'accompagnement. D'autant qu'il y a une perception du temps qui est particulière : il s'accélère ou il ralentit selon les situations, les familles et les pathologies. Le matin, tout semble aller bien et en cours de journée, vous pouvez avoir à faire 5 entretiens patients, 2 entretiens familles, avec une annonce d'arrêt de traitement et une autre annonce de décès, le tout en ayant pris le temps

Retour sur mon vécu

d'être à l'écoute de l'équipe. Et après tout cela, vous attendez l'arrivée des jeunes enfants d'un patient tout juste décédé pour les accompagner auprès du corps... Bien sûr, toutes les journées ne sont pas ainsi et heureusement... Mais il réside toujours une tension autour de la mort et du chagrin qui rôdent.

De son côté, Sophie exprime une pratique sur laquelle elle a plus de contrôle et cela lui permet de se préserver. Elle nous explique aussi que la plupart du temps, lorsque la personne est à l'agonie, elle n'aura plus l'occasion de la revoir et ne sera en contact qu'avec la famille. « *C'est à dire que lorsque la personne est à l'agonie et bien, je n'y vais plus pour elle, c'est-à-dire que cela peut ne pas être au même domicile, je ne vais pas dans la chambre. Et moi, je ne vais pas y être confronté directement* (ici, on ne nomme pas la mort)*, je sais que cela se passe, mais je n'y suis pas confronté directement* » (ligne 1075).

Sophie va même plus loin en imaginant qu'elle arrive à éviter d'une certaine manière la réalité de la mort de la personne. « *Emilie : Comme si cela n'existait pas vraiment ? Sophie : Oui, il y a un peu cela quand même, je me dis que dans une institution, on y est vachement confronté. On ne peut pas faire semblant, c'est vraiment le réel et moi, peut-être que dans un coin de ma tête, je me dis que cela n'existe pas vraiment* » (ligne 1080). Dès lors, on peut dire que, pour Sophie, la protection vient du fonctionnement du service dans lequel elle est. C'est un service où il y a suffisamment de distance pour ne pas être envahi par l'angoisse et aussi le relais d'une pratique qui est diverse et qui cherche des ressources du côté de la formation, des analyses de pratique. De plus, Sophie nous exprime que l'équipe avec laquelle elle travaille est aussi une source de ressource.

F. Sophie et l'empathie

C'est une question que j'aborde avec Sophie car elle correspond à une interrogation qu'il m'a été donné d'avoir suite à des lectures et à des réflexions de séminaires doctoraux : «*C'est important d'avoir vécu les situations, si l'on a vécu des choses difficiles dans sa vie, on développe une certaine empathie* ». (ligne 980) Sophie n'est donc pas la première à aborder cette notion, mais elle y réagit rapidement en donnant rapidement des exemples et en faisant intervenir tous les niveaux d'analyse

Différents espaces de co-construction

du discours F1, F2 et F3. Elle répond du tac au tac : « *C'est un peu problématique ! Cela voudrait dire que je suis déjà en fin de vie et cela va être compliqué pour aider l'autre ...* » (ligne 985).

Sophie prend le temps de définir ce qu'elle estime être l'empathie et évoque des situations spécifiques d'une pratique. Dans un premier temps, elle considère que l'empathie « *c'est au moins d'essayer de comprendre ce que ressent l'autre, ce qu'il perçoit de sa situation, ses difficultés et ses ressources... et approcher cela sans pour autant m'identifier à lui*. » (ligne 991) De plus, elle développe une notion importante qu'elle a tirée de sa pratique dans une association d'aide aux victimes d'inceste. Les victimes étaient accueillies en entretien par un binôme composé d'un bénévole, ancienne victime, et d'un professionnel. Elle fait, donc, le parallèle entre ces deux écoutes éventuellement complémentaires et qui donnent du sens à cette forme d'accompagnement. Mais la problématique qui réside à ce moment, c'est de bien marquer la différence entre soi et l'autre et de ne pas faire déborder sur l'autre nos propres ressentis et représentations, un peu comme nous l'avons évoqué plus haut lors de notre partie méthodologique sur la capacité à être à l'écoute de l'autre tout en étant au clair avec soi-même. « *On n'a peut-être pas besoin d'avoir vécu la même situation pour pouvoir... Effectivement, on ne comprendra jamais, mais quand on l'a vécu, ce ne sera jamais le même vécu, le même ressenti, donc, on ne peut pas non plus plaquer notre vécu à celui de l'autre. Il ne s'agit pas de cela.* » (ligne 1007).

Ainsi, Sophie nous explique qu'elle cherche à être au plus près du vécu des patients qu'elle accompagne pour retransmettre ce qu'elle perçoit de leurs émotions en y restant le plus fidèle possible. Peut-être aussi que la répétition des situations permet aux cliniciens d'identifier des situations qui génèrent toujours les mêmes angoisses et que cela leur donne une plus grande facilité pour les accompagner.

Notions apprentissages

Tableau récapitulatif

Vie	Mort	Soins Palliatifs	violences et protections	Empathie
pas facile	un gros paquet d'angoisses	cela a du sens	stratégies	comprendre ce que ressent l'autre
riche : belle rencontre	cela n'existe pas vraiment	accompagnement des familles, des équipes	contrôle	différence entre soi et l'autre
		psychologie de la santé	Evitement	
		Temps		

TABLEAU N°16 : TABLEAU RÉCAPITULATIF DE SOPHIE

Nous observons, ici, que les notions de vie et de mort impliquent un investissement affectif plus remarquable que celui d'Alexandre. Même le "*cela n'existe pas vraiment*" (ligne 1084) parle, peut-être, de la difficulté émotionnelle de Sophie de se représenter la mort. Il me semble que cette question d'implication émotionnelle donne du sens aux deux colonnes suivantes qui sont : violences et protections et empathie. Comme si cette dernière obligeait à trouver des solutions pour pouvoir faire face. (nous le voyons bien dans le vocabulaire : stratégies, contrôle et évitement. En psychologie, nous savons que ces aspects-là dénotent des mécanismes de défense). Enfin, les soins palliatifs, pour Sophie, paraissent en lien avec l'image véhiculée par la "culture soins palliatifs".

2.4.3.Babette

Babette est une psychothérapeute d'une quarantaine d'années qui a "fait fonction" de psychologue pendant 3 ans dans une équipe mobile de soins palliatifs.

Babette emploie un style plutôt argumentatif, avec une prise en charge de son discours par le « JE » qui est utilisé à plus de 58% dans son texte. Lorsque l'on regarde l'émergence des différents niveaux de F1, F2, F3, on observe que Babette entre vite dans un discours en lien avec son ressenti et il s'articule rapidement avec un discours réflexif. D'ailleurs, son discours est souvent haché, avec de nombreuses pauses signifiant sa réflexion. Dès sa première prise de parole concernant son arrivée dans les soins palliatifs, Babette entre dans cette réflexion. Sa réflexivité et sa capacité à aborder ses ressentis sont très authentiques et l'on peut imaginer que la relation que nous avions avant de cet entretien entre en jeu. En effet, comme je l'ai mentionné plus haut, j'ai eu l'occasion de travailler avec Babette, nous avions pendant toute sa période de travail en soins palliatifs des échanges hebdomadaires autour de nos pratiques.

A. Babette, son parcours de formation

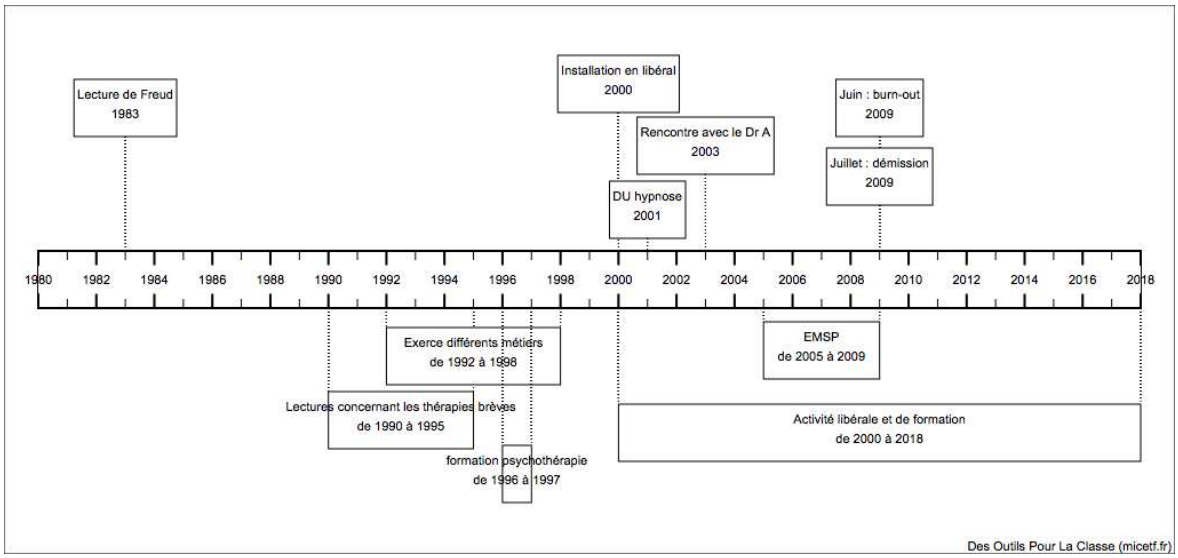

FIGURE N°17 : CHEMIN DE VIE DE BABETTE

Babette a entrepris relativement tard la formation pour être psychothérapeute, elle a eu d'autres aventures professionnelles mais aucune qui n'ait retenu son attention aussi longtemps que la psychologie. Pourtant, il est à noter que Babette a eu très tôt de l'intérêt pour la psychologie, elle nous explique que, dès l'adolescence, elle lisait Freud et était déjà fascinée par le psychisme, mais c'est une formation qui n'aboutit pas à ce moment-là.

Elle a commencé sa formation de psychothérapeute et hypnothérapeute en 97-98, alors qu'elle avait une trentaine d'années, pour une durée de 4-5 ans. « *C'est la première fois que je me dis que c'est un travail que je vais pouvoir faire jusqu'à la fin de ma vie (...) C'est vraiment le premier travail où je me dis : ben ça me comble, ça nourrit ma vie aussi de faire ce travail »* (ligne 1636).

Avec cette formation, elle était prête à accueillir les patients dans un cabinet puisqu'elle a posé sa plaque de psychothérapeute en 2001 et qu'elle y est toujours, mais peut-être pas préparée à se confronter au monde hospitalier et à la dynamique d'équipe de soins. D'ailleurs, nous abordons cette question-là au cours de notre échange. Babette m'explique qu'elle n'avait jamais travaillé en institution et a mis longtemps avant d'accepter de venir exercer dans l'EMSP (Equipe Mobile de Soins Palliatifs). Mais c'est une clinique qui faisait sens pour elle, « *cela venait titiller quelque chose que j'avais envie de faire, je me suis laissée convaincre. Je me suis laissée convaincre, mais je n'avais pas les armes.* » (ligne 1490). A la souffrance générée par l'institution, Babette oppose le plaisir qu'elle éprouve dans le travail en équipe, les rencontres avec les patients, les équipes et les familles, « *avant tout, cela restera une clinique très, très riche et absolument exceptionnelle.* » (Discours narrataire)

Qu'est-ce que nous venons chercher quand nous travaillons en soins palliatifs ? Ce caractère exceptionnel et intense de la proximité de la mort ? Il me semble que cette réalité ait une fonction formatrice de vie. « *J'imagine que c'est ça qui fait que les gens tiennent* ». Babette évoque le fait qu'elle a toujours voulu venir voir du côté des soins palliatifs, avant même d'être psy. « *Avant même d'être psy, j'avais envie d'aller voir ce qui s'y passait. Pour quelle raison ? Je ne sais pas exactement. J'avais peut-être besoin de me confronter à quelque chose de dur* » (ligne 1142). Il apparaît que dans sa représentation de la clinique de la fin de vie, il y ait donc cet aspect formateur qui fait sens pour elle. Un peu comme dans *le livre tibétain des morts,* qui mentionne la nécessité de se confronter à la représentation de la mort par le rêve pour pouvoir apprendre à vivre.

B. Babette : la vie et la mort

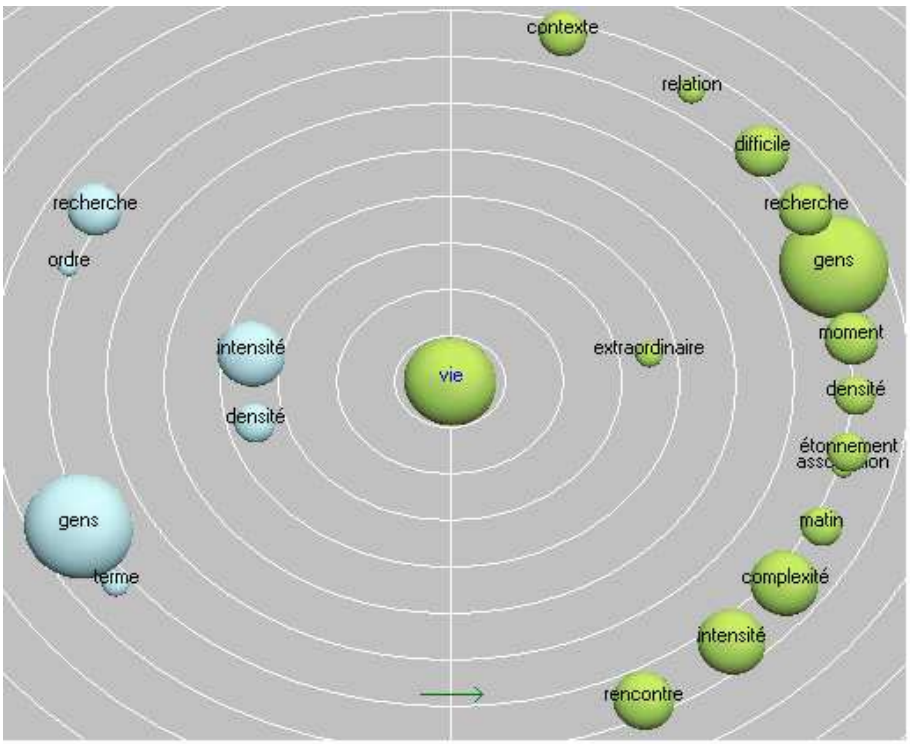

FIGURE N°18 : UNIVERS DE RÉFÉRENCE VIE POUR BABETTE

Comme pour les précédentes analyses, j'ai souhaité faire ressortir l'univers de référence en lien avec le mot « vie ». Il n'apparaît pas souvent dans le texte, il n'est évoqué qu'à 6 reprises.

Ce qui émerge du graphique que nous pouvons observer ci-dessous, c'est que l'univers de référence associé à « vie » est en lien avec la densité et l'intensité. Elle évoque le caractère intense de sa vision de la vie. « *une telle densité, une telle intensité de vie...* » (ligne 1175). Cette intensité vécue permet à Babette d'être dans une proximité relationnelle avec les patients, mais cela influence aussi beaucoup le fait que cela peut la mettre en difficulté. D'ailleurs, sous l'intensité et la densité se trouve l'univers de référence « chose ». C'est celui qui ressort le plus en terme de nombre de substantif utilisé, à hauteur de 40 fois dans son entretien. Ce mot « chose » que l'on voit apparaître tout au long du discours semble masquer la lourdeur du service de soins palliatifs. « *quelque chose de dur* » (ligne 1145) « *des choses tellement denses* » (ligne 1174) « *des choses qui sont très*

violentes » « *un autre truc qui te saute à la figure* ». (ligne 1328). J'observe aussi que, de façon majoritaire, ces « choses » sont associées à un discours en F2, de l'ordre du ressenti. Ce « chose » caché prend donc énormément de place et se rattache à beaucoup de notions, mais la vie en est le plus proche. De plus si on s'attarde sur les autres références associées au mot « vie », on constate qu'elles ne nous mènent pas à des relations remarquables, exception faite de la notion de recherche qui nous intéresse ici, dans son acceptation d'expérience : « *j'ai vécu des choses extraordinaires en intensité, en rencontres avec les gens, en partage d'expérience avec mes collègues* » (ligne 1209). Vécu et expérience sont intimement reliés dans une notion de formation.

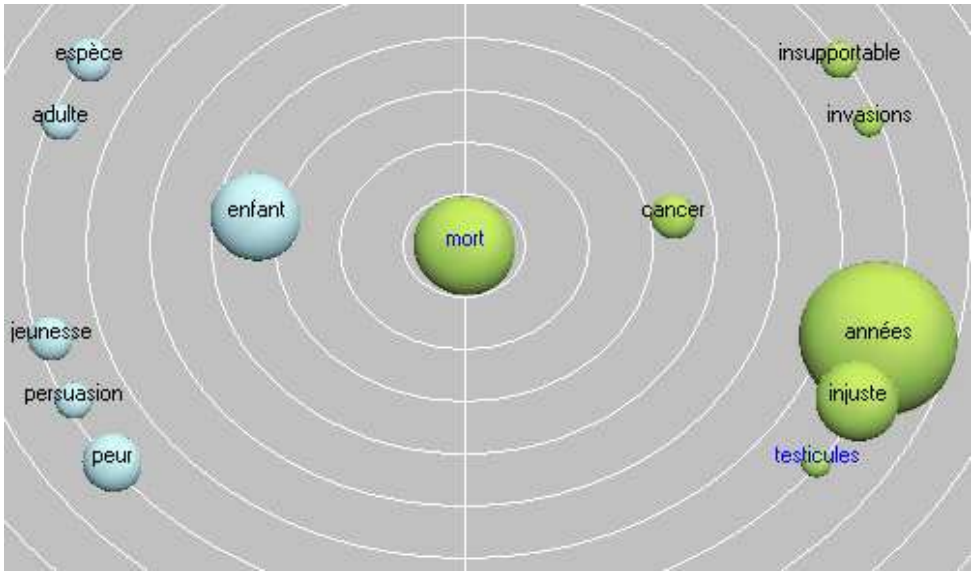

FIGURE N°19 : UNIVERS DE RÉFÉRENCE MORT POUR BABETTE

Concernant l'univers de référence du mot « mort », il m'a fallu procéder à une manipulation pour faire apparaître celui-ci dans le logiciel d'analyse. En premier lieu, il n'est pas pris en compte puisqu'il n'est présent qu'une seule fois, je suis donc, partie à la recherche de la mort et je l'ai débusquée en cliquant sur le mot « peur ». « Babette : *J'allais mourir, c'est sûr, oui, oui. Emilie : je me souviens d'une espèce d'angoisse de mort complètement envahissante et sidérante* » (ligne 1360) c'est une notion importante qui ressort ici et que j'ai moi-même formulée car elle exprime la difficulté à laquelle Babette a été confrontée

Co-construction

lors de sa pratique en soins palliatifs, le côté envahissant de la mort de l'autre. On peut supposer que cet envahissement est en lien avec sa représentation de la vie en général, et professionnelle en particulier, qui est associée aux notions de densité et d'intensité. Babette l'exprime très bien « *ça nourrit ma vie aussi de faire ce travail* (au sens être psychothérapeute) » (ligne 1640).

Babette évoque ce tiraillement entre la vie, la mort, l'intensité de la vie à proximité de la mort et le manque d'intérêt de la vie dans le quotidien. «*Parce qu'ils venaient avec des problématiques d'énurésie, de déprime, tu vois, des choses de la vie, quoi et je trouvais que c'était ridicule par rapport à ce que je vivais le matin (en soins palliatifs)* » (ligne 1180). Cependant, il faut être vigilant concernant le mot « mort » car s'il n'apparaît qu'une fois en tant que substantif, il apparaît en tant que verbe à plusieurs reprises dans le discours de Babette. La notion revient à plusieurs reprises quand elle parle de la mort des jeunes gens ou des enfants et qu'elle aborde la situation d'angoisse dans laquelle elle a été juste avant de quitter l'hôpital. « *Je pensais vraiment mourir* » (ligne 1268) « *J'allais mourir* ». (ligne 1360). Pour Babette, c'est la confrontation à la mort du jeune et de l'enfant qui devient insupportable, la mort de l'adulte est vécue comme quelque chose de violent, mais la mort de l'enfant est ressenti à un tel niveau d'injustice que cela semble créer l'état de stress traumatique qui l'a mené à l'épuisement professionnel. Il faut noter que l'adjectif «pas juste, injuste » revient régulièrement dans le discours de Babette. Le « pas juste » est utilisé dans le cadre de sa gestion de l'intensité du vécu en soins palliatifs et la difficulté de trouver un équilibre face à la force de la vie et de la mort, alors que l'injuste est utilisé aux regards de la notion d'injustice de l'enfant qui meurt...

C. Babette : la clinique, lien entre la vie et la mort

Comme nous l'avons évoqué dans le cadre théorique, la clinique est qualifiée par sa proximité avec le patient. Je suis au lit du patient. Dans le discours de Babette, on observe que le mot clinique est directement lié à l'intensité de la pratique. Comme la vie et la mort sont intimement liées dans cette intensité. Ainsi, « clinique » est au carrefour de cette rencontre et de cette densité créant l'intérêt de cette pratique spécifique. « *J'ai adoré aller dans les salles de soins, parler aux infirmières, parler*

aux médecins, rencontrer les familles… J'ai adoré ça vraiment. Les patients aussi avant tout… Emilie : Ça *restera une clinique très très riche ; et absolument exceptionnelle... Babette : Oui c'est ça"* (ligne 1495) "*C'est une clinique particulière et, malgré tout, forte. Forte, mais intense.* »

Apparemment, on ne sort pas indemne de cette confrontation à la fin de vie, à la souffrance et la maladie et c'est un espace de formation de vie inégalable.

D. Babette, l'univers « santé » en lien avec le temps

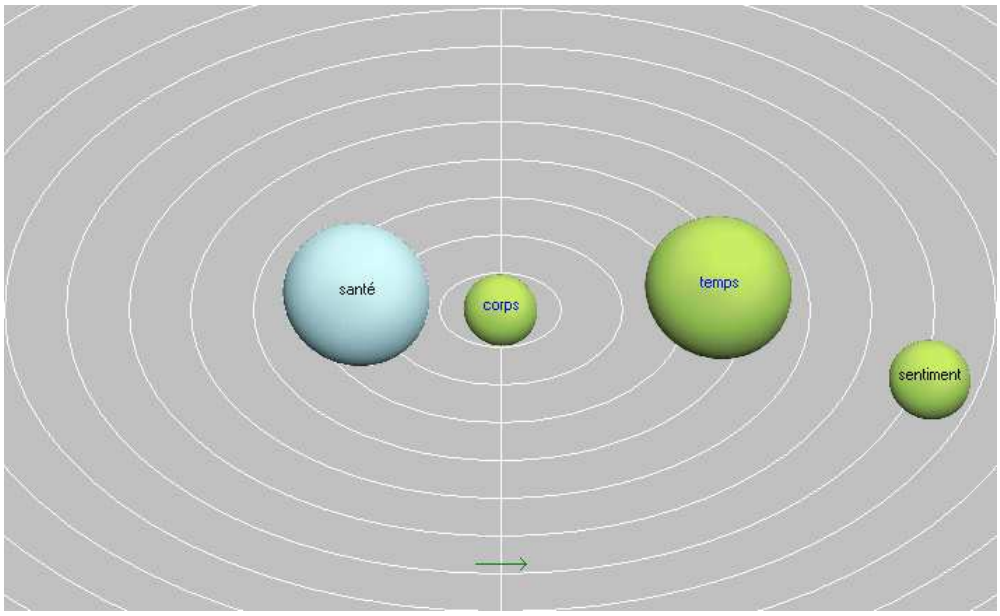

FIGURE N°20 : UNIVERS DE RÉFÉRENCE SOINS PALLIATIFS POUR BABETTE

Si, dans un premier temps, je me suis attachée à faire ressortir les univers de référence concernant la vie et la mort alors qu'ils ne sont pas majoritaires dans le texte, c'est qu'il me semblait important de rentrer dans le discours du narrateur par la réalité qui compose le soin palliatif. Cependant, si on s'intéresse aux univers de référence les plus employés dans le discours, celui de la « santé » ressort particulièrement et cela, en lien avec celui du « temps », comme nous le montre le diagramme ci-dessus.

Notons que la notion « santé » prend en compte plusieurs aspects : "les soins palliatifs, les patients, les médecins, les maladies…", qui se trouvent le plus souvent en étroite relation avec celles de temps et de corps.

Cela évoque plusieurs aspects du discours de Babette.

Dans un premier temps, la question du temps et de son travail est abordée à plusieurs reprises par rapport à l'organisation du temps et particulièrement de son temps de travail qui initialement était prévu dans une alternance matin/après-midi. Cette organisation a été source de difficultés pour elle, car l'intensité du travail du matin à l'hôpital rendait dérisoires les petits problèmes de l'après-midi dans sa pratique libérale.

Dans un deuxième temps, son discours est abordé par rapport à l'interrogation du temps que l'on passe dans un service de soins palliatifs. Si c'est, évidemment, une question introduite par mes soins, elle était déjà présente pour Babette puisqu'elle mentionne dès le début de l'entretien qu'elle ne se voyait pas rester plus de 5 ans dans un tel service de soins : « *je me suis dit qu'il y avait un temps pour ça, c'était prévu un peu, quoi, je ne sais pas comment l'expliquer* » (ligne 1150). Comme nous le savons déjà, Babette n'aura travaillé que 3 ans dans ce service avec, en conclusion, un épuisement professionnel qui met totalement fin à sa pratique hospitalière. Lors de l'entretien, je reviens avec Babette sur sa perception du temps entre 3 et 5 ans. Cela déclenche un discours très réflexif (lignes 1160-1185). Elle prend le temps de la réflexion, il y a beaucoup de silences, de pauses et d'hésitations, à ce moment. Elle fait déjà le lien avec la dureté de la proximité de la mort. Par contre, elle peut dire que cela faisait presque 15 ans qu'elle travaillait en tant que psychothérapeute libérale et « *que je n'ai pas vu ce temps là passer* » (ligne 1636).

Donc, pour Babette, la notion de temps est en corrélation avec la problématique de « santé » et de corps puisque c'est la notion qui se retrouve au centre du diagramme. C'est pour l'analyse que j'ai décidé de mettre cette notion au centre, afin de voir comment gravitent les autres univers référencés, mais cela me semblait particulièrement pertinent quand on s'attache au discours de Babette. D'autant que, sur ce diagramme, apparaît une autre notion qui fait le lien avec notre analyse qualitative, c'est la notion de sentiment que l'on retrouve souvent exprimé par Babette. En effet, le F2 est très présent dans le discours de Babette. « *ça génère chaque fois une angoisse. Et je pense*

que le soin palliatif procède un peu de la même manière, c'est à dire que bon, tu le vois une fois, tu dis : Ok, c'est pas sympa, quoi, c'est sa tumeur du cou, là, franchement, voilà... Mais tu la vois deux fois, tu la revois trois fois. Puis tu vas dans la chambre d'à côté et c'est un autre truc qui te saute à la figure... » (ligne 1325).

Du processus d'épuisement

Le troisième aspect du temps va nous permettre de faire le lien avec une autre notion importante de l'entretien, celle de la violence (au sens maltraitance et au sens dureté). Le temps est évoqué par rapport à la qualité de travail : ai-je le temps de m'occuper des patients ? Est-ce que l'institution reconnaît ce temps ? « *Donc, il faut prendre le temps, mais vous n'avez pas le temps... Donc, c'est indémerdable et c'est hyper violent* » (ligne 1411).

E. Babette : violence et protection



FIGURE N°21 : UNIVERS DE RÉFÉRENCE VIOLENCE POUR BABETTE

Ainsi, si l'on s'attache à la référence violence, trois adjectifs ressortent particulièrement et ils sont tous trois attachés à un aspect différent de la difficulté à pratiquer en service de soins palliatifs. Le premier à sortir est « violent ». Il est directement associé à l'institution qui est vécue, perçue comme violente.

Dans un deuxième temps, l'adjectif « difficile », qui est associé le plus souvent à la posture du psychologue dans l'équipe. On peut voir, sur le diagramme ci-dessous, la façon dont l'adjectif

« difficile » qualifie tout à tour la position, le service, l'équipe, le contexte et la chose. De même si je vais chercher le substantif « difficulté, », je vais voir apparaître le même type de lien avec la dynamique d'équipe. « *quand l'équipe était en difficulté, j'y allais...* » « *quand la psy était en difficulté, ben je ne savais plus vers qui me tourner* » (ligne 1215).

Enfin, l'adjectif « dur » est plus régulièrement associé à la notion de chose, c'est à dire ce que l'on ne prononce pas mais qui est omniprésent dans la clinique des soins palliatifs : la mort et la maladie.

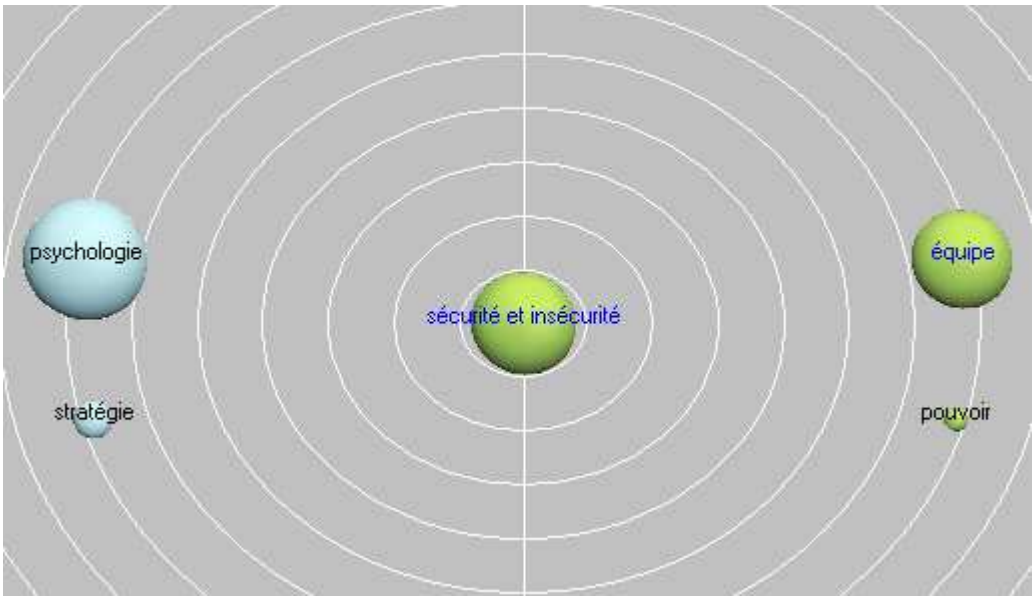

FIGURE N°22 UNIVERS DE RÉFÉRENCE PROTECTION POUR BABETTE

Babette ressent, dit-elle, une grande insécurité dans la clinique des soins palliatifs. Elle mentionne la nécessité d'avoir un comportement protecteur envers elle-même, mais elle n'a pas su l'appliquer à tous les niveaux. Si l'on envisage les deux niveaux de violence évoqués plus haut, c'est à dire l'institution et la clinique palliative, Babette évoque le fait qu'elle a su mettre en place des stratégies de protection lui permettant de faire face à la dureté de la maladie et de la mort. « *j'avais des stratégies beaucoup plus protectrices vis à vis de moi par rapport aux patients, par rapport à la vision qu'on pouvait avoir de certaines maladies, aux odeurs (...) en fait, je ne mettais pas mes lunettes (...) comme je suis myope comme une taupe...* » (ligne 1295). Par contre, par rapport à l'institution, elle ne s'est pas du tout préparée à vivre ce qu'elle a vécu avec certaines personnes et le fonctionnement général de l'institution est vecteur de paradoxes et de contraintes : « *au CHU, il n'y avait rien qui me protégeait* » « *J'ai demandé de l'aide et je n'en ai pas eu* » (ligne 1218).

Cela questionne, évidemment, les dynamiques d'équipe et le système institutionnel, source de violence sans reconnaissance. Nous pourrons revenir sur cette notion dans le parcours de formation mais il semble que Babette n'ait pas eu l'expérience de l'institution par le biais d'un stage ou l'autre qui lui aurait permis d'appréhender différemment cette activité professionnelle. Probablement que lorsque l'on sait à quoi on va être confronté en mettant les pieds dans un hôpital, il est possible que l'on mette en place des stratégies particulières afin de faire face. Par exemple, Babette me demande si j'avais eu moi-même des expériences institutionnelles avant de travailler dans ce service. Je lui répond par la positive et par le fait que j'avais expérimenté « *très fort* » l'hôpital, au sens de très douloureusement. Je sais, avec le recul, que c'est ce qui m'aura appris à mettre en place des stratégies de protection institutionnelle comme des alliances justes et protectrices pour moi. Il est important de noter que c'est une démarche consciente qui va au delà de la relation professionnelle positive ou de sympathie.

Retour d'expérience

Babette, dès le début de l'entretien, sait identifier le fait qu'elle ne saura pas « durer » dans un service de soins palliatifs, elle a la représentation que c'est un service difficile et le fait qu'elle mette en place directement une limite à sa pratique, entre 3 et 5 ans, spécifie bien la prise en compte de sa sensibilité. Lorsqu'elle répond à la question : « Comment es-tu arrivée en soins palliatifs ? » Elle entre directement dans un discours réflexif qui comporte deux niveaux réflexifs : celui qui correspond à sa réflexion personnelle déjà établie avant l'entretien et celui qui vient légèrement après et assez vite et qui est en lien avec la co-construction dialogique. *« Babette : 3 ans, peut-être 4, mais pas plus de 5 ans en tous les cas. Emilie : Pourquoi 3 ans et pas plus de 5 ?* » (ligne 1157). De cette question découle une réflexivité sur son propre fonctionnement et la façon dont elle peut mettre en place des stratégies de protection. Celles-ci sont assez efficaces et Babette a aussi identifié des avertisseurs lui donnant l'information de mettre de la distance. « *pour prendre mes vacances, c'était quand je me mettais à rêver de mes patients, c'était un bon critère pour moi...* » (ligne 1345). On peut imaginer que lorsque Babette rêve de ses patients, l'inconscient ne fait plus son travail de filtre car il est saturé, fatigué et que les préoccupations et les angoisses émergent pendant la nuit.

De plus, Babette a accepté de venir dans une équipe mobile de soins palliatifs, mais l'enjeu d'une pratique pédiatrique n'était pas envisagé. Or, ce que Babette a vécu comme étant le summun de la dureté réside dans ses interventions en service de pédiatrie, pour les deux mêmes raisons : la violence de la maladie et de la mort chez l'enfant, la violence des équipes de soins qui ne comprenaient pas toujours pourquoi on la faisait intervenir elle particulièrement. « *ce qui a changé, ce qui a été brutal, je pense que cela a été déterminant (...) vers avril-mai, j'ai commencé à être appelée au pavillon mère-enfant (...) et là, ça a été ma barrière à moi... Je ne pouvais plus* » (ligne 1536). Dans cette partie du discours, Babette oscille entre le ressenti et le réflexif, elle élabore complètement cette réalité qui a été source de souffrance. Quelques échanges plus loin, elle reprend trois fois le mot « limite » pour signifier à quel point ces prises en charge dans le service de pédiatrie venait heurter sa vision du monde. « *Je pense que c'était plus des questions philosophiques et métaphysiques (...) ça heurtait mon sens de la justice* » (ligne 1571).

D'ailleurs si cette représentation de la vie l'a fait basculer dans l'épuisement professionnel, c'est celle qui lui a aussi permis de relativiser sa propre mort quand les angoisses ont été si présentes qu'elle en a imaginé avoir un cancer mortel. Elle a 48 ans, elle peut accepter de mourir alors qu'un enfant, c'est tellement injuste.

Babette nous explique aussi que face à la mort et à la souffrance des patients, il est facile de s'oublier et donc de mettre de côté tous ses mécanismes de protection « *je pense que la tentation est grande de s'oublier quand on est en soins palliatifs, (..) relativise ! Ce que la personne en face de toi vit, c'est tellement énorme, c'est tellement grand que toi, avec ton petit malaise, tu ne vas faire chier le monde...* » (ligne 1429) comme les « pipi-caca » n'avaient plus de sens dans son cabinet en libéral, sa propre plainte et souffrance deviennent quantités négligeables face à l'insoutenable violence de la fin de vie et de son corollaire d'angoisse, de souffrance et de deuil.

F. Babette, le burn-out

Nous pouvons observer que de ce manque de protection découle l'épuisement professionnel de Babette. Elle exprime qu'il se joue à 3 niveaux : institutionnel, émotionnel par rapport aux patients

et personnel qui a été vecteur de stress supplémentaire. Babette identifie clairement ces trois aspects en formulant le fait que la confrontation à la mort de l'enfant dans une organisation institutionnelle qui n'a pas pris en compte ses difficultés a contribué à « *la pousser dans le vide* ». (ligne 1530). Par contre, Babette perçoit que ce n'est pas la clinique qui aura eu raison d'elle en premier lieu, c'est bien le dysfonctionnement hospitalier qui l'aura mis en difficulté et qui aura généré le plus grand mal-être. « *... En ne retournant pas à l'hôpital, je me suis rendu compte combien c'était bouffeur d'énergie pour moi. (...) Emilie : Est-ce que tu penses aussi que cette intensité-là a contribué à l'épuisement, à la fatigue ? Babette : en deuxième, mais pas en premier en fait !* » (ligne 1278).

Ainsi, le travail de co-construction dialogique de l'entretien est source de prise de conscience pour elle du processus dans lequel elle était.« *Ce qui a été difficile, c'est de ne pas pouvoir faire le tri. D'ailleurs, c'est utile aujourd'hui de le faire, parce que je ne suis jamais revenue sur ce qui avait causé ça.* » (ligne 1384). Elle formule dans un premier temps qu'elle n'a jamais pris le temps de reparler de ce qui s'était passé (et il est vrai qu'alors j'avais été à l'origine de son arrêt, comme elle le mentionne dans l'entretien), je n'avais jamais eu le fin mot de l'histoire. Elle explique très bien le processus de choc traumatique par rapport à sa posture de deuil anticipé d'elle-même. « *Ce sont des kystes, il n'y a rien. J'ai été aphasique pendant 6 heures* » (ligne 1370).

Création de sens par le récit

Si le soin palliatif adulte n'a pas été le seul enjeu d'épuisement professionnel, Babette nous explique en fin d'entretien qu'elle avait aussi vécu des tensions dans un contexte associatif et qu'il lui avait été demandé d'intervenir dans les services de pédiatrie et que cela a été sa limite. "*de voir des enfants qui allaient mourir, alors là, c'était… c'était ma limite*" (ligne 1555). On peut noter que l'expression du burn-out se joue dans le cadre de la maladie. En effet, il semble que cela ne soit pas anodin que Babette ait « choisi » le cancer comme expression de son mal-être. Elle-même le relève : "*alors je pense que ça a joué… quand j'ai fait mon espèce de burn-out… j'étais persuadée d'avoir toutes les maladies possibles: cancer en phase terminale… Je pense que ce n'était pas pour rien, le fait de travailler en soins palliatifs… parce que tu as une vision de ce que les gens ont…*" (ligne 1305).

Tableau récapitulatif

Vie	Mort	Soins Palliatifs	Violence et protection	Burn-out
Intensité	choses	des choses très violentes	stratégies protectrices par rapport à la maladie	dysfonctionnement hospitalier: bouffeur d'énergie
Densité	Injustice	clinique très riche, forte, intense…	institution paradoxale : savoir mettre en place des alliances justes	mort des enfants
choses		formation de vie	temps protecteur	

TABLEAU N°23 : TABLEAU RÉCAPITULATIF POUR BABETTE

Il ressort de ce tableau le caractère "émotionnel" du fonctionnement de Babette. Les termes qu'elle utilise tout au long de l'entretien témoigne de son implication dans une clinique riche, extrême, dense, intense… Ce que nous pourrions interpréter comme des tentatives de mise à distance en utilisant un vocabulaire indéfini (chose) n'éloignent en rien son ressenti émotionnel puissant et investi. C'est une formation de vie. Babette l'identifie ainsi et utilise l'entretien clinique dialogique comme d'un espace de détricotage/ retricotage de son histoire pour faire du sens. "*je pense qu'il y a des choses qui se sont tricotées ensembles, c'est comme s'il y avait des raisons qui s'étaient vraiment infiltrées, quoi, les unes dans les autres*" (ligne 1615).

2.4.4.Armelle 2014-2015

Pour son premier entretien, Armelle a un style de discours plutôt argumentatif avec une prise en charge par le « JE » très importante, à hauteur de 69%, on peut d'ores et déjà dire qu'Armelle est dans un discours très personnel qui n'implique pas, comme pour Alexandre, l'intégration de l'équipe par le « nous » ou le « on » qui sont à peine présents à hauteur de 14 % à eux deux. Et, comme pour Babette et Sophie, on retrouve des notions de doute.

D'un point de vue de l'analyse des F1, F2 et F3, on constate qu'Armelle entre rapidement dans un discours très réflexif et qu'il alterne avec le ressenti et le factuel. Ce dernier ne prenant pas beaucoup de place dans son discours.

Pour son deuxième entretien, on retrouve les mêmes caractéristiques, c'est à dire le style argumentatif, le prise en charge par le « Je » à hauteur de 69% aussi et toujours des notions de doute. Du point de vue de l'analyse qualitative, il semble que l'on voit apparaître plus de ressenti (F2) que dans le premier entretien qui avait une orientation plus réflexive. Cependant, il est évident que l'on peut continuer à observer la facilité avec laquelle Armelle passe d'un niveau de discours à un autre en entremêlant les aspects factuels, ressentis et réflexifs.

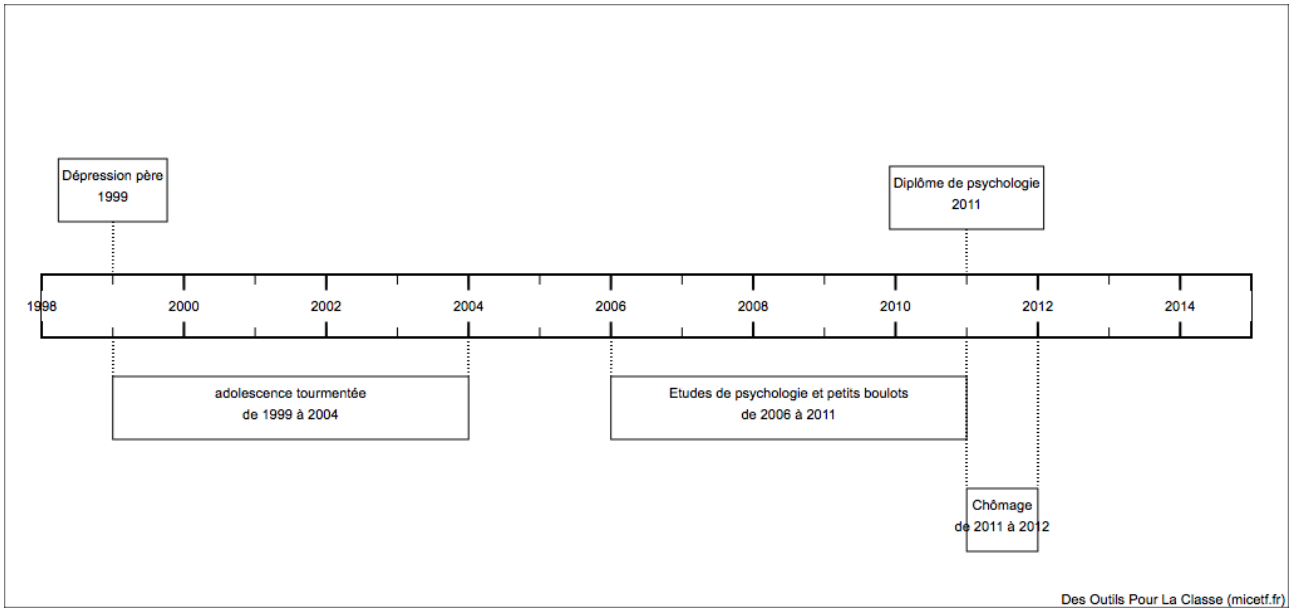

FIGURE N°24 : CHEMIN DE VIE POUR ARMELLE

A. Armelle, son parcours de formation

Lorsque l'on regarde le parcours de formation d'Armelle, on voit émerger plusieurs niveaux de formation qui sont apparus tout au long des deux entretiens. Tout d'abord, il y a la question du choix de la psychologie comme futur travail et l'on constate qu'il est indéniable qu'Armelle est attirée par la psychologie dans un souci de compréhension de son environnement. Son père a été pendant plusieurs années en profonde dépression, avec des tentatives de suicide, et par la psychologie elle cherche à comprendre cette souffrance paternelle qu'elle a aussi vécu comme enfant et adolescente.

Créer du sens

« *J'ai volontairement choisi la psychologie parce que j'avais énormément de questions et une volonté de comprendre pourquoi il voulait interrompre sa vie alors qu'il avait une famille qui l'aimait. C'étaient des choses qui me tourmentaient quand j'étais adolescente* » (2014, ligne 2101). Si, pour Armelle, la démarche de faire des études de psychologie est issue de son besoin de mettre des mots et des élaborations sur sa propre histoire, elle sent rapidement que cela fait du sens bien au delà de sa compréhension personnelle. « *C'est à dire que après avoir réglé tout cela , je suis tombée dans la marmite et je n'ai plus eu envie d'en ressortir. Cela me plaisait beaucoup* » (2014, ligne 2105).

« *J'ai commencé psycho pour une réflexion pour moi, pour comprendre ce qui se passait dans ma famille et puis après j'y suis restée pour moi, parce que j'aimais beaucoup ce que je lisais, tout ce que j'apprenais.* » (2014 ligne 2019).

Sa situation familiale aura une influence sur son choix d'université. Armelle doit financer elle-même ses études en travaillant et décide d'aller à l'université à proximité de chez elle, même si elle aurait souhaité faire l'expérience d'autres enseignements universitaires que ceux de sa région. « *Je n'ai pas énormément postulé pour d'autres universités plus loin. J'ai postulé pour ce qui était plus près. Financièrement, c'était trop compliqué. Et je me serais autorisée à postuler dans d'autres Masters parce que l'enseignement me plaisait et je ne l'ai pas fait pour des questions financières*. » (2014, ligne 2121).

Pendant ses études, Armelle fait toutes sortes de stages et d'apprentissages par elle-même qui ne lui donnent pas le sentiment d'être légitime en tant que psychologue, cette notion revient souvent dans son discours. Elle envisage de faire des formations pour compléter ses connaissances, pourtant elle a déjà expérimenté plusieurs aspects de la pratique des psychologues. « *Oui, j'ai eu accès à plein de choses dans mon parcours sans forcément asseoir ces compétences-là de façon officielle. Du coup, je me questionne toujours sur ma légitimité, sur... pouvoir faire part de tels éclairages ou telles ouvertures par rapport aux situations. (...) Oui il faut encore quelques années de pratique pour avoir confiance en nos compétences* ». (2014, ligne 1905).

Son arrivée en soins palliatifs n'est pas un choix en tant que tel, elle se retrouve, comme tous les jeunes praticiens qui sortent des études, en difficulté pour trouver du travail et doit faire un gros travail de réseautage pour trouver un emploi. Elle trouve un premier emploi grâce à une rencontre avec un psychologue qui partait en congé parental et qui laissait un poste vacant. Si la clinique en soins palliatifs lui a fait peur et l'a fait hésiter, elle s'est quand même lancée dans ce premier mi-temps qui lui a permis d'avoir un pied dans l'hôpital et de rencontrer les équipes qui, par la suite, sont venues la chercher pour son deuxième mi-temps en équipe mobile de soins palliatifs pédiatriques. « *elles étaient venues me chercher parce que j'avais fait des remplacements comme ça et puis elles sont venues vers moi pour que j'intègre l'équipe* ». (2014, ligne 1965).

Ainsi, lorsque je l'ai rencontrée la première fois, Armelle est à plein-temps et enceinte de plusieurs semaines. Lorsque je suis revenue la voir, elle avait accouché de sa fille qui avait 8 mois, elle n'était plus qu'à mi-temps en pédiatrie car le collègue psychologue avait retrouvé sa place dans l'équipe. Dans un premier temps, Armelle était contente de n'être qu'à mi-temps car la séparation avec sa fille avait été difficile et elle devait retrouver son équilibre professionnel. « *Je n'avais qu'une envie c'était de me barrer et de rejoindre mon enfant. Mais après, ..., j'étais quand même assez contente de retrouver mes collègues et j'étais un peu épuisée d'être dans ce monde de couches et j'avais un peu envie de sortir de cela...* » (2015, ligne 2271).

C'est encore un parcours professionnel débutant, Armelle a conscience de cela et elle imagine d'autres univers dans lesquels elle pourrait trouver sa place. Étonnamment ou non, elle s'imagine travailler dans des services de maternité, d'aborder des questions de parentalité... « *J'ai des envies*

d'aller en maternité... Travailler sur la place de parents, la parentalité... Tout ce que j'ai découvert là... » (2015, ligne 2655).

Au moment des entretiens, Armelle ne se voyait pas encore faire du libéral, elle souhaite se donner cette possibilité, mais elle dit avoir encore besoin du travail d'équipe. « *je pense que je viendrai au libéral, j'ai essayé de monter un projet, mais en fait cela me fout les boules de bosser toute seule. En fait ce qui me plaît aussi en soins palliatifs, c'est... je ne sais pas si j'aurais cela dans d'autres services, c'est qu'il y a une culture de la pluridisciplinarité qui est vraiment très confortable. La richesse... J'adore bosser en équipe* » (2015, ligne 2514).

B. Armelle : la vie

Comme nous l'avons déjà mentionné à d'autres moments, j'ai fait passer deux entretiens à Armelle à une année d'intervalle. Pendant ce laps de temps, elle a mis au monde sa fille. J'avais notion que ce changement majeur dans une vie de femme pouvait avoir une influence sur sa façon d'être psychologue en soins palliatifs, qu'elle prendrait appui sur cette expérience nouvelle pour faire évoluer sa pratique de psychologue. Le premier graphique correspond au premier entretien et le suivant à celui effectué un an plus tard. Nous pouvons constater un changement total d'univers de référence et de mots associés à « vie », dans le premier entretien, Armelle va utiliser 29 fois le mot vie, dans le second ce ne sera que 13 fois.

Une idée du changement : Formation

- ***La vie - premier entretien***

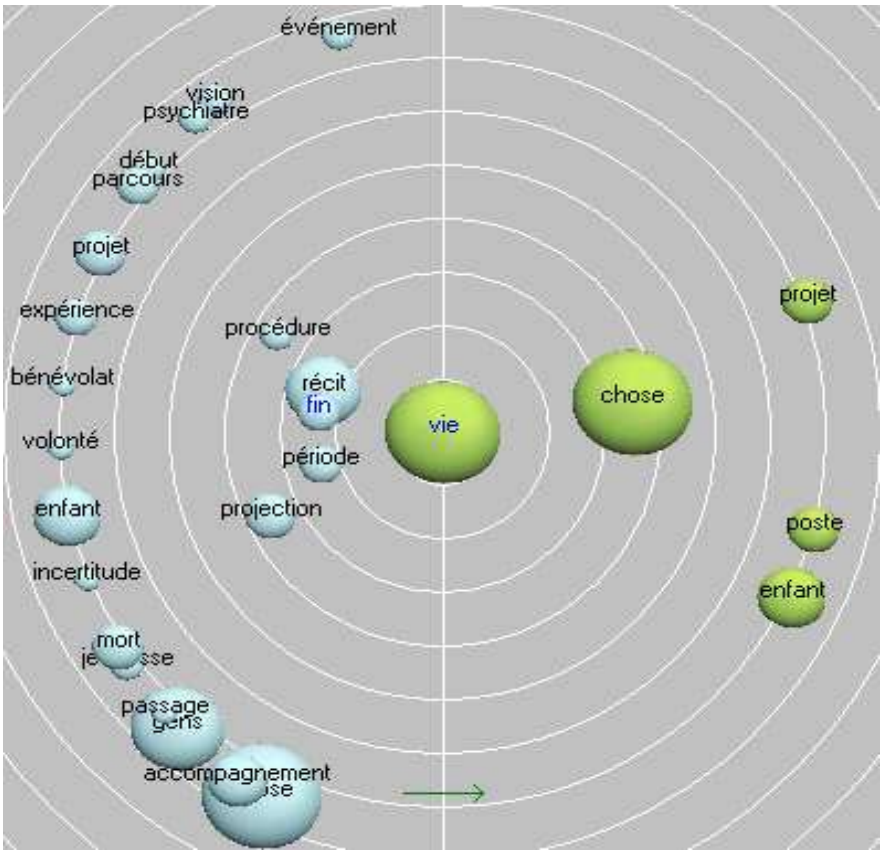

FIGURE N°25 : UNIVERS DE RÉFÉRENCE VIE POUR ARMELLE 2014

Dans le premier entretien, de nombreuses notions sont associées à « vie », on peut faire une différence entre la notion de vie qui se rattache à la vie en tant que telle et la notion de « fin de vie » que l'on voit apparaître dans le graphique. Si d'ailleurs, on jette un œil sur le graphique concernant l'univers de référence de la mort, on peut constater que mort et vie sont dans une grande proximité. Armelle le souligne : « *la maladie, la mort font partie de la vie* » (2014, ligne 2020). La vie fait donc partie intégrante du discours d'Armelle lorsqu'elle parle de sa pratique. On perçoit dans son discours les différents niveaux émotionnels en lien avec la vie et la mort. « *On rencontre des choses très compliquées que je ne pensais jamais rencontrer de ma vie.* » (2014, ligne 1710) « *des projections des jeunes gens qui étaient dans la même vie, dans les mêmes projets de vie, qui étaient en couple et voilà, il y a la maladie grave qui arrive, cela m'a fait beaucoup réfléchir, vis à vis de*

moi, je ne sentais que le privé, j'avais du mal à avoir cette place de tiers, vraiment extérieur pour la personne. Ce sont des situations qui m'ont bouleversées. » (2014, ligne 1795).

De plus, la notion de récit que l'on voit à proximité de vie n'est pas, comme pour Alexandre, en lien avec mon propre discours au cours de l'entretien, mais prend son sens dans la notion d'histoires de vie qu'Armelle aborde à plusieurs reprises. L'histoire de vie fait sens à plusieurs niveaux, celui des histoires de vie des patients qu'elle rencontre, « *j'ai été témoin d'histoires incroyables et même si l'issue était la mort*... ». (2014, ligne 1935). Des histoires qui ne sont pas la sienne, avec la notion de projection qui y est associée comme dans le verbatim mentionné plus haut et enfin, sa propre histoire de vie qui vient construire son identité de psychologue travaillant en soins palliatifs. « *ce n'est pas mon histoire à moi, je vais à la rencontre d'histoires qui sont difficiles, mais ce n'est pas mon histoire.*". (2014, ligne 1950*).* Armelle évoque souvent cette notion de vie qui lui est propre et qu'elle protège des difficultés de sa pratique en soins palliatifs. « *J'ai besoin de décompresser, d'un petit moment à moi, pour repenser la journée, moi toute seule avant de rentrer dans ma vie à moi.* » (2014, ligne 1813). On peut observer que l'utilisation du pronom possessif de la première personne est très marquée et semble signifier l'importance d'une séparation claire entre le monde du travail et de l'accompagnement de la fin de vie et le monde de la vie qui représente la vie personnelle d' Armelle. D'ailleurs, elle a eu du mal à un certain moment à faire la part des choses entre sa nouvelle vie qui commençait par le biais de la grossesse et sa vie professionnelle. « *Je suis dans une autre période de ma vie, parce que avec cette grossesse, je vis les choses encore différemment. (...) J'ai eu beaucoup de mal à revenir au travail parce que j'étais un peu dans la vie, j'avais plus envie de ranger mes petites culottes et faire du tri dans mes vêtements que de venir ici rencontrer des situations difficiles* » (2014, ligne 1815). Ainsi, cette alternance de vie et de mort est très présente dans l'univers d'Armelle et semble toujours sur une sorte de ligne de crête.

De toutes les notions qui sont associées à la vie - et elles sont nombreuses car la « vie » vient à de nombreuses reprises dans le discours d'Armelle - on peut voir apparaître différents aspects, tels que « le projet » qui revient deux fois et qui est en lien avec la construction de l'identité professionnelle, mais aussi d'une identité personnelle qui lui permet de continuer à avancer dans sa vie. « *J'ai des projets, énormément* » « *Je monte pleins de projets en pédiatrie* » (2014, ligne 1973). On voit aussi la notion d'événement, de parcours, d'expérience, d'incertitude, de mort ou de jeunesse... Il y aussi

la notion d'enfant qui revient en amont et en aval de la notion de vie, il semble qu'elle soit associée à son projet en cours de devenir mère et aussi au fait que le service de pédiatrie venait de lui demander de les rejoindre pour monter l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs Pédiatriques. « *Je pense que voir un enfant en fin de vie, je pense que c'est plus bouleversant et en même temps il y a tellement de choses incroyables qui se passent, je fais de belles rencontres, je rencontre des enfants incroyables.* » (2014, ligne 1930).

On observe aussi que la notion de « chose » revient beaucoup dans le discours d'Armelle. A la différence de Babette, qui a semblé associer la notion de chose à ce qui était difficile en soins palliatifs, Armelle semble l'associer à la notion de vie de manière plus prégnante. « *Je fais beaucoup de choses, cela m'amène à beaucoup créer et à penser* » (2014, ligne 1974) « *j'ai comme quelque chose, je ne sais pas si je fais de la réparation* » (2014, ligne 2041) « *Il y a quelque chose comme ça qui m'habite et qui me fait rester encore aujourd'hui.* » (2014, ligne 2044).

• *La vie - second entretien*

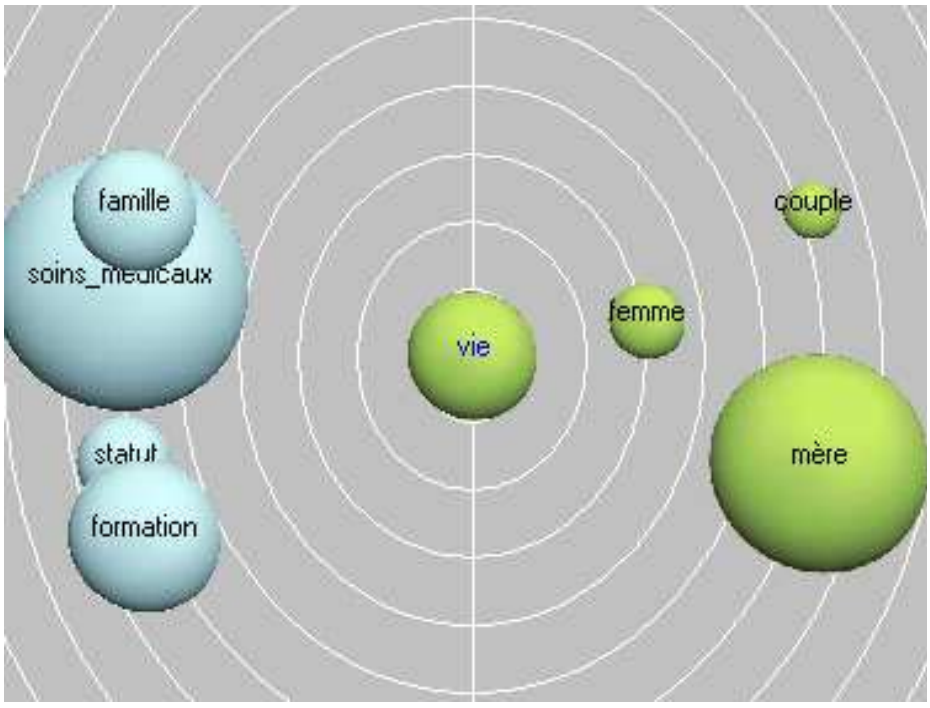

FIGURE N°26 : UNIVERS DE RÉFÉRENCE VIE POUR ARMELLE 2015

Lors du deuxième entretien, on observe que les univers de référence des mots « vie » et « mort » se sont totalement modifiés et cela pour deux raisons. La première attendue : Armelle est désormais maman d'une petite fille de 8 mois au moment l'entretien. La deuxième qui était en cours de création : Armelle travaille à mi-temps dans une équipe mobile de soins palliatifs pédiatriques. Ainsi la clinique des soins palliatifs pédiatriques modifie en profondeur le discours d'Armelle tant du point de vue de la vie que de la mort qui est aussi abordée en lien avec la maternité et le risque de perdre son enfant prématurément, situation qu'elle a accompagné en tant que psychologue et maman, qui vient faire écho dans sa vie à ses propres projections ou peurs.

Nous pouvons observer un changement complet des univers de référence du mot vie dans ce deuxième entretien. Si le premier entretien faisait émerger une pluralité des ressentis en rapport à la vie, dans ce deuxième entretien (qui a suivi sa reprise de travail après son accouchement), nous constatons qu'Armelle présente des univers de référence en lien avec la maternité et la famille. « *C'est ma vie de femme qui s'est bouleversée avec l'arrivée de ma fille et qui fait qu'il y a une sorte de maturation de ma vie privée, personnelle de femme et qui du coup a saturé ma vie de femme professionnelle.* » (2015, ligne 2254).

C'est une constatation forte qui modifie en profondeur les sensations d'Armelle quand elle revient dans le service après son congé maternité. «*Et qui fait que lorsque je suis revenue ici, il y avait quelque chose qui avait changé en moi. Je m'en souviens : dès le premier jour, quand j'ai traversé le couloir, j'avais déjà une petite appréhension parce que je trouve que, en tant que maman, on reprend très vite, surtout pour un premier enfant et, finalement, ce mi-temps qui n'était pas voulu m'arrangeait bien quand même (...) j'ai entendu ces enfants pleurer et tout de suite, j'ai pensé à ma fille et je me suis dit : qu'est-ce que je fous là ? ce n'est pas ma place*. » (2015, ligne 2263). Cette réflexion oscille entre les 3 niveaux de F et nous permet de percevoir à quel point Armelle construit sa réflexion et aborde son ressenti dans un contexte bien particulier où un changement en profondeur est survenu pour elle. D'ailleurs, son discours est ponctué de rires qui semblent représentatifs de la forte charge émotionnelle associée au domaine de référence « vie ».

La notion de statut et de formation sont assez proches dans le discours d'Armelle et sont aussi directement en lien avec la notion d'expérience de vie. « *Je pense que j'utilise ce que j'ai appris de moi-même avec ce statut là dans ma vie. Oui effectivement, je l'utilise, ce que j'ai appris*

Quand personnel et professionnel interagissent

oui... » (2015, ligne 2440). On perçoit dans la répétition du discours l'impact majeur de la maternité dans la formation tout au long de la vie. De plus, si la vie personnelle a des répercussions dans la vie professionnelle d'Armelle, elle identifie aussi que sa vie de professionnelle dans un service de soins palliatifs a aussi des répercussions dans sa vie personnelle. « *Après, en réfléchissant un peu à l'impact que cela a ... Pas plus tard qu'hier soir, ma fille, je voyais qu'elle n'allait pas très bien, je voyais qu'elle ne mangeait pas trop ... je me rends compte que ma pratique de psychologue en soins palliatifs, peut-être dans un service où cela a un impact dans ce sens là, mais finalement, cela a des répercussions dans ma vie privée. En discutant avec toi, tu vois des petits symptômes d'un bébé qui ne va pas très bien... On décide d'appeler SOS médecins. (...) J'avoue que j'étais très angoissée toute la soirée à attendre le médecin. J'étais là : « mais si, il lui arrive quelque chose de grave* » » « *Je vois tellement de situations où cela ne se passe pas bien, où les situations ne se terminent pas bien que j'ai quand même une inquiétude permanente pour ma fille.* » (2015, ligne 2442).

Évidemment, nous savons, et Armelle est capable de le critiquer, que les jeunes parents sont toujours plus inquiets avec leur premier enfant. De nombreux parents peuvent témoigner de leur grande inquiétude lors du premier rhume, de la première otite et puis, avec l'expérience, d'apprendre à se sentir en capacité de ne pas s'alarmer à la moindre hausse de température. C'est un processus normal d'apprentissage qui se fait aussi en lien avec la capacité des jeunes parents à gérer leurs angoisses.

On perçoit bien dans le discours d'Armelle que son expérience professionnelle n'aurait pas été la même si elle avait eu un enfant avant qu'on ne lui propose un poste en équipe mobile de soins palliatifs. « *Aujourd'hui, je ne sais pas si c'est un poste que j'aurais accepté si j'avais été maman.* » (2015, ligne 2470).

On perçoit bien qu'il y a une articulation importante entre les services de soins et la vie de famille, on l'observe grâce aux deux bulles qui se chevauchent dans le graphique.

Le discours d'Armelle est très riche en réflexivité et en ressenti, elle se sent libre d'exprimer ses émotions et elle partage en profondeur une réflexion intime. C'est un constat que l'on peut faire au

cours des deux entretiens, Armelle aborde au cours des deux entretiens des situations fortes faisant appel à son intime profond, sa maternité et une expérience de vie personnelle sur laquelle nous reviendrons par la suite.

C. Armelle, la mort

Comme pour l'univers de référence « vie », l'univers de référence « mort » s'est aussi considérablement modifié : ce qui semble être une fatalité représentable dans le premier entretien devient une préoccupation angoissante de mère dans le deuxième. Cependant, Armelle reste toujours dans une réflexivité qui permet la construction de savoirs insus et de faire évoluer ses représentations. On notera aussi que la notion de mort apparaît plus dans le premier entretien que dans le deuxième, même si on perçoit dans le deuxième entretien que la mort prend une place émotionnelle plus importante.

Emergence du savoir

• *La mort - premier entretien*

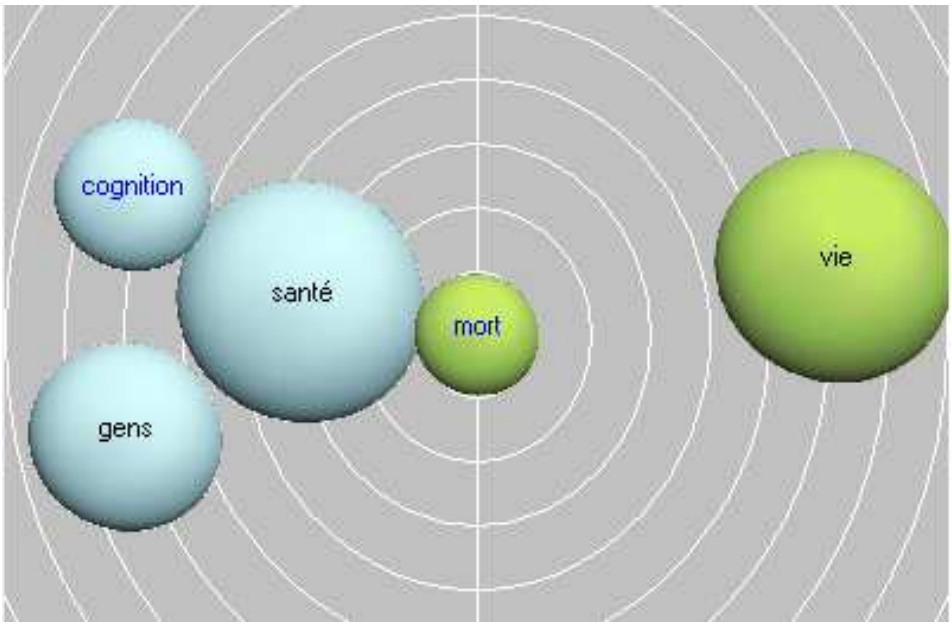

FIGURE N°27 : UNIVERS DE RÉFÉRENCE MORT POUR ARMELLE 2014

Nous voilà de retour au premier entretien d'Armelle en rapport avec l'univers de référence de la mort. Comme nous l'avons déjà mentionné dans notre analyse concernant l'univers de référence de la vie, mort et vie sont intimement liés dans ce premier entretien. Cet aspect est important dans cet entretien car il fait appel à une expérience de vie particulièrement forte et personnelle pour Armelle. Elle s'autorise à nous l'exprimer mais on perçoit que c'est un sujet profondément touchant. Nous allons revenir sur cette expérience de vie - qui est aussi une expérience de mort - qui est venue perturber grandement sa conception du monde. « *parce que j'ai des événements personnels qui sont arrivés avec des drames familiaux et, en fait, j'ai une vision de la vie différente qui fait que ces choses-là font parties de la vie. La maladie, la mort font partie de la vie* » (2014, ligne 2019).

Armelle accepte de me parler de cet épisode de sa vie qui fait rupture dans sa vision du monde. Elle ne peut le faire que dans la relation sécure que nous avons mise en place ensemble et aussi parce qu'elle sait que son histoire restera anonyme et sans jugement. « *Emilie : Est-ce que cela t'embête de parler de cette situation ? Parce que je vois, à la fois que cela fait partie de ton processus de vie, mais aussi que c'est ce qui fait ressource aujourd'hui pour faire face. Armelle : Oui, enfin, je ne sais pas comment tu vas t'en servir, c'est anonyme. (...) Parce que j'ai toujours peur du jugement, mais je sais qu'avec toi...* » (2014, ligne 2025).

Ainsi, elle peut parler du drame qu'a vécu sa famille qui a été durement touchée par la maladie mentale et la mort. « *Ce qui m'a fait grandir, c'est que j'ai perdu 4 membres de ma famille quelques mois après que je sois en soins palliatifs. (...) C'est mon oncle par alliance qui a pété un câble, qui a tué toute sa famille et puis qui a mis le feu à sa maison et donc, j'ai perdu 4 membres de ma famille dans ce drame, dans ces circonstances très compliquées.* » « *Je sais que ma tante et mes petites cousines sont décédées dans des circonstances atroces et du coup, j'ai comme quelque chose, je ne sais pas si je fais de la réparation, mais je mets un point d'honneur à ce que cela se passe le mieux possible pour les personnes qui partent.* » (2014, ligne 2038). Cependant, Armelle arrive à créer du sens entre son histoire et celle des patients qu'elle accompagne. « *il y a mon histoire à moi et il y a l'histoire des personnes que je rencontre*. » 2014, ligne 2051).

La notion de santé a proximité de la mort fait appel à l'univers des soins palliatifs et il semble bien normal de voir ces deux notions aussi proches dans le graphique. Ce qui va plus nous intéresser dans celui-ci, c'est la notion de cognition qui apparaît et qui fait appel au contexte d'expérience et particulièrement de non expérience par rapport à la clinique de fin de vie. « *Je ne connaissais rien du tout aux soins palliatifs. Je me suis mise à lire des bouquins qui ne sont pas vraiment d'actualité, c'est-à-dire que j'ai regardé « psychologue et soins palliatifs » et je suis tombée sur Marie de Hennezel, La mort intime et donc j'ai lu ça. Parce que je ne savais pas du tout... Et c'est une approche que l'on n'étudie pas du tout à l'université.* » « *J'y vais un peu par hasard avec mes petits bagages, ma petite expérience et finalement cela le fait (...) cela me permet d'asseoir mes compétences en tant que jeune praticienne* ». (2014, ligne 1677).

Enfin, la notion de gens/personne semble être une façon de prendre de la distance avec l'intensité de la pratique en soins palliatifs, un peu comme la notion de « chose » sur laquelle nous reviendrons. Ainsi, Armelle parle beaucoup des patients en utilisant le mot « personne », au sens d'individu, c'est évident, mais on peut aussi prendre en compte la notion de personne au sens de « il n'y a personne », ce qui est absent. « O*n est amené à accompagner des personnes qui ont le même âge que nous* » (2014) « *Je me suis sentie en difficulté par rapport à certaines personnes parce que la souffrance était telle...* » (2014, ligne 1739) « *Ce sont des gens que je retrouve complètement prostrés dans leur lit* » (2014, ligne 1761).

Ainsi, la mort est assez présente dans cet entretien, mais ne semble pas faire émerger plus d'angoisse que nécessaire. Armelle l'évoque à de nombreuses reprises et semble assez à l'aise pour créer une fluidité dans sa pensée, son ressenti et dans la réalité de son quotidien.

• *La mort – second entretien*

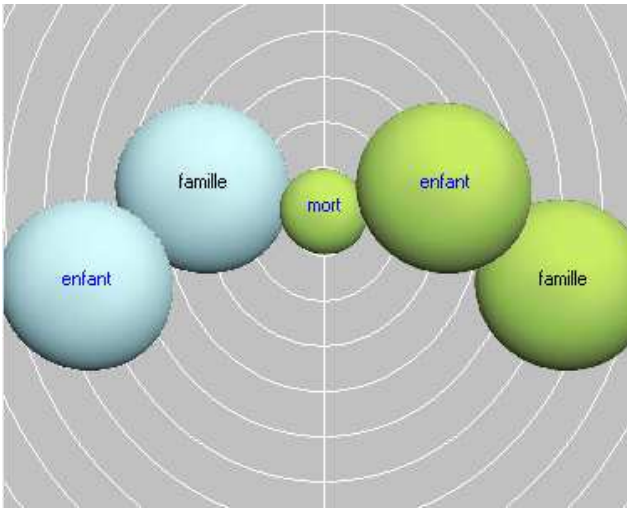

FIGURE N°28 : UNIVERS DE RÉFÉRENCE MORT POUR ARMELLE 2015

Dans ce deuxième entretien, on découvre un tout autre environnement qui est visiblement en lien avec sa nouvelle condition de mère et son appartenance à l'équipe mobile de soins palliatifs pédiatriques. La notion de mort est entourée par la famille et l'enfant en aval et en amont. « *Il y a aussi cette douleur de l'enfant. Mais en soins palliatifs pédiatriques, il y a l'enfant, mais il y a aussi beaucoup les parents* » « *On porte un enfant qui supporte une maladie qui est terrible* » « *Il y a ce sentiment d'injustice de vouloir toujours sauver son enfant, par la famille.* » (2015, ligne 2353).

« *Quand on n'est pas parents, on arrive à limiter. En fait, c'était une sacré forme de protection. Je me dis que je ne connaissais pas. Après, je sais bien que tout parent ne ressent pas cela comme ça, mais c'est vrai que je ne connaissais pas. On va dire que la définition de l'amour a changé depuis que je suis maman (...) quand je rencontre des parents qui parlent de l'amour de leur enfant qui va décéder, et bien c'est lourd. C'est à dire que je sens même que physiquement, j'ai les larmes qui montent aux yeux plus facilement.* » (2015, ligne 2364).

« *J'avais accompagné des parents pendant ma grossesse, juste avant mon arrêt. (...)Leur fille est décédée et puis c'était très difficile pour ces parents-là parce que c'était un enfant qui avait été conçu par fécondation In Vitro, un enfant très désiré. Et cette petite fille décède. Et, en fait, j'ai appris que, deux mois plus tard, la maman s'était suicidée* » (2015, ligne 2379).

Je reprends, ici, d'importants verbatim car ils sont représentatifs de l'émotion associée à la mort et aussi au changement de contexte de vie d'Armelle. Si, dans le premier entretien, Armelle arrive à donner du sens au drame de sa famille pour le transcender, la réalité de sa parentalité rend la mort plus difficile et engendre une implication émotionnelle dont Armelle ne se cache pas et pour lesquelles, elle trouve des stratégies de protection que nous évoquerons par la suite.

Comme pour Babette, on constate qu'il y a une forte implication émotionnelle à la fois dans la vie et dans la mort, il est possible que cela soit une explication possible de l'utilisation importante du mot chose qui selon les entretiens va tantôt vouloir dire mort, vie ou maladie, nous allons revenir dessus.

D. Armelle, « La chose »

Dans les deux entretiens d'Armelle, nous observons que la notion de « chose » est très présente. A hauteur de 32 fois dans le premier entretien et à hauteur de 45 fois dans le deuxième entretien. Il me semble important de remarquer que dans les deux entretiens, c'est l'univers de référence qui arrive en premier, suivi, pour le premier entretien, de la notion de vie que nous avons largement détaillée en premier lieu et de la notion de « soins » dans le deuxième entretien.

• *La chose - premier entretien*



FIGURE N°29 : UNIVERS DE RÉFÉRENCE CHOSE POUR ARMELLE 2014

Dans le premier entretien, la notion de « chose » est rattachée à plusieurs aspects, mais le plus présent reste la vie, ce qui n'est pas surprenant, puisque nous savons que c'est le deuxième concept le plus utilisé et qu'il est intimement lié à la notion de mort. « *Il y a beaucoup de choses que j'ai apprises, ici.* » « *On rencontre des choses assez compliquées* » (2014, ligne 1706) « je *vis les choses autrement* » « *Il y a tellement de choses incroyables qui se passent, je fais de belles rencontres* ». 2014, ligne 1929).

• *La chose - second entretien*

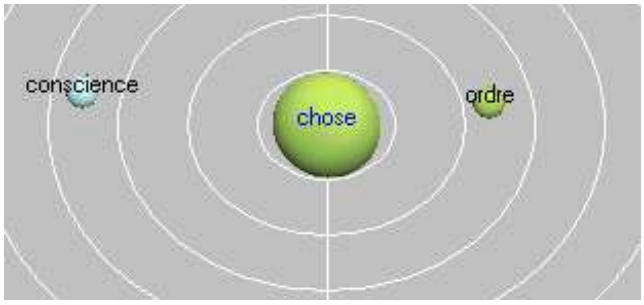

FIGURE N°30 : UNIVERS DE RÉFÉRENCE CHOSE POUR ARMELLE 2015

Dans le deuxième entretien, la notion de chose est plus conscientisée et s'attache à une certaine organisation, peut-être protectrice ?

Du point de vue de la conscience, il y a une vraie mise en lumière d'un changement, d'une nouvelle compréhension de la vie et de la mort. « *J'ai pris conscience de pas mal de choses depuis que je suis maman* » « *J'avais conscience de certaines choses auparavant de manière beaucoup plus théorique* » « *Je ne ressens plus les choses de la même façon* ». (2015, ligne 2210). Du point de vue de l'ordre, on peut évoquer cette notion dans un aspect d'organisation de mise à distance des sensations. *« C'est vraiment pas dans l'ordre naturel des choses . On ressent beaucoup d'injustices dans les accompagnements palliatifs ».* Ainsi, dans la co-construction de l'entretien clinique-dialogique transparaît cet aspect : « *Emilie : ... Mais cela alimentait quelque chose de la sensation. Tu crois que c'est quelque chose de cet ordre-là pour toi ? Armelle : Oui, je pense que j'utilise ce que j'ai appris de moi-même avec ce statut-là dans ma vie* » (2015, ligne 2439).

Du théorique à l'éprouvé

E. Armelle, la santé

L'univers de référence « santé » prend en compte les soins palliatifs, les médecins, la clinique, d'un côté et, de l'autre côté, il prend en compte les patients et la maladie. C'est évidemment l'univers de référence de l'entretien et de la recherche en général.

• *La santé, premier entretien*

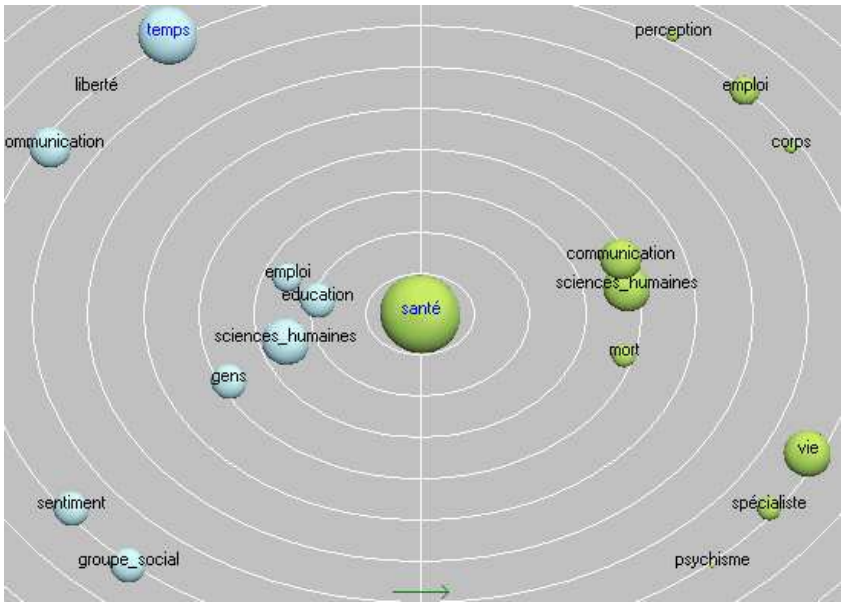

FIGURE N°31 : UNIVERS DE RÉFÉRENCE SOINS PALLIATIFS POUR ARMELLE 2014

- ***La santé, deuxième entretien***

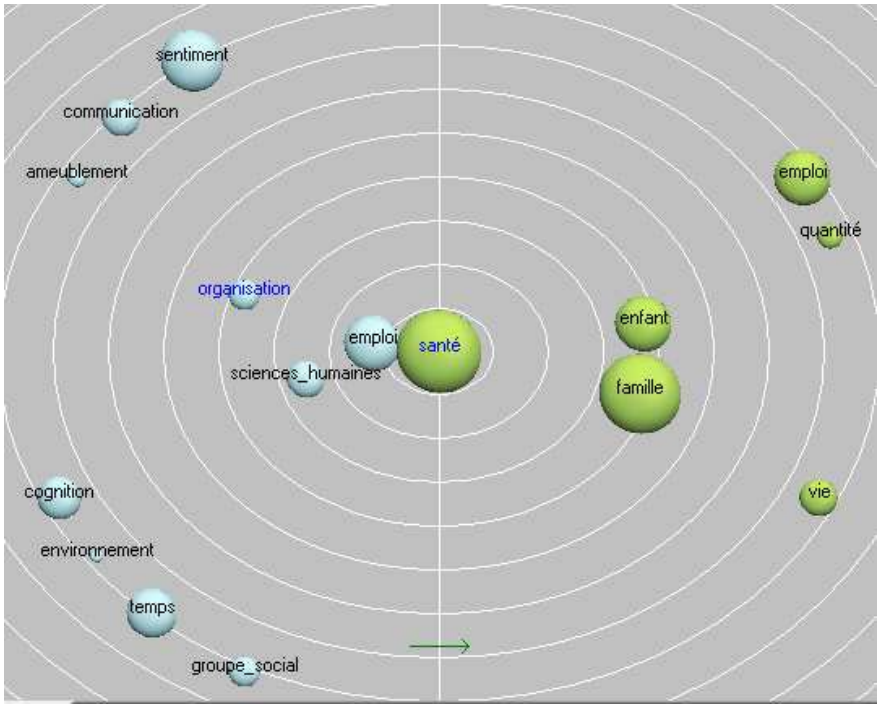

FIGURE N°32 : UNIVERS DE RÉFÉRENCE SOINS PALLIATIFS POUR ARMELLE 2015

On constate que pour les deux entretiens, il y a une grande diversité de notions qui gravitent autour de la santé. On en retrouve certaines dans les deux entretiens, mais comme pour les notions précédentes, on peut remarquer qu'il y a une modification autour du contexte famille et enfant qui ne sont pas présents dans le premier entretien et qui apparaissent dans le second. Ces deux aspects découlent, comme nous le savons déjà, du changement d'activité et de vie personnelle d'Armelle.

Par contre, si l'on s'attarde sur le premier cercle qui entoure l'univers santé, il est intéressant de noter que l'on retrouve des similitudes au niveau des sciences humaines et de l'emploi. Ces deux notions sont directement en lien avec la fonction de psychologue au sein d'un service de soins. Ce n'est d'ailleurs pas anodin que ces deux notions soient à proximité l'une de l'autre dans les graphiques. « J*e me construis en tant que psychologue dans ce contexte-là et en même temps, je monte pleins de projets en pédiatrie* » (2014, ligne 1972) « *J'ai appris vraiment mon métier de psychologue avec les soins palliatifs*. » (2015, ligne 2496).

F. Armelle, ressources et Protection

Les notions de ressources et protection sont importantes dans le fonctionnement d'Armelle, elle a identifié des signaux qui lui permettent de prendre en compte sa fatigue et mis en place très vite des ressources pour faire face à une clinique qu'elle identifie comme pouvant être lourde. « *Quand on sent cette souffrance envahissante dans une chambre, une ambiance particulière, une respiration, une angoisse...* » (2014, ligne 1763).

Par exemple, Armelle aborde le fait qu'elle est contente de porter la blouse dans le service. C'est une problématique que l'on rencontre beaucoup chez les psychologues : porter ou pas la blouse, faire partie des soignants ou non... Et pour Armelle, c'est « *une bonne barrière de protection* ». « J*'y trouve une utilité, car non seulement je la porte, mais je la porte même fermée comme ça, je fais une barrière symbolique entre les situations que je rencontre et ce qui m'arrive et ce petit être qui est entrain de pousser en moi* » (2014, ligne 1828). Lors du premier entretien, on perçoit bien qu'il y a une forte influence de la grossesse dans le besoin de protection, lors du deuxième entretien, on ressent un autre besoin de protection qui correspond à surtout ne pas rentrer avec des situations émotionnelles non gérées. A ce propos, elle fait une constatation importante concernant son fonctionnement avant la maternité : « *C'est que j'avais de sacrées protections (...) je me protégeais beaucoup des émotions. En fait, j'ai été surprise des émotions que j'ai pu ressentir au retour de la maternité* » (2015, ligne 2570).

Importance de l'éprouvé

Face à ce débordement d'émotions nouvelles, Armelle nous explique qu'elle se met plus facilement à distance « *Je suis plutôt au second plan dans les accompagnements* » (2015, ligne 2577) mais on perçoit dans son discours et dans sa répétition de mots que cela lui demande une énergie nouvelle à laquelle elle n'a pas trouvé toutes les solutions. « *Cela m'a fait un peu peur au début, j'avoue, je me disais : « Oh lala ». Non, je ne sais pas. (...) Là, ça va et j'aime tellement ce que je fais que cela va aller. Ça va aller, je me soutiens, ça va aller...* » (2015, ligne 2587).

Cependant, il est à noter que même lors du premier entretien, Armelle ressent « *de gros mécanismes de défense*[34] » suite au drame qu'elle a vécu dans sa famille. Par contre, elle met en place un travail de supervision qui lui permet d'apprendre à identifier ces mécanismes et ces fonctionnements psychiques dans le cadre de son travail « *je fais de la supervision depuis plusieurs mois. (...) C'est un psychiatre d'obédience psychanalytique et qui m'éclaire beaucoup. (...) Les mécanismes de défense que l'on peut mettre en place aussi. On ne se rend pas compte, on est bloqué complètement dans l'accompagnement et on ne sait pas pourquoi. C'est notre subjectivité qui travaille là dedans. »* (2014, ligne 1774). Cette notion de protection, elle apparaît pour soi-même mais aussi comme une protection par rapport à l'équipe, dans un souci de préservation de son poste « J*e me permets de dire des choses que je ne me permettrais pas devant les collègues. Je suis une des deux psychologues de l'équipe et on tient à notre place. Je ne peux pas m'autoriser à m'effondrer sur une situation qui m'aurait touchée. Je ne peux pas m'autoriser à dire que je suis dépassée complètement par la situation et que je n'arrive pas à gérer*» (2014, ligne 1780).

Ainsi, la première ressource est la supervision qui est vécue comme un espace pour déposer ses difficultés et réfléchir à sa pratique. « *J'arrive à exprimer mes échecs, mes doutes et puis à dire les projections que l'on peut faire entre sa vie professionnelle et privée. En travaillant dans l'humain, parfois, ces choses-là se mélangent et heureusement que le superviseur est là pour démêler ça, pour nous aider.* » (2014, ligne 1786). Lors du deuxième entretien, elle m'explique qu'elle n'a pas encore repris les supervisions mais qu'elle sent l'imminence d'un besoin. « *Je sais qu'il faut que je reprenne la supervision, ça c'est sûr. Je veux pouvoir y déposer mes émotions justement quand je craque.* » (2015, ligne 2588). La deuxième ressource vient de sa capacité à mettre de la distance avec ses émotions entre le moment où elle sort de l'hôpital et le moment où elle rentre à la maison. Armelle s'autorise des pauses qui sont vectrices de maturation et de contrôle des émotions « *Quand j'ai des journées très difficiles, je ne rentre pas tout de suite chez moi : quand je suis à l'hôpital du centre, je m'autorise à marcher jusqu'au centre-ville pour me faire un petit café-clope. J'ai besoin de décompresser, d'avoir un petit moment à moi pour repenser ma journée, moi toute seule avant de rentrer dans ma vie à moi, pour pas emmener tout ça avec moi, chez moi* » (2014, ligne 1810). On perçoit bien dans l'utilisation répétée du pronom personnel « moi » une tentative de protection et de

[34] le mécanisme de défense est un processus psychique inconscient de protection contre les situations angoissantes. Il n'émerge pas spontanément à la conscience et il faut faire un travail psychique pour l'identifier.

mise à distance, comme si le moi devenait une enveloppe de protection. Ce fonctionnement de protection/ ressource, Armelle l'a spontanément remis en place à sa reprise de travail. « *Je me fais toujours des petits rituels facilement. C'est à dire que quand je sens que la journée a été trop forte, je m'arrête facilement à un café pour me poser et me boire un café ou je m'arrête sur le bord du fleuve. J'ai repris mes mauvaises habitudes : je fume et donc je me grille une petite cigarette. Je repense à ce que j'ai fait dans la journée. Une fois qu'elle est écrasée, c'est terminé, je peux rentrer chez moi.* » (2015, ligne 2236).

Armelle sait identifier le moment du trop-plein du travail. « *Je sens ça quand j'ai la flemme d'aller dans une chambre, quand je connais la situation et que je sais que c'est lourd et que j'y vais à reculons, là je sais que j'ai besoin de m'arrêter, de changer d'air* » (2014, ligne 2020). Elle nous explique même que la psychologie disparaît complètement de sa vie pendant ses vacances afin de décompresser totalement. « *Je ne lis rien en rapport avec la psychologie, je lis tous les magazines les plus filles possible. D'ailleurs, je ne suis pas du tout psychologue (...) Je coupe complètement, j'ai besoin de me ressourcer* » (2014, ligne 2012).

Le dernier aspect de protection qu'il faut noter, c'est la capacité d'Armelle à imaginer que la pratique en soins palliatifs aura une fin. Elle ne peut définir quand, pour le moment, car elle est au début de sa pratique, mais elle souhaite envisager d'autres choses. Elle l'aborde dès le premier entretien « *Parce que j'aurais envie d'accompagner d'autres personnes que uniquement que pour la mort. (...) Même si c'est une clinique qui me plaît, je ne ferais pas cela tout le temps, je ne sais pas depuis combien de temps que j'ai cela... 2012,13,14, cela fait 2 ans et demi. Pour l'instant cela va... je ne resterai pas 10 ans (...) je pense qu'à un moment j'aurais envie de voir autre chose* » (2014, ligne 1999). Elle mentionne le fait que c'est lorsqu'elle percevra que sa vie professionnelle prendra trop de place dans sa vie quotidienne qu'elle envisagera un changement, même si celui-ci n'est pas si évident à faire en raison de la difficulté à trouver un poste de psychologue. C'est un moment d'échange qui nous permet d'aborder la perméabilité des limites entre le personnel et le professionnel. La perception de celles-ci permet une meilleure gestion des émotions au quotidien. « *Emilie : Ce que j'ai déjà retiré de cette recherche, c'est que les histoires de vie viennent construire, former, modifier la pratique, l'être*

Co-construction narrateur/ narrataire

en profondeur et je pense que c'est sûr que c'est ce que toi, tu as vécu. Et quand tu dis : « je fais la différence entre le personnel et le professionnel ». Je pense que à la fois, c'est important mais c'est aussi une limite hyper perméable... Armelle : oui, fine. Emilie : Et peut-être que d'avoir conscience de cette perméabilité, c'est ce qui permet de la gérer ? Armelle : Oui. » (2014, ligne 2056). Ce espace de co-construction où le narrateur et le narrataire s'inversent est un moment de formation pour chacune d'entre nous. Évidemment, à mon niveau, il me permet de construire ma réflexion de travail de recherche ; pour Armelle, c'est le moment de prendre conscience de son propre fonctionnement et de l'élaborer.

Lorsque je reviens la voir pour le deuxième entretien, Armelle identifie toujours son besoin d'aller voir ailleurs, mais se confronte à la difficulté de son CV à forte orientation palliative. Elle ressent que cela lui ferme des portes. « *Je m'aperçois que mon CV, un peu par hasard, s'est orienté soins palliatifs et cela me ferme des portes (...) J'essaye de pousser les portes d'à côté par envie d'enrichissement de pratique professionnelle et aussi pour voir autre chose, pour apprendre autre chose, par envie et par motivation.* ». (2015, ligne 2184). Le changement professionnel est, ici, moins envisagé comme une protection qu'un besoin d'ouverture à autre chose.

G. Armelle, apprentissages et formation de soi

Armelle est jeune professionnelle, le service de soins palliatifs est sa première expérience professionnelle et elle y est arrivée un peu par hasard au gré des rencontres et par le biais du réseau dans lequel elle s'était insérée afin de trouver un poste. Elle obtient ainsi un premier poste en soins palliatifs suite à un départ pour un congé parental. Elle nous explique qu'elle ne connaissait rien aux soins palliatifs « *c'est une approche que l'on n'étudie pas du tout à l'université* » (2014). Cependant, Armelle se sent rassurée par le discours de ses collègues du service qui lui disent que « *c'est de la clinique comme on en trouve partout en psychologie* » (2014, ligne 1694). Ainsi, même si la clinique des soins palliatifs reste une clinique particulière dans ce à quoi elle nous confronte, elle reste avant tout une démarche clinique comme nous l'avait expliqué Alexandre. Armelle s'est bien saisie de cette notion. Par contre, elle perçoit bien la complexité des pathologies palliatives qui sont

des situations que les étudiants en psychologie sont rarement habitués à rencontrer. « *On rencontre des patients qui ont des pathologies dont je ne pensais même pas qu'elles existaient, en tout cas visuellement comme ça. J'ai rencontré des patients avec des odeurs, c'est ce qui est je pense spécifique à l'accompagnement des personnes malades. En tout cas, c'est ce qui m'a le plus surpris et c'est ce que j'ai appris de l'être humain : c'est qu'on pouvait se retrouver avec des choses assez spectaculaires physiquement . Je pense que l'on peut parler, peut-être pas d'un apprentissage, mais d'une sorte d'habitus. Je ne banalise pas, je suis toujours surprise et impressionnée, mais je ne suis plus effrayée*. » (2014, ligne 1707). Ainsi, la confrontation au réel de la maladie et de la fin de vie engendre des moments où Armelle se sent impressionnée, mais elle perçoit sa capacité à dépasser ses peurs, elle l'évoque comme une sorte d'apprentissage qui n'aurait probablement pas pu se faire dans le cadre des études de psychologie. Armelle utilise cette expérience professionnelle dans un souci de formation personnelle car elle identifie que la formation de psychologues « *est bien mais pas suffisante* ». « *Je trouve qu'on arrive un peu sur le terrain quand même, il faut s'accrocher, il faut apprendre, il faut s'autoriser à se tromper, à se poser des questions à relire. Je trouve qu'il manque des choses quand même* » (2014, ligne 1877). Lorsque nous évoquons à nouveau la formation de l'université lors du deuxième entretien, Armelle revient sur la même difficulté de formation « *Il y a cette question de légitimité parce qu'on a pas l'expérience de terrain et puis il faut le dire la formation psy... je trouve que cela manque un peu de pratique, on se démerde beaucoup tout seul.* » (2015, ligne 2485).

La mort et la souffrance associées obligent Armelle à un apprentissage qui est rarement évoqué pendant les études de psychologues, qui est rarement évoqué dans la vie de tous jours aussi. « *Emilie : tu sens que cette impuissance est inévitable dans la mesure où à un moment la mort survient ? Tu sens qu'elle peut être difficile à vivre ? Armelle : Je pense qu'au début j'avais du mal à le vivre en tant que jeune praticienne, je pense que j'apprends beaucoup, je pense que j'ai mûri depuis ces derniers mois. Je me sens peut-être un peu toute puissante, on pense que le psychologue va être là, on va mettre du baume et puis cela ne suffit pas forcément, ça ne se passe pas toujours comme ça et puis on se laisse guider par le patient et c'est comme cela que l'on essaye d'apporter cet équilibre psychique du mieux qu'on peut* » (2014 , 1750). Ainsi, dans ce passage, c'est une co-construction réflexive entre le narrateur et

Construction de savoirs

le narrataire qui permet à Armelle d'élaborer son ressenti et de mettre en mot l'apprentissage de son métier de psychologue.

De plus ce qui ressort des entretiens avec Armelle, c'est la fonction d'apprentissage lié aux événements. Dans chaque entretien, Armelle nous évoque un moment de sa vie qui aura été perturbateur et formateur. Ces événements vont l'obliger à reconsidérer sa posture de psychologue. Dans le premier entretien, Armelle nous parle du drame vécu par sa famille qui aura pour conséquence une certaine mise à distance et philosophie face à la vie. C'est ce qui lui fait dire qu'elle accepte l'idée que la mort peut survenir à tout moment et qu'elle fait partie de la vie. Le deuxième événement formateur est évidemment la maternité qui vient modifier en profondeur les ressentis d'Armelle. Ainsi, Elle oscille régulièrement entre sa formation initiale, son vécu qu'elle prend le temps de mettre en mots dans le cadre d'une supervision et d'un travail de thérapie et ses désirs de formation pour continuer à approfondir son cadre théorique. Ce qu'il est intéressant de noter, c'est que la formation sur le terrain des soins palliatifs dépasse largement la formation du DU de soins palliatifs. «*J'ai rencontré une psychologue qui est venue faire son stage de DU de soins palliatifs dans le service. Elle m'a dit qu'avec tout ce qu'on faisait puisqu'on était amené à faire des formations, elle m'a dit tu ne vas rien apprendre, elle disait que j'allais m'ennuyer* » (2014, ligne 1853). Alors même qu'Armelle était encore une jeune psychologue et que sa pratique était encore débutante, elle avait déjà acquis ce qui est la base de la pratique des soins palliatifs à savoir la pluridisciplinarité et la réflexion clinique. Un an plus tard, Armelle se pose toujours la question de sa légitimité et sa capacité à faire valoir son expérience de terrain au profit d'un travail théorique. « *Je m'interroge toujours sur le fait de passer un DU en soins Palliatifs, parce que je voudrais aussi légitimer, euh, je parle toujours de légitimité, mais en tout cas prouver mes compétences avec un diplôme. J'ai appris beaucoup sur le terrain, mais après est-ce que c'est reconnu ?* » (2015, ligne 2532).

Tableau récapitulatif

Vie	Mort	Soins Palliatifs	Violence et Protection	Formation
vie et fin de vie	Impuissance, inévitable	Mort	violence de la maladie et de la mort	expérience personnelle : maternité
vie personnelle/ vie professionnelle	Evenements personnels (drame)	Formation, expériences professionnelles	Blouse et équipe comme protection	Expériences professionnelles
Projet professionnel	Souffrance	une clinique comme on en trouve partout	mécanismes de défense/supervision	apprentissage par rapport à la mort ou la maladie : Habitus
Maternité, famille	famille, deuil		temps pour soi	
Choses	choses			

TABLEAU N°33 : TABLEAU RÉCAPITULATIF POUR ARMELLE

Nous avons vu tout au long des entretiens effectués avec Armelle qu'il y avait un tissage entre les différents niveaux de F. Armelle passe aisément d'un fait à son ressenti et à son élaboration. Pour de nombreuses situations, aussi bien en 2014 quand elle nous parle de son histoire familiale dramatique, qu'en 2015 quand elle aborde sa nouvelle posture de maman, Armelle arrive à donner un sens à son histoire et à en tirer un certain nombre de connaissances ou de compréhensions. Ainsi, dans les concepts de vie et de mort, nous percevons cette perméabilité entre la vie personnelle et professionnelle, chacune alimentant l'autre de son expérience. D'un point de vue de la formation et des soins palliatifs, Armelle perçoit les failles des enseignements universitaires initiaux qui peuvent la mettre en difficulté dans sa pratique au quotidien. Il y a la conscience que la formation universitaire ne peut pas aborder toutes les pratiques possibles, mais il y a aussi la reconnaissance d'une certaine mise en difficulté face à une pratique qui vient s'infiltrer à tous les niveaux émotionnels car elle confronte à une réalité dont on essaye de se protéger.

2.4.5.Emilie

En raison de mon travail sur l'implication du doctorant dans son sujet de recherche et aussi par curiosité. J'ai décidé de faire passer mon propre texte dans le logiciel d'analyse Tropes. Ainsi, le logiciel m'informe que c'est un style plutôt énonciatif, avec une mise en scène dynamique (c'est le logiciel qui le dit!). Évidemment, il y a une prise en charge par le JE à plus de 74%, ce qui semble assez normal, puisque le dialogue avec la page blanche crée une certaine orientation vers soi et que l'autre n'est pas physiquement présent.

Comme pour mes narrateurs, je suis allée rechercher des aspects spécifiques de cette recherche, c'est à dire la mort, la vie et les soins palliatifs.

A. Emilie, la vie et la mort



FIGURE N°34 : UNIVERS DE RÉFÉRENCE MORT POUR EMILIE

A la différence de mes narrateurs, j'utilise à de nombreuses reprises les mots associés à la mort, ils reviennent à 15 reprises: ce qui est une récurrence importante aux regards des résultats de mes narrateurs. Est-ce parce que j'élabore depuis de nombreuses années autour de ces questions ? En effet, comme je l'ai mentionné plus haut, j'ai constaté, que dans le discours de nombreux professionnels exerçant en soins palliatifs, la mort était souvent mise de côté. Pour ma part, elle fait partie intégrante de mon discours, peut-être tout simplement parce que c'est un sujet sur lequel j'ai toujours beaucoup lu: à la même époque que le livre de Marie de Hennezel, j'ai lu tous les livres d'Elisabeth Kubler-Ross, les livres concernant les expériences proches de la mort. J'avais un vrai intérêt pour cette partie de la vie.

De la perspective par rapport à son propre discours

Donc, si on revient à mes bulles, on peut constater que l'univers de référence de la mort a un satellite proche qui est le cancer, puis toute une pluie de planètes associées gravitant sur la même orbite. On comprend très vite pourquoi le cancer est dans une grande proximité avec la mort, c'est intimement lié à ma pratique des soins palliatifs.

Si l'on regarde les planètes qui ressortent le plus, on y voit la notion d'année qui correspond à la hiérarchisation dans le temps de mon parcours. Le temps est un fil conducteur qui m'a permis d'égrener mon cursus et il se retrouve très présent à juste titre. A côté de cela, on voit apparaître trois thèmes importants, correspondants aux trois grands passages pendant lesquels j'aborde la question de la mort.

Le premier correspond aux univers de référence : souffrance, arrêt, usure. Ces termes sont en lien avec mon questionnement, celui qui m'a été donné par l'arrêt de ma pratique en soins palliatifs: étais-je fatiguée, lassée ou blasée de cette pratique ? En tout cas, c'est un questionnement qui m'a amenée à poursuivre cette recherche. Cela venait d'autant plus m'interroger que, comme nous l'avons vu en début de recherche, j'avais fait ce travail pour le collège des psychologues en soins palliatifs et que la moyenne de pratique correspondait à environ 6 ans, durée au bout de laquelle je suis moi-même partie.

Le deuxième thème est autour de mon rêve qui voit émerger les références : nuit, âge, absence, sommeil, peur et séparation. C'est un événement de vie déterminant dans ma pratique en soins

palliatifs. Ce rêve est probablement alimenté par l'expérience récente que je faisais en soins palliatifs, mais il a aussi déterminé l'orientation de cette même pratique par la suite. Je possédais intérieurement une expérience nouvelle.

Le troisième thème est en lien avec les univers : grand-mère, patients, cousin, environnement, corps, maladie qui évoquent plus la notion de deuil, associée aussi bien aux proches qu'aux moins proches, avec l'accompagnement de certains patients qui restent encore en mémoire. Je me souviens de mon premier accompagnement. Je me souviens de la chambre, de la musique, de notre après-midi auprès de la patiente, de l'attente de ses enfants âgés de 5 et 7 ans. Je me souviens de mes premiers mots de psychologue au père de cette jeune femme : « Vous pouvez vous asseoir auprès d'elle et lui tenir la main, même si elle ne vous répond plus». Je me souviens de la sensation de soulagement de ce père à qui je donnais une autorisation qu'il ne savait pas se donner et qui lui a permis de passer les dernières heures à proximité de sa fille, plutôt qu'à l'autre bout de la chambre. Je me souviens m'être dit que si faire ce métier n'avait servi qu'à cela, alors cela valait le coup pour tout le reste de la vie.

Retour d'expérience

Enfin, un dernier clin d'œil concernant la mort, c'est la mort du doctorat... pas celui que vous avez sous les yeux, mais le premier, celui qui ne correspondait pas à mon histoire !

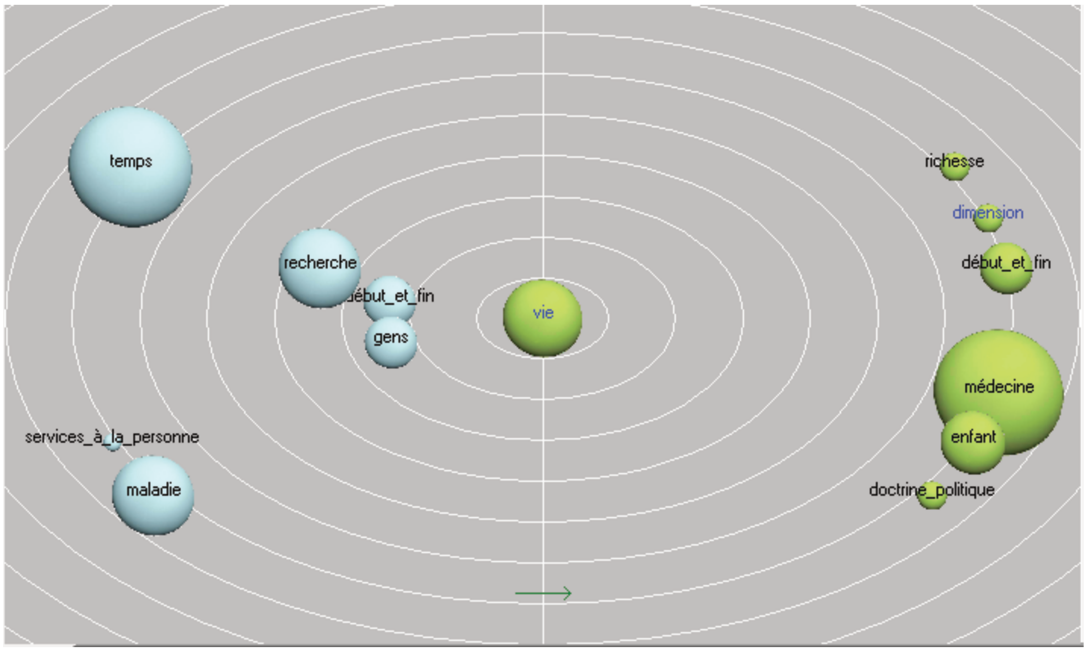

FIGURE N°35 : UNIVERS DE RÉFÉRENCE VIE POUR EMILIE

On retrouve l'univers de référence vie à 18 reprises dans le texte, c'est l'univers de référence qui se trouve juste avant l'univers mort, comme si ces deux concepts pouvaient se trouver dans une grande proximité, même si ces deux univers ne se retrouvent pas au même moment dans le texte.

Les trois notions les plus proches de la vie sont : « le début et la fin », « les gens » et « la recherche ». Il est intéressant de noter que la référence à la recherche est en lien avec la notion d'expérience. Cette notion d'expérience est en lien direct avec mon ressenti, mon vécu et ma formation, cela reprend les thèmes des différents niveaux de formations (formelle, informelle et extra-formelle). En ce qui concerne la fin et les gens, je constate que c'est absolument en lien avec le pratique en soins palliatifs car cela correspond à la notion de fin de vie et à l'accompagnement des « gens ». Pour le début, il faut revenir à un autre intérêt important de ma pratique que j'ai moins développé, qui est le travail en maternité et service de grand-prématuré. Lorsque je cherchais des stages, j'avais ces deux orientations : le début et la fin de vie... C'est la fin de vie qui a pris le dessus. Jusqu'il y a encore peu de temps, je pouvais encore imaginer aller travailler dans un service de maternité. Aujourd'hui, ce n'est plus une de mes envies, non que je n'ai pas d'intérêt pour cette pratique, mais que je n'ai plus envie de dépendre d'une institution dans laquelle mon travail ne sera pas reconnu, ni correctement rémunéré. Le fait d'écrire cela me donne une clé par rapport à l'évolution de ma pratique. Ce ne sont ni les services de maternité ou de soins palliatifs que je fuis, c'est bien une institution qui devient de plus en plus maltraitante aussi bien pour les patients que

pour le personnel. Parfois, avec une collègue, nous nous étions surprises à rêver d'une institution que nous aurions créée et dans laquelle nous aurions pu mettre en place une pratique, un accompagnement et un sens qui nous auraient été propres. A ce propos, la notion de doctrine/ politique dans le graphique correspond à une interprétation de la pratique libérale faite par le logiciel.

Comme pour la mort, la notion de temps présente dans ce graphique sur la vie correspond à la ligne tracée par mon parcours personnel et professionnel faisant toujours référence à des moments spécifiques de ma vie.

Enfin, maladie et médecine qui apparaissent de façon conséquente dans cette univers de référence autour de la vie, évoquent la réalité de ma pratique en soins palliatifs : la vie à proximité de la mort, la vie présente jusqu'au dernier souffle...

B. Emilie et les soins palliatifs

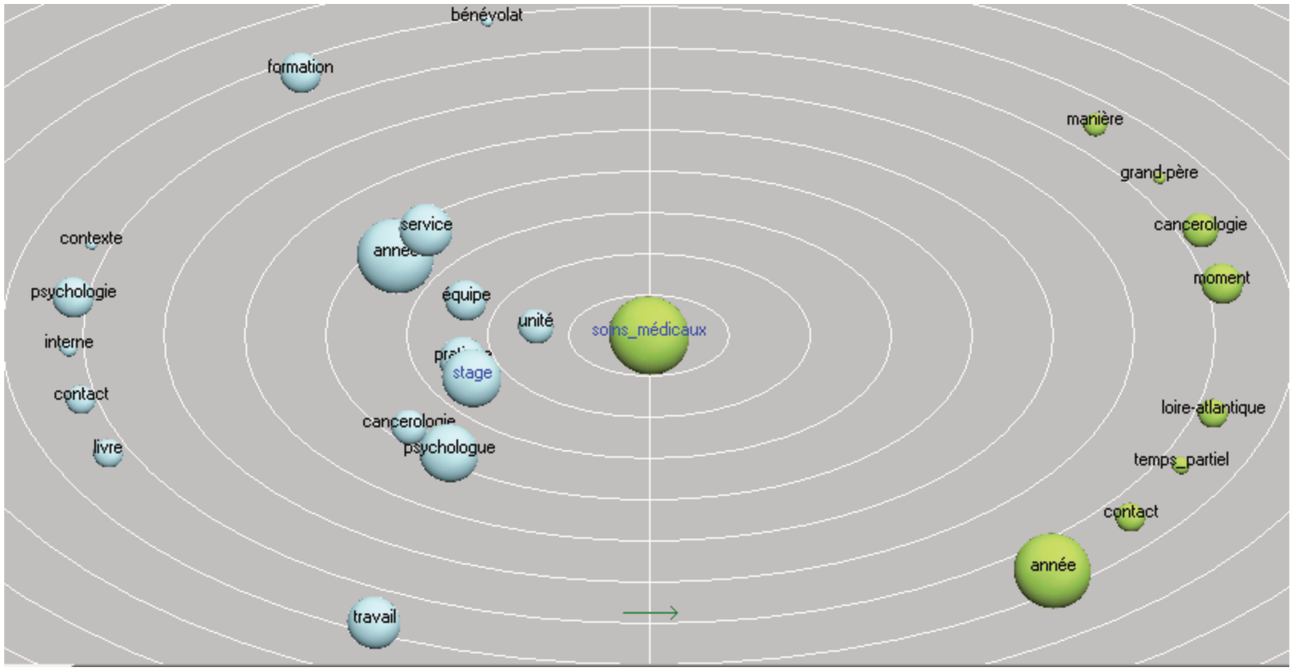

FIGURE N°36 : UNIVERS DE RÉFÉRENCE SOINS PALLIATIFS POUR EMILIE

Ce qui ressort principalement de ce graphique en lien avec les soins palliatifs, ce sont les notions de pratique professionnelle (sous la bulle stage se cache la bulle pratique), d'expérience. Ainsi, toutes les notions : pratique, stage, formation, travail, bénévolat, service, équipe, contexte ou même contact sont en lien avec l'expérience que j'ai tirée des soins palliatifs, cette pratique a vraiment été déterminante pour mon évolution professionnelle. Evidemment, ce texte est forcément influencé par la réflexivité que j'ai mise en place avec ce travail de recherche, mais il retrace de manière assez fidèle mon ressenti et la perception de mon évolution dans le monde professionnel des psychologues. Ce texte a été écrit en deux temps, une première partie correspondant à une grosse moitié du texte, il y a maintenant 3 ans et une deuxième partie que j'ai achevé avec la rédaction de l'analyse des entretiens de mes narrateurs. C'est d'ailleurs en écrivant leur parcours de formation que j'ai eu envie de vous livrer mon propre parcours et c'est pourquoi j'ai décidé de l'intégrer comme un intermède dans mon document final. Il vient mettre en lumière la façon dont mon propre parcours vient questionner le parcours des personnes que j'ai rencontrées.

Besoin d'un retour sur soi pour construire du savoir

C. Emilie et la formation

Comme on peut le constater tout au long de ce texte, la notion de formation a un caractère très important pour moi. La formation universitaire est un pré-requis par rapport au métier de psychologue, mais il s'articule avec toute une période de travail psychothérapeutique qui vient mettre du sens sur ces apprentissages. Comme si le formel se tissait intimement avec l'informel dès le début de ma vie professionnelle. De plus, la formation a toujours eu une grande place, même lorsque j'ai fini mes études, car depuis que je suis psychologue, je cumule presque 12 années de formations universitaires et annexes. C'est sûrement pour cela que je questionne beaucoup les narrateurs sur leurs propres formations ou envie de formations et que cette question avait aussi été posée aux psychologues lors du questionnaire de 2012. Il est possible, que dans mon ressenti, c'est une ressource indéniable qui vient créer un espace entre la pratique et notre vécu. Cet espace, comme l'espace transitionnel de Winnicott, permet aussi l'élaboration d'une nouvelle connaissance.

D. Emilie et les ressources

Dans ce texte, j'évoque assez peu les ressources qui me permettent de faire face à cette clinique de la fin de vie. Aujourd'hui, alors que je pose ce titre, je sais d'où elles me viennent et dans quelle mesure elles influencent ma pratique. Ainsi, ma ressource principale réside dans ma vie de famille. Elle est indispensable à mon équilibre, mon mari et mes enfants m'attirent toujours du côté de la vie. D'ailleurs, la dernière chose qui a penché dans la balance du changement, c'est lorsque la mort est venue envahir mon espace de ressource. C'était l'été juste avant que je ne prenne la décision de quitter les soins palliatifs, cela faisait plusieurs mois que j'avais commencé à questionner l'arrêt de mon activité hospitalière. Un de nos chats s'est fait renverser, je suis allée le ramasser sur la route, mes enfants étaient absents et je savais qu'il allait falloir que je leur annonce la mort de leur chat, moment où ce que je vivais à l'hôpital se confondait avec ma vie personnelle, qui devait être un espace de vie et devenait temporairement un espace de mort. Leur chagrin et leur deuil ont été pour moi le révélateur de ma fatigue à accompagner cette tristesse là.

Aujourd'hui, malgré les évènements bons ou mauvais de la vie, la famille continue à tenir sa place de ressource dans mon quotidien et je les vis comme indispensables à mon équilibre.

Tableau récapitulatif

Vie	Mort	Soins palliatifs	Violence et protection	Formation
Début et fin de vie	Rêve	pratiques professionnelles	Violences institutionnelles	Formation universitaire
Temps	Deuils, décès au sein de la famille	Expériences	Violences de la maladie et de la mort	Formation continue
	Souffrance, arrêt usure	Equipe, service	Famille	Expérience personnelle
		Maladie, cancer	Supervision	Psychothérapie

TABLEAU N°37 : TABLEAU RÉCAPITULATIF POUR EMILIE

Nous pouvons observer dans ce tableau que les grands thèmes qui émergent sont les mêmes que ceux qui ressortent pour mes narrateurs. En effet, la co-construction à deux niveaux du texte à l'origine de cette analyse a fait ressortir une réflexion qui s'est élaborée dans le contexte de l'écriture et de l'entretien clinique-dialogique avec mes narrateurs. D'ailleurs, nous avons constaté qu'à certaines occasions les narrateurs/taires s'inversaient au profit d'une élaboration de la réflexion de recherche. Ainsi, il me semble voir apparaître dans ces différents thèmes des concepts et des notions déjà fortement intellectualisées, même si le ressenti n'avait pas été mis de côté. Nous pouvons prendre pour exemple le thème soins palliatifs qui englobe toutes les notions importantes de cette pratique : maladie, équipe, expérience, pratiques professionnelles. De même, le thème violences et protections s'est construit avec les entretiens et la thèse, puisque, dans un premier temps, je n'aurais pas aborder la question de la protection, alors que je réalise qu'elle occupe une place importante dans ma capacité à travailler dans ce type de service. Enfin, si l'on se penche du côté de la formation, il est évident que l'acquisition de nouvelles connaissances est un point déterminant dans ma façon d'aborder mon métier de psychologue et que ce savoir s'acquiert tout au long d'un processus qui commence avec la formation initiale et se poursuit tout au long de la vie tant d'un point de vue pratique, théorique que réflexif.

Synthèse

Nous venons de prendre le temps d'une analyse approfondie de chaque entretien. Nous avons fait émerger les bases communes et les points divergents des différents entretiens. Comme je le mentionnais en début de ce chapitre, les différences peuvent correspondre à la façon dont la co-construction s'est faite entre le narrateur et moi. Pour cela, il faut aussi prendre en compte le moment où j'ai effectué les entretiens : il peut modifier mes questions et cela a tendance à colorer l'échange. Par exemple, Alexandre a été le premier, juste après mon travail de Master sur les médecins et les pratiques cliniques : on perçoit bien dans le texte l'influence de cette réflexion. De même, lors de l'entretien avec Sophie, on voit émerger la notion d'empathie que j'ai pu questionner avec les narrateurs suivants. De plus, il est intéressant de noter que j'utilise certaines réflexions de mes narrateurs pour relancer la réflexion avec les narrateurs suivants. Ainsi, la réflexion se construit

en deux temps : celui de l'entretien individuel et celui de la recherche. Nous pouvons observer qu'Armelle, elle-même, profite de ces deux espaces, puisqu'elle expérimente l'entretien clinique dialogique à deux reprises, à un an d'intervalle.

De cette même idée, il nous faut prendre en compte la réalité individuelle de mes narrateurs qui ont chacun leur sensibilité et vont co-construire selon leur ressenti et leur réflexion. C'est d'ailleurs tout l'intérêt des entretiens clinique-dialogique qui permettent de laisser circuler la pensée du narrateur au narrataire afin de construire de nouvelles idées. Nous pouvons constater qu'un certain nombre de grands thèmes reviennent et je vais m'employer à les mettre en mots dans la suite de ma recherche.

3. Juste Après

"La mort est le commencement de l'immortalité"

Robespierre

C'est le moment où l'on découvre des choses que l'on n'avait pas imaginées. C'est aussi, le plus souvent, une connaissance que le mort garde pour lui-même : qu'est-ce qu'il y a juste après ? La vie éternelle, l'absence, le néant,… ? Pour l'heure, chacun est libre de concevoir ce qu'il veut de ce "juste après" qu'est la mort.

Le "juste après" de notre travail, c'est l'élaboration et la discussion suite à notre étude des données. Un peu comme ceux qui restent après le décès et se mettent en œuvre pour continuer à vivre sans la personne. Dans cette partie, je me propose de reprendre l'analyse croisée des entretiens afin d'en tirer une trame de discussion nous permettant d'approfondir notre réflexion.

Si nous revenons sur l'ensemble de notre travail, il faut noter un certain nombre de choses. En effet, notre question de départ était autour de la durée de pratique que l'on passe en tant que soignant dans un service de soins palliatifs. Il y a des représentations, des réalités et des vécus… Il est parfois difficile de démêler ces notions complexes. Ainsi, alors que, moi-même, j'arrêtais le soins palliatifs au bout de 6 ans et demi, j'observe, dans l'étude que j'ai menée, cette moyenne de durée de travail d'environ 5 ans et demi.

- Est-ce qu'il y a une limite?
- Comment arrivons-nous dans ce service ?
- Qu'est-ce qui fait qu'on y reste ou qu'on le quitte ?
- Quelles ressources ?
- Quelles violences ?

Si j'avais mes propres réponses en lien avec mon implication dans ce sujet de recherche, la rencontre avec les narrateurs et la réflexion théorique nécessaire à ce travail m'a permis de comprendre les enjeux de telles pratiques et de mettre à distance de mon propre ressenti au profit d'une compréhension plus générale de la situation. En sus, cette compréhension plus globale m'a

Processus d'élaboration

permis de revenir sur ma propre expérience et d'en construire un nouveau sens. En effet, il est indispensable d'identifier les enjeux individuels et de société en lien avec cette problématique particulière qu'est l'accompagnement de fin de vie. Comme nous l'avons vu, c'est une pratique hospitalière récente qui est venue combler un vide créé par le désintérêt, voire même la peur de la société face à ses mourants. Les psychologues, profession dont la création est récente également, sont devenus un maillon supplémentaire dans cette pratique marginale, pouvant parfois même être à l'origine d'une peur supplémentaire, car s'associe à la peur de la mort, la peur de la folie. Il faut que le psychologue, exerçant dans une unité de soins palliatifs, compose avec ces différents aspects et trouve sa place sans y perdre son énergie : posture parfois complexe ! "*mais parfois, on peut être considérée comme des psycho un peu à part, par rapport aux autres…*" (Sophie, ligne 969).

Dans le tableau récapitulatif suivant, nous retrouverons toutes les notions que nous avons fait ressortir. J'y ai associé ma propre analyse car elle représente presque la synthèse de tous les discours des narrateurs, une association du réflexif et du ressenti.

TABLEAU N°38 : TABLEAU DE SYNTHÈSE ANALYSE DES ENTRETIENS

	Alexandre	Sophie	Babette	Armelle	Emilie
Vie	• Choix et non choix de vie professionnelle • le sens de la vie • Vie en rapport avec l'expérience	• pas facile • riche : belle rencontre	• Intensité • Densité • Choses	• vie et fin de vie • vie professionnelle et personnelle • maternité, famille • Choses	• Début et fin • Temps
Mort	• un domaine universel • un processus médicalisé	• un gros paquet d'angoisses • cela n'existe pas vraiment	• Choses • Injustice • mort de soi	• Impuissance, inévitable • Deuil • Drame perso • souffrance • Choses	• rêve • Deuil, décès • Souffrance, arrêt, usure.
Soins Palliatifs	• Souffrance • douleur • équipe	• a un sens • accompagnement des familles et des équipes • psychologie de la santé • Temps	• des choses très violentes • clinique très riche • Formation de vie	• mort • Formation, expériences pro • une clinique comme on en trouve partout	• pratiques professionnelles • Expériences • Equipe • maladie, cancer
Violence et protection	• violences institutionnelles	• Stratégies • contrôle • évitement	• stratégies • violences institutionnelles • temps et alliances protectrices	• violences de la maladie et de la mort • blouse et équipe protectrice • mécanismes de défense et supervision • Temps pour soi	• violences institutionnelles • violences de la maladie et de la mort • supervision • famille et vie
Formation	• formation universitaire • Formation continue • expériences • démarche clinique	• Formation universitaire • formation continue • expérience : empathie	• formation continue • Manque d'expérience institutionnelle	• expériences personnelles: maternité • expériences professionnelles • Habitus par rapport à la maladie et la mort • formation universitaire lacunaire	• formation universitaire/ stage • formation continue • expériences personnelles • supervision/ psychothérapie

Afin de donner du sens à ce tableau, je vais en faire une lecture horizontale puisque la lecture verticale a déjà été abordée par l'analyse des entretiens.

Qui dit soins palliatifs, dit notions de vie et de mort. Ces deux aspects sont quasiment indissociables et le regard que portent nos narrateurs sur ces réalités se tissent dans un maillage très serré entre les émotions et les mises à distance. Ainsi, le discours d 'Alexandre évoque la vie par rapport à des réalités professionnelles et personnelles "*C'était un choix par rapport à une réalité de vie du psychologue*" (Alexandre, ligne 100) et la mort par rapport à des aspects médicaux et intellectualisés "*de faire de la mort un processus médical*" (Alexandre, ligne 312) "*la mort est un domaine universel*" Alexandre, ligne 308), alors que pour tous les autres narrateurs, ces notions sont associées à des ressentis plus marqués faisant même ressortir des états émotionnels plus intenses. "*C'est quand même très particulier. Ce sont quand même des moments de vie pas facile, mais… En même temps, c'est quand même des moments de vie parfois très riches*." (Sophie, ligne 1068) "*J'ai vécu aussi des choses extraordinaires en intensité, en rencontres avec les gens…*" (Babette, ligne 1209) "*on rencontre des choses très compliquées que je ne pensais jamais rencontrer de ma vie*" (Armelle, ligne 1708). Ce sont quelques lignes choisies parmi tant d'autres qui reflètent l'état d'esprit dans lequel Babette, Armelle et Sophie se confrontent à la mort dans leur réalité de vie de professionnelle. Nous pouvons percevoir, à de nombreuses reprises, à quel point ces allers-retours vie-mort génèrent des ressentis complexes.

De même, lorsque l'on s'attache au concept de soins palliatifs, on retrouve la même organisation réflexive et émotionnelle chez nos narrateurs. Ainsi, Alexandre pose son discours selon une organisation d'équipe et non selon un ressenti quelconque concernant cette pratique. C'est un état de fait, son équipe de prise en charge de la douleur s'occupe (au préalable) des situations palliatives et développe cette pratique parce que c'est cohérent intellectuellement parlant. "*Avant que de réfléchir "est-ce que je veux faire du soins palliatifs ou pas ?" nous trouvions une pertinence…*" (Alexandre, ligne 27). Au delà de cet aspect-là, les soins palliatifs sont pour Alexandre un espace de réflexion quant à la façon dont la médecine reprend le pouvoir sur la mort, il n'aborde que son propre rapport à cette clinique. "*Simplement, le soin palliatif, c'est un domaine universel puisque c'est le domaine de la mort…*" (Alexandre, ligne 308). Pour Armelle, Sophie et Babette, l'enchevêtrement entre les

concepts de soins palliatifs et les confrontations réelles à la mort donne une couleur plus émotionnelle à leur discours. Pour Sophie, qui intervient dans un réseau de soins palliatifs et qui nous explique qu'elle est quand même moins présente auprès des patients que dans une unité fixe, son travail sera plus en lien avec un accompagnement des équipes, elle diffuse la culture palliative auprès des institutions. "*Alors que dans les soins palliatifs, je m'y retrouve. J'arrive encore à y trouver des ressources, à trouver que cela a du sens (…) je crois que travailler en équipe, on arrive à réfléchir ensemble, cela aide aussi.*" (Sophie, ligne 890). Pour Armelle et Babette qui sont dans une pratique au plus près du patient et des familles, nous percevons que les soins palliatifs viennent alimenter les ressentis et la notion d'auto-formation. "*C'est un service tellement dense, où tu es confronté à des choses tellement denses, qu'une telle densité, une telle intensité…*" (Babette, ligne 1174) "*J'ai vraiment appris mon métier de psychologue avec les soins palliatifs*" (Armelle, ligne 2496).

Du point de vue de la violence, deux aspects ressortent particulièrement : les violences institutionnelles, d'un côté, pointées par Alexandre et Babette. "*Je me suis rendue compte que, quand la psy était en difficulté, ben… je ne savais plus vers qui me tourner, en réalité. (…) au CHU, il n'y avais rien qui me protégeais !*" (Babette, ligne 1215) "*En fait, j'ai quitté l'hôpital. Je n'ai pas quitté les soins palliatifs. Je trouve que l'hôpital est devenu très maltraitant*" (Alexandre, ligne 184). De l'autre côté, les violences liées à la confrontation à la maladie et la mort évoquées plus particulièrement par Sophie, Armelle et Babette. "*Et bien tu vois, moi en EHPAD, il y a des moments où je n'en pouvais plus*" (Sophie, ligne 1115) "(en parlant de la notion de traumatisme) *je pense que le soin palliatif procède un peu de la même manière, c'est à dire que bon, tu le vois une fois, tu dis OK, c'est pas sympa, quoi sa tumeur au cou, franchement… Voilà, mais tu la vois deux fois, tu la revois trois fois… Tu vas dans la chambre d'à côté et c'est un autre truc qui te saute à la figure…*" (Babette, ligne 1325) "(en parlant des soins palliatifs pédiatriques) *parce que les enfants, c'est compliqué, c'est effrayant, c'est tout ce qu'il y a de plus injuste…*" (Armelle, ligne 2089).

Au regard de ces violences, il semble plus facile de trouver des protections fonctionnelles face à la maladie que par rapport à l'institution, d'ailleurs Alexandre, Babette et moi-même qui vivions les violences institutionnelles de façon plus concrètes sommes ceux qui avons décidé de partir, peut-être que c'est la protection la plus efficace face à une institution qu'il semble difficile de faire bouger. Dans le cas des violences liées à la maladie et la mort, Armelle, Sophie et Babette mettent en oeuvre des stratégies diverses souvent suffisamment efficaces. (blouse (Armelle), absence de lunettes (Babette) ou temps pour soi… (Armelle et Sophie))

Enfin, d'un point de vue de la formation, on voit émerger plusieurs aspects : celui de la formation universitaire, c'est à dire avec quel bagage débute t'on dans la pratique de psychologue ? Est-ce un bagage suffisant pour faire face à la clinique des soins palliatifs ? Armelle et Alexandre développent particulièrement ces points. "*Je trouve que la formation de psychologue est bien… mais pas suffisante*" (Armelle, ligne 1878) " *il y a un domaine clinique qui se construit autour d'une méthode clinique. Et cette méthode clinique, elle est valable en soins palliatifs comme elle est valable dans d'autres situations*" (Alexandre, ligne 340). Les autres aspects développés dans le cadre de la formation sont directement en lien avec la formation de soi par l'expérience de la vie et par l'expérience de la co-construction du dialogue.

Construction d'une réflexion finale

Donc, l'analyse des entretiens nous a permis de faire émerger un certain nombre de thèmes qui se recoupent, se complètent et s'associent selon le discours des narrateurs. Ces concepts émergent selon 4 niveaux : la notion de temps, la notion de formation, l'empathie et "l'espace" du colibri qui peut être regardé comme un espace intermédiaire de construction de sens. Et, enfin, ce qui donne du sens à la vie, c'est à dire la mort.

3.1. Au fil du Temps

Tout ce qu'on raconte arrive dans le temps,
prend du temps, se déroule temporellement ;
et ce qui se déroule dans le temps peut être raconté.
Ricoeur

Au cours de l'analyse de nos entretiens, de nombreuses notions ont été mises en lumière et nous permettent de nous interroger sur la pratique des psychologues en soins palliatifs. Si notre première question s'intéressait à leur durée de vie dans ce service très spécifique, il me semble que notre réflexion peut s'étendre à différentes facettes de notre perception du temps. Elle se trouve à plusieurs niveaux. Le temps de vie/mort, le temps de soi, le temps de l'autre, le temps de la société, le temps qui passe vite et/ou lentement…

3.1.1. Le temps à l'épreuve du vécu

J'emploie ici le mot temps, mais je devrais plutôt utiliser le mot durée dans l'acception Bergsonnienne du terme. En effet, pour Bergson, le temps au sens de durée est un élastique car il est dans l'intuition. Ainsi, la notion de temps/durée est une perception subjective dans laquelle chacun construit son ressenti. Le temps/durée devient un élément de construction de l'individu puisqu'il relie en lui-même le passé, le présent et crée un futur. Nous pouvons illustrer cette notion par la boule de neige que l'on va faire rouler afin d'ajouter de la neige fraîche et créer une boule de plus en plus grosse qui nous permettra de confectionner le corps de notre bonhomme de neige. Ainsi, sans neige ancienne, il n'y a pas de corps, c'est dans l'accumulation que se nourrit une consistance permettant de donner du sens à ce que l'on édifie.

Si nous revenons à notre problématique de la notion de temps, il est évident que c'est une perception spécifique pour la personne malade, pour la famille et pour ceux qui les accompagnent. Comme nous l'avons vu dans notre partie théorique, nous faisons le constat que la société se trouve dans un

temps qui s'accélère" et qui ne permet plus d'être au plus proche des patients. "*Il faut que vous ayez du temps… mais par contre, non en même temps vous n'avez pas le temps parce qu'on vous appelle sur un autre truc. Donc, il faut prendre le temps mais vous n'avez pas le temps*" (Babette, ligne 1408). Ainsi, avant une certaine pression institutionnelle, *nous avions le temps* d'aller à la rencontre des hommes et des femmes qui étaient au seuil de leur vie. Qu'il était facile de *prendre le temps* quand la société *ne comptait pas son temps* et que la mort faisait partie encore de la vie. Dans cette société où l'on pouvait *prendre son temps*, la mort elle-même était accueillie *dans son propre temps*, celui de l'agonie et des derniers soupirs accompagnés du chagrin des survivants. D'ailleurs, les survivants n'étaient pas sommés d'être heureux quelques semaines après leur deuil, la société *leur laissait le temps* d'apprivoiser l'absence. Pour preuve, l'année pendant laquelle les proches devaient porter le deuil. Si, aujourd'hui, cette pratique est désuète, elle avait au moins l'avantage de ne pas bousculer les endeuillés, leur laissant le temps psychique de la séparation. Nous pourrions imaginer qu'il était plus facile de vivre et de mourir dans une société pastorale que dans notre société de consommation, où la jeunesse et la bonne santé sont leitmotiv et où les jeunes ne savent plus ce qu'est la réalité de la mort. La mort dans le sens du JE ou même du Tu de Jankélévitch. Aujourd'hui, la mort n'est qu'une réalité virtuelle sur les écrans d'ordinateur ou à la télévision. Ce n'est que la mort de cet autre que je ne connais pas et qui n'existe pas vraiment, tant le virtuel ressemble à la réalité et tant le monde réel est dématérialisé. Damien Le Guay, dans son article "*Représentations actuelles de la mort dans nos sociétés: les différents moyens de l'occulter*", nous explique que la mort est dénaturée et devient même pornographique quand il reprend les écrits de G. Gorer. La société donne à voir une mort dénuée de sentiments et de réalité quotidienne. Elle est livrée soit extra-ordinaire par le biais des catastrophes (attentats, tsunami…), elle est étalée et disséquée, soit inexistante quand elle est intime et quotidienne. On ne parle pas de la mort de tous les jours, de la mort maladie, de la mort vieillesse (sauf dans le cas de la catastrophe de 2003, où les "vieux" étaient morts isolés), de la mort banale en somme.

C'est pourtant cette mort que le psychologue en soins palliatifs accompagne, une mort que la société perçoit comme ordinaire et qui, pourtant, est perçue comme extra-ordinaire pour les personnes qui sont dans un vécu réel, dans un temps réel. Babette l'exprime très bien quand elle nous dit que la mort provoque des émotions intenses, denses… Armelle, aussi, nous évoque la confrontation difficile à la mort, celle que tout le monde évite. *"si une situation était complexe et que j'e*

l'appréhendais particulièrement, surtout toutes les situations de mort inattendue du nourrisson, alors là j'avoue que je ne suis pas toujours très à l'aise… Et d'ailleurs, j'ai compris que tous les psychologues à l'hôpital mère-enfant fuyaient ces situations…" (Armelle ligne 2294) "*J'ai été témoin d'histoires incroyables et même si l'issue est la mort, j'ai été témoin d'histoires incroyables…*" (Armelle, ligne 1936)

Ainsi, le psychologue accompagnant en soins palliatifs peut devenir le garant du temps car, comme le mentionne Alexandre, il ne doit pas être dans la recherche de la "bonne mort" pour le patient mais dans le rythme du patient. Si celui-ci se vit comme déjà mort, nul n'est besoin de vouloir le tirer de cette réalité. " *Il y a un certains nombres de dogmes qui disent qu'il faut accompagner le patient jusqu'au bout de la vie mais, si le patient se voit déjà comme mort, il faut pouvoir accompagner cela aussi*" (Alexandre, ligne 214) "*ça peut créer des décalages en ce vers quoi on aimerait tendre et ce qui est concrètement possible*" (Sophie, ligne 839). Toute la difficulté du soignant est d'accompagner cette perception particulière du temps alors que lui-même existe dans un temps “normal”, celui de la vie, et que même s'il se confronte à la mort dans cette dualité particulière que provoque les soins palliatifs, il est dans ce paradoxe qui consiste à être à proximité de la mort dans une ultime expérience vitale.

Nous sommes dans le paradoxe de la vie jusqu'au bout, de l'écriture de soi jusqu'à la dernière seconde. Mais il semble bien que les soins palliatifs opèrent un passage des écritures de soi vers les autres, c'est à dire vers les soignants et les proches. En effet, le patient aux portes de sa mort peut renoncer à écrire sa vie et s'en remet aux soignants pour la finaliser. L’agonisant peut se laisser aller aux mécanismes de défense psychiques qui lui permettront d'éviter l'angoisse de mort et, par là même, de se désolidariser de son propre ressenti. Il pourra utiliser la régression, le déni, voire même le délire qui le mettront dans une posture d’évitement, lui permettant d'écrire dans une autre conscience sa vie. Ce sont donc le soignant et le psychologue qui deviennent les accompagnants d'une vie qui n'est plus la même et qui recueillent les derniers instants de vie dans une sorte de transmission. Le temps et l'histoire de l'autre devenant non l'histoire de soi, mais une histoire que j'intériorise pour moi : un passage d'expérience. C'est un double vécu qui prend en compte le vécu extraordinaire de la personne qui va mourir et le vécu quotidien de la personne qui l'accompagne. Sophie, Armelle et Babette évoquent bien cette notion de rencontre dont elles sont dépositaires.

C'est moins présent dans le discours d'Alexandre, qui aborde plus les soins palliatifs sur un mode théorique ou universitaire que, pour les autres narrateurs, chez lesquels nous percevons cette notion d'histoire, au sens de moment de vie partagé. " *Tu vois, il y a une dame que j'ai suivie un petit moment et après, elle a été hospitalisée et je n'allais plus la revoir. Et tu vois, finalement, c'était une belle rencontre, c'étaient des entretiens riches, mais surtout, c'était une belle rencontre…*" (Sophie, ligne 1070) " *Ce que la personne en face de toi vit, c'est tellement énorme, c'est tellement grand…*" (Babette, ligne 1430).

Nous voyons ici que la notion de temps, en terme de durée, nous permet d'avoir une approche particulière de cette réalité et qu'elle permet aux psychologues qui travaillent à proximité de la mort d'apprendre à être au plus près du ressenti de la personne, au plus près de son temps, de son vécu et de ses besoins. Ainsi, chaque expérience est unique et ne trouve d'écho qu'en soi-même.

Cet aspect m'amène à aborder une autre question du temps et de l'écriture. Elle vient de situations vécues sur lesquelles je vais revenir.

3.1.2. Le temps : expérience du récit par l'autre

Cela m'évoque deux situations… La première date de la fin des années 90, alors que je venais de lire, comme beaucoup, L*a mort intime* de Marie de Hennezel et que j'avais été fascinée par l'accompagnement que l'on pouvait faire auprès des personnes en fin de vie. J'arrivais, donc, sur mon premier lieu de stage, avec cette vision idyllique des soins palliatifs. J'ai eu la chance, à cette époque, d'être prise en stage dans l'unité de soins palliatifs dans laquelle Marie de Hennezel avait exercé et d'où elle avait tiré ses situations… Les soignants étaient assez mitigés par rapport à ce qui avait été retracé dans le livre, en regard de leur propre vécu, avec le sentiment qu'elle leur avait volé quelque chose de leur histoire et qu'elle n'était pas retracée comme il se devait. A l'époque, je ne comprenais pas bien ce qu'ils ressentaient, je trouvais que le travail présenté par Marie de Hennezel était intéressant et je trouvais que l'équipe qui intervenait dans l'USP était dans la démarche d'accompagnement développée dans le livre.

Emergence d'un vécu dans la réflexivité

La seconde situation est survenue quelques années plus tard, lorsque j'ai été embauchée dans une nouvelle unité de soins palliatifs. J'y travaillais depuis une grosse année et un livre est sorti sur la vie dans cette unité précise, *La mort apaisée* (E. Gagnet, 2007). Etant arrivée assez récemment dans le service, je ne me sentais pas concernée par ce récit. Il appartenait au passé de l'unité, j'avais le sentiment d'être dans son présent. Et puis, il y avait la cadre de santé qui me relançait régulièrement concernant le livre, si je l'avais lu, ce que j'en pensais… Interpellée par son insistance, j'ai pris le temps de le lire et quelle ne fut pas ma surprise de me découvrir entre les lignes de ce récit. Pourtant ce n'était pas le mien, mais il retraçait des évènements dans lesquels j'avais été partie prenante et je trouvais cela fort déstabilisant. C'était un récit qui n'était pas le mien et qui pourtant le re-écrivait en le déformant, selon mon point de vue. J'ai compris ce jour-là, le désarroi des soignants de la première unité de soins palliatifs dans laquelle j'avais travaillé, ils s'étaient senti dépossédés de leur histoire avec les patients. Moi-même, je le ressentais comme une sorte de trahison de mon vécu. Ainsi, cette expérience ne faisait que confirmer cette réalité absolue : chacun perçoit les situations selon son propre prisme et l'expérience n'a de sens que dans sa propre écriture. L'écriture de l'autre peut venir dénaturer son propre ressenti. De plus, cela nous rapproche encore de ces questions de temps, car le livre de Marie de Hennezel parlait de situations vécues sur une période de 10 ans, une belle histoire par an, pour plus de 100 décès anonymes à l'année. Cela crée une distorsion de la réalité, nous laissant croire qu'accompagner en soins palliatifs ne serait que l'accumulation de rencontres fabuleuses et finissant bien. "*La mort apaisée*" renvoie à cette même perception d'absolu qui ne peut faire sens pour ceux qui l'ont vécu tant le temps est tronqué et les relations pipées, l'accompagnement de la mort idéalisé. Ainsi, ces deux récits viennent illustrer la réalité vécue par mes narrateurs qui abordent tous la question d'histoires incroyables, de situations qui ont créé des souvenirs indélébiles, car les soins palliatifs sont fait de ces rencontres. (Armelle ligne 2380, témoignage d'une histoire de patient, Sophie évoquant une belle rencontre - ligne 1072). Ces rencontres sont singulières et spéciales… Elles sont marquantes et laissent une trace que l'on aime à raconter, elles permettent de donner du sens au travail en soins palliatifs… Car toutes ces personnes sont mortes et pourtant elles continuent à vivre dans nos souvenirs. Ainsi, le temps n'est pas uniquement celui du patient et de sa mort, c'est aussi celui de la vie, la vie personnelle et professionnelle des psychologues et autres intervenants, la vie de la société ou la vie de l'institution… Ces temps ne s'accordent pas toujours, d'ailleurs.

3.1.3. Le temps de travail et le temps de la société

Ce qui ressort également de nos entretiens, c'est une problématique de gestion du temps. En effet, nos narrateurs nous expliquent qu'ils sont mis en difficulté par rapport à leur temps de travail, souvent morcelé et dispersé. C'est une thématique qui est importante et inhérente à la profession qui reste une activité non- ou mal- reconnue et qui a du mal à faire sa place. Même si on a déjà pu constater dans notre recherche que les services de soins palliatifs faisaient partie des précurseurs en matière d'intégration de la profession de psychologue dans les équipes. Le psychologue est toujours confronté à une réalité de terrain : les gestionnaires considèrent qu'il n'est pas rentable. Il n'apparaît pas dans la nomenclature T2A (tarification à l'acte), le système qui permet de facturer l'acte médical ou soignant aux caisses d'assurance-maladie. Il n'y a pas de reconnaissance de l'intérêt financier de la présence des psychologues dans les services de soins et, donc, un poste de psychologue est toujours un surcoût pour ces mêmes services. C'est une activité gratuite selon la tarification hospitalière et l'on peut imaginer que, dans cette dynamique de société où tout est temps et argent, la question des postes de psychologues oblige l'institution à se positionner dans une réalité qui ne correspond à sa logique d'économie et de réduction de coût. Donc, les postes de psychologues sont rarement financés à plein-temps et il y a peu de reconnaissance financière.

Ceci a pour conséquence que les jeunes psychologues sont obligés de multiplier les postes et les institutions pour boucler les fins de mois. Alexandre (ligne 65) nous raconte : « *comme beaucoup de psychologues, j'avais des bouts de temps un peu partout, je partageais mon temps entre un mi-temps à l'hôpital auprès des patients toxicomanes et des vacations : j'avais des vacations auprès du centre d'adoption, des vacations pour un groupe de parole auprès de personnes atteintes de sclérose en plaques et puis ma dernière vacation était auprès de demandeurs d'emploi. ».* Il continue en nous expliquant que ces 4 lieux étaient très espacés géographiquement et qu'en raison de son temps de travail à l'hôpital qui se déroulait par demi-journée, il passait plus de 3 heures par jour dans les transports. Sophie a accumulé les expériences d'animation de groupes de parole, pas toujours avec facilité. "*mon premier poste consistait à intervenir pour des groupes de parole qui avaient aussi vocation de formation. C'était un truc un peu bizarre. (...) J'avais pris cela parce que*

je n'avais vraiment rien d'autre" (Sophie, ligne 542) Ici, nous pouvons observer qu'au delà du temps de travail, Sophie accepte de se mettre en difficulté avec un poste mal défini " *Ce n'était vraiment pas un poste que j'avais choisi, je l'avais pris parce que c'est ce qu'on m'a proposé et que … je n'ai pas gardé du coup …*" (Sophie, ligne 568).

Armelle est confrontée aux mêmes problématiques. Quand je reviens la voir pour le deuxième entretien, elle m'explique la précarité de sa situation. " *Mon poste sur l'équipe mobile adulte s'est arrêté parce que j'étais sur un poste de remplacement. (…) Je me retrouve à mi-temps sur l'équipe ressource soins palliatifs pédiatriques, (…) j'ai même vu qu'il y avait une offre d'emploi sur l'équipe mobile de soins palliatifs d'un CHR à proximité et je me demande si je ne vais pas postuler. Je cherche à compléter mon mi-temps*" (Armelle, ligne 2175).

Alexandre, Armelle et Sophie nous parlent de cette réalité, je l'ai vécue moi-même… Seule Babette, déjà bien installée avec son activité libérale, choisit son activité en soins palliatifs comme une activité d'intérêt personnel. Elle n'en a pas besoin d'un point de vue financier. Mais c'est peut-être aussi celle qui s'en détache le plus facilement lorsque la tension est devenue à ce point insupportable qu'elle s'en rend malade. De même, Alexandre et moi-même avons quitté le service pour une activité libérale. Cette activité semble nous donner une certaine liberté.

Sophie nous explique très bien aussi cette gestion du temps. " *Disons que moi, je suis intervenue dans un EHPAD où j'avais un temps très réduit, je pouvais venir en journée ou deux après-midi dans la même semaine. Mais de mon point de vue, ce n'est absolument pas possible quand tu es dans une équipe domicile, parce que parfois, il te faut au moins une demi-heure pour aller sur le lieu, plus le retour, parfois cela me bouffait tout l'après-midi entre le trajet et l'entretien*". (Sophie, ligne 855) Ainsi, Sophie exerce dans une équipe qui fait des déplacements à domicile et elle n'a pas le temps de voir plus de deux familles par après-midi. C'est compliqué d'un point de vue matériel et des déplacements, mais aussi du point de vue de son énergie personnelle : elle ne se voit pas enchaîner les prises en charge familiales, ce serait un investissement personnel trop important. D'ailleurs, Sophie appréciera son activité morcelée puisqu'elle lui laisse la place pour des activités ressourçantes. Son activité auprès des familles et des patients lui coûte plus d'énergie, mais elle est

aussi formatrice pour son activité au sein du réseau de soins palliatifs, où on lui demande d'être dans l'accompagnement et la formation des soignants. Il est intéressant de noter que cette activité morcelée était aussi demandée par le réseau comme une possibilité de continuer dans une activité clinique et d'acquérir une expérience reconnue comme étant la base de l'activité de formation du psychologue. " *Quand j'ai postulé ici, il y avait les deux postes à mi-temps qui s'ouvraient et le directeur de la structure m'avaient dit qu'il préférait deux psychologues, plutôt qu'un seul temps plein, dans l'idée que le psychologue puisse avoir une pratique clinique* " (Sophie, ligne 806) Sophie l'exprime très clairement, elle nous dit qu'elle manquait d'expérience clinique dans son premier poste en institution. Aujourd'hui, elle saurait quoi dire et comment accompagner les équipes dans leur questionnement par rapport à la fin de vie et la mort.

Toute la difficulté des différents temps est d'arriver à les faire concorder et à leur donner une résonance qui permette de créer une musique au plus juste. Lorsque Sophie nous parle de son expérience, elle nous raconte aussi qu'elle peut avoir un discours idéalisé des prises en charge. Les soignants auprès desquels elle intervient savent alors lui renvoyer le fait qu'elle parle d'une réalité théorique qui leur semble intenable : "*c'est beau ce que vous dites*". Souvent, lors de ces formations en soins palliatifs, on aborde des réalités de prise en charge qui sont assez éloignées de ce que les soignants peuvent vivre. Des réalités parfois même éloignées de celles des familles et des patients. Ils n'ont pas le temps : pas le temps d'accompagner, pas le temps de mourir, pas le temps de pleurer… Alors que nous connaissons cette nécessité de prendre en compte le temps, particulièrement pour soi-même, ainsi que nos narrateurs l'ont évoquée.

3.1.4.Du temps pour soi : une ressource

Prendre le temps d'accompagner les patients et la mort à venir. Etre disponible à la durée de la fin de vie, sans pour autant vouloir qu'elle s'accélère. C'est toute la difficulté de l'accompagnement et la problématique de la période d'agonie qui, parfois, génère des demandes d'euthanasie. Pour faire face à la lourdeur de cette période, le psychologue doit pouvoir trouver des ressources qui lui permettront de faire face à cette situation qui est souvent vécue comme difficile.

Sophie et Armelle évoquent facilement cette notion et font part de leurs stratégies en terme de temps pour elle-même. Sophie prend du temps pour elle dans le cadre du milieu hospitalier. Elle utilise les temps de trajet et l'espace de son bureau pour éviter de se confronter à la lourdeur de l'accompagnement. " *les trajets… Et en même temps, j'ai repéré que cela m'aidait aussi à prendre de la distance. Le temps de la voiture, c'est un temps où tu réfléchis*" (Sophie, ligne 931) " *Enfin, c'est un temps de transition, peut-être des appels à passer… Enfin, c'est un temps de transition et c'est cela qui est aidant*" (Sophie, ligne 940).

Armelle, de son côté, va utiliser le temps autrement : elle aura tendance à attendre la fin de journée et s'octroyer un moment pour elle en allant se faire un "petit café/clope" qui lui permettra de poser ses pensées et son ressenti. "*Il y a un enfant qui souffre de douleurs que l'on n'arrive pas à apaiser et c'est terrible, enfin, là ça se passe mieux. C'est terrible pour tout le monde et en tant que psychologue, on gère l'équipe, on gère les parents… C'était un peu dur, c'était éprouvant. Là, j'avais besoin de m'aérer. je ne suis pas allée prendre un petit café/clope, parce que dans mon état, je ne fume plus. Je suis allée faire du shopping pour moi. Voilà, c'est ce que j'ai fait* " (Armelle, ligne 1939).

Ce n'est que dans cette mise à distance dans le temps que l'une et l'autre trouvent des ressources. Babette pour sa part, n'évoque pas cette notion de temps, elle semble aux prises avec ses différentes activités : hospitalière, libérale et associative. Elle ne parle pas de ce temps qu'elle pourrait prendre pour elle. Elle évoque une réorganisation de son temps de travail pour être plus juste pour ses patients du cabinet, c'est le moment où elle nous parle de sa difficulté de passer du soins palliatifs le matin, aux problèmes d'énurésie[35] (par exemple) l'après-midi. "*Au départ, quand j'ai commencé ma pratique, je travaillais le matin à l'hôpital et l'après-midi en consultation libérale et je me rendais compte que je n'étais pas juste avec mes patients*" (Babette, ligne 1176). On peut dire que sa réorientation des horaires ne se fait pas forcément d'un point de vue personnel mais tient à une organisation professionnelle. Son activité libérale lui permettant, par ailleurs, une certaine latitude pour s'octroyer les temps de repos nécessaires.

De son côté, Alexandre n'aborde pas du tout cette notion du temps pour soi. Son activité hospitalière s'est réduite au profit d'une activité universitaire et, d'ailleurs, il dit souffrir de cette réduction de

[35] problème concernant le contrôle des mictions chez l'enfant, cause fréquente de consultation psychologique.

temps : "*J'ai vécu une perte de sens terrible dans ma vie*". (Alexandre, ligne 388). Cela nous amène à penser qu'il ne ressent pas le besoin de se ressourcer au sens où l'entendent Sophie ou Armelle. En tout cas, c'est un aspect de sa pratique qu'il n'évoque pas du tout. Peut-être que, malgré tout, sa position universitaire ou son statut de chercheur pendant toute la période de pratique professionnelle sont venus faire écran ou ressource au poids des soins palliatifs. Cette activité de recherche lui permet ainsi de garder une certaine distance.

En lien avec cette activité recherche, nous avions également évoqué avec Babette un collègue qui, lui, semblait se réfugier dans la recherche, au point que cela avait engendré une souffrance pour l'équipe, qui ne pouvait pas se reposer sur lui. En réaction, l'équipe l'avait malmené et il en avait souffert. Ainsi, s'il avait évité la lourdeur des soins palliatifs, la lourdeur de la dynamique d'équipe devenait un problème, le confrontant à la violence des fonctionnements institutionnels. (Babette, ligne 1515)

L'équilibre est bien difficile à trouver lorsque le psychologue est confronté à cette réalité de la vie. La confrontation à la mort demande un réajustement constant afin de ne pas sombrer dans une fatigue professionnelle, voire même dans l'épuisement professionnel, dans un premier temps, mais avec aussi des conséquences personnelles dans un second temps. L'angoisse de mort vient teinter de façon massive les pensées et le psychisme du psychologue, envahissant l'espace mental permettant d'accompagner l'autre.

3.1.5. Notion de hasard : choix/non choix

Il est une problématique qui est revenue à chaque entretien, c'est la notion de non-choix par rapport aux soins palliatifs. Il apparaît que les narrateurs ne sont pas dans un choix clairement déterminé concernant leur venue aux soins palliatifs. Alexandre formule explicitement la notion de hasard[36]. Hasard, qui, dans son cas, se joue à deux niveaux : celui du rapprochement professionnel et celui de

[36] vient du mot arabe "azzahr" qui signifie jeu de dés. Si, dans un premier temps, il a plutôt une connotation défavorable, il prend le sens inverse, au Moyen-âge, en désignant un coup heureux aux dés. Plus tard, au 18ème siècle, il sera utilisé par les philosophes et évoluera de "risque" à "évènement fortuit". Pour nos narrateurs, nous ne pouvons dire qu'elle est la définition la plus appropriée. Est-ce défavorable? Un coup heureux ou fortuit?

la création d'une unité mobile de soins palliatifs au sein de l'hôpital. C'est un hasard, c'est banal, nous dira-t-il ! "*Le fait que je fasse partie d'une structure douleur. Je pense que c'est aussi bête que cela. J'ai intégré une équipe douleur en 99 et ensuite on nous a demandé de construire un projet soins palliatifs*" (Alexandre, ligne 10) Se peut-il qu'une pratique de soins palliatifs soit si "bête" et formelle comme il le formule lui-même ? Rien n'est moins sûr, mais il s'avère que c'était cohérent… Ainsi, ce qui n'est pas un choix[37] déterminé devient un non-choix assumé :"*Je crois que si j'avais dit:" moi, je ne veux pas du tout en faire", je pense que cela aurait été entendu. Mais nous trouvions que la démarche était pertinente*" (Alexandre, ligne 24).

Sophie est dans un “non-choix choisi”, en ce sens que ce n'est pas une orientation qu'elle aurait choisie spontanément mais il se trouve que ce sont les premiers postes qui se sont ouverts à elle. Elle assume un certain principe de réalité qui consiste tout simplement à trouver du travail. Les soins palliatifs et leur philosophie ne lui déplaisent pas, voire même l'interpellent, et lui permettent de se confronter à cette pratique professionnelle. "*J'ai été amenée à animer des groupes de parole et c'est tombé dans des services où il y avait des lits identifiés de soins palliatifs. cela m'a plu et j'ai eu envie d'y travailler*." (Sophie, ligne 517). Suite à cette première prise de contact avec le milieu des soins palliatifs, Sophie assume son intérêt pour ce qu'elle appelle une clinique complexe. "*Disons que cela m'attirait quand même dans le sens où j'étais intéressée par toutes les problématiques un peu plus complexes par rapport à des choses qui me paraissaient plus superficielles*." (Sophie, ligne 532).

De son côté, on perçoit chez Armelle une certaine ambivalence dans cette question de choix: si en 2014, elle nous dit assumer un non-choix choisi "*Le Hasard… tout simplement parce que je suis jeune diplômée (...) qui se trouve à chercher un emploi pendant un an et demi (...) Je ne connaissais rien du tout aux soins palliatifs. (...) J'y vais un peu par hasard avec mes petits bagages.*" (Armelle, ligne 1670), en 2015, cette notion de hasard pèse plus lourd dans la balance, ce "non-choix choisi" devient une barrière à d'autres pratiques en institution. Comme si elle devenait une référence en soins palliatifs et que plus rien ne pouvait s'ouvrir d'autres que ces expériences de fin de vie à répétition. Ainsi, ce non-choix devient un poids dans son évolution professionnelle. " *je me retrouve à mi-temps sur une équipe ressource soins palliatifs pédiatrique, mais pas par*

[37] choix, choisir sont issu du mot goth "kausjan" : goûter, examiner, éprouver. Le choix consiste à l'ensemble des choses entre lesquelles choisir et désigne particulièrement un ensemble de choses sélectionnées pour leur qualité.

choix" (Armelle, ligne 2174) "*Je n'ai rien d'autre et je m'aperçois que mon CV, un peu par hasard s'est orienté soins palliatifs et cela me ferme des portes*" (Armelle, ligne 2183).

Il est évident que cette notion de choix ou de non-choix est interpellante. En effet, pour moi, c'était un choix délibéré, d'autant que, dans le milieu des soins palliatifs, la pratique doit être choisie volontairement. Officiellement, dans les institutions, les soignants ont un droit de réserve quant à aller travailler dans l'unité de soins palliatifs. Aujourd'hui, c'est un peu moins vrai : certains soignants se retrouvent parachutés au cours d'un remplacement quelconque. Mais, il s'avère, pour avoir discuté avec bon nombre d'entre-eux, que cela peut créer une vraie souffrance d'être confronté à la mort sans préavis.

De son côté, Babette choisit de venir en soins palliatifs, elle se dit interpellé par cette clinique et a le sentiment qu'elle y viendra tôt ou tard, comme si elle attendait que la vie lui propose l'opportunité d'une telle expérience. Elle est, cependant, réaliste quant à sa capacité à faire face à cette pratique et imagine, dès le début, une durée à celle-ci. "*Ça fait très longtemps, peut-être avant même d'être psy que j'avais envie d'aller voir ce qui s'y passait…*" (Babette, ligne 1143). Babette, à la différence des autres narrateurs, a déjà une pratique professionnelle qui lui permet de vivre.

Cette notion de choix peut être révisée en lien avec ce qu'Alexandre, Sophie et Armelle ont évoqué : les premières années, on prend ce que l'on trouve. Même si on ne cherche pas dans un domaine par hasard, on fait plus ou moins des choix par rapport à un secteur : on va privilégier l'hôpital, l'entreprise, la psychiatrie, la médecine générale ou le secteur de la petite enfance. Au début des années 2000 (je ne saurais dire si c'est encore le cas, mais il est difficile d'obtenir ce genre d'informations, puisque peu ou pas d'études existent), ce secteur de la petite enfance était très prisé. Pour un poste qui s'ouvrait, il y avait 100 ou 200 candidatures, pour un poste de soins palliatifs, il y en avait 15. Au delà de l'intérêt réel que je portais à la clinique de la fin de vie, c'était aussi une stratégie pour trouver un poste plus facilement. Ainsi, le psychologue est confronté de manière extrêmement forte à la notion de société fluide, c'est à dire en perpétuel mouvement et demandant une adaptation de tous les instants. Il est la "ressource humaine", au même titre qu'il y a des ressources en matériaux, en consommables ou en énergie. Le psychologue doit faire face à une précarité du travail et cumuler, au mieux, quelques temps partiels. Cette réalité ne lui permet pas toujours de "choisir" ses postes.

Synthèse

Le temps est, donc, une notion importante pour la pratique en soins palliatifs, il permet de relier de nombreuses réalités : celle des patients, des soignants, des familles et de l'institution. Nous percevons aisément toutes les tensions que cela engendre pour chacun. Il semble que celui qui opère la meilleure gestion de ces tensions temporelles est celui qui vit le mieux la proximité de la mort sans être trop mis à mal. D'autant que le temps nous ramène à notre quotidien et il vient nous questionner sur notre façon d'être au monde et d'en percevoir les enseignements, Gaston Pineau évoque cette aspect important du temps, de l'éducation qui est dissociée, il y a le temps de l'éducation qui se ferait sur cette période pré-établie de l'école et de la formation et il y a le temps de tous les jours qui ne serait pas considéré comme éducatif, ce qui peut aller jusqu'à créer une sorte d'aliénation de l'individu par rapport à lui-même et sa perception du monde. Cette "shizo-chronie", selon les terme de G. Pineau, ne permet pas de prendre en compte correctement tous ces temps autres qui sont à la fois structurants et formateurs. Il semble important qu'il n'y ait plus de séparation entre le temps de l'éducation et le temps de vie, ainsi on crée une éducation tout au long de la vie qui n'est plus aliénée à la course au temps.

Vignette théorique

C'est pourquoi, dans une deuxième partie, nous allons maintenant interroger la notion de formation initiale ou continue évoquée à de nombreuses reprises, nous parlons d'éducation permanente en somme. Les psychologues ayant participé au questionnaire le mentionnent, Alexandre, Sophie ou Armelle l'abordent à leur tour. Ils n'ont peut-être pas tous la même façon de considérer cette question mais, pour autant, nous pouvons y trouver des recoupements intéressants à prendre en considération.

3.2. Autour de la formation

La formation englobe plusieurs aspects : la formation universitaire, la formation continue, la formation dans le sens de l'expérience professionnelle et dans le sens de l'expérience personnelle. "*De même, le terme «formation» peut être employé pour désigner : l'apprentissage de contenus formels, le développement de savoir-faire dans l'expérience, ou encore l'émergence de savoirs existentiels dans les expériences limites les plus intenses de la vie*." (Galvani, 2010, p 269)

C'est donc cet ensemble de savoirs qui va construire le professionnel. Cependant, lorsque le psychologue se trouve confronté à la pratique en soins palliatifs, il lui faut acquérir de nouveaux savoirs qui sont rarement enseignés et difficilement transmissibles lors de la formation initiale.

En dépit des formations universitaires et des savoirs théoriques accumulés, les jeunes professionnels vont sans cesse au devant d'une société en perpétuelle accélération, ils ne peuvent plus faire de choix professionnels volontaires, mais ils sont régis par des non-choix, comme nous l'avons déjà vu.

Retour d'expérience

Les psychologues rencontrés dans le cadre de ma thèse en attestent, ils vont vers les postes possibles. De mon point de vue, travailler en soins palliatifs découlait d'une volonté réelle, avec l'intime conviction de l'intérêt de ce travail. Mais ce n'est pas à l'université que j'ai appris ce métier-là… C'est dans l'observation et la patience que j'ai acquis un ressenti, un éprouvé qui m'a permis, par la suite, de travailler avec les équipes. C'est donc bien une question de temps et de maturation qui passe par un compagnonnage avec un pair et qui permet une réflexivité sur son ressenti et sur son savoir. Mais ce compagnonnage ne se fait pas uniquement avec les pairs, il appartient aussi aux rencontres avec les personnes en fin de vie elles-mêmes. C'est par le dialogue et la rencontre avec elles que se co-construit une connaissance et une perception de l'inexpérimentable. Ainsi, la formation en soins palliatifs ressemble à une articulation entre ce qu'Alexandre décrira comme la démarche clinique acquise à l'université et la confrontation à la réalité qui va permettre une sorte d'habitus comme le décrit Armelle.

Emergence d'un processus

3.2.1.La formation universitaire face à l'activité professionnelle

Pour revenir sur la formation universitaire, pour obtenir le diplôme de psychologue, il faut 5 ans (à ce jour) et cela correspond au Master 2 pro ou anciennement DESS. Le plus souvent, elle est orientée vers un cadre théorique qui ne permet pas de prendre en compte les différents aspects de terrain. Cependant, comme nous l'énonce Alexandre, l'université ne peut pas donner une approche de tous les domaines dans lesquels le psychologue peut intervenir. Il nous explique qu'il faut penser une démarche clinique qui sera applicable à toutes les situations. "*Ce que l'on doit apprendre aux gens, aux psychologues, et là c'est l'universitaire qui parle, c'est de penser à la fois une démarche et un patient. Il faut savoir penser un cadre de pratique et le patient que l'on a en face de soi* ". (Alexandre, ligne 344).

Je me souviens très bien, aussi, de professeurs qui nous disaient qu'être psychologue ouvrait sur différents terrains et qu'il y avait toujours moyen de basculer de l'un à l'autre. Si l'on y regarde d'un peu plus près, le champ professionnel possible est vaste. Le psychologue peut travailler dans les institutions hospitalières, dans les associations, avec les enfants, les adultes, les personnes âgées, il peut aussi travailler dans le milieu de l'entreprise dans le marketing, dans le recrutement, l'out-placement ou les ressources humaines. Il peut encore exercer dans le secteur de la justice, dans les prisons. Il peut enfin travailler à son compte ou en équipe. Cela laisse beaucoup de possibilités professionnelles et englobe des univers qui peuvent sembler complètement étrangers les uns ou autres. Malgré tout, il est difficile pour les jeunes diplômés de trouver un poste. Pourquoi ? Me direz-vous, alors qu'il y a autant de possibilités ? Nous pouvons trouver une explication dans le dossier n°201-202 de Psychologues et Psychologies sorti en 2008 : la question de la formation y est abordée, mais aussi la problématique du nombre de praticiens en exercice au regard de tous ceux qui n'arrivent pas à exercer en tant que psychologue. En 2008, on évaluait à 40 000 le nombre de psychologues en exercice et à 5000 le nombre de nouveaux diplômés. Il faut donc que le marché du travail absorbe

Constat de terrain

une grande quantité de jeunes professionnels alors que le nombre de postes n'augmente pas nécessairement. Et comme nous l'avons mentionné plus haut, le jeune psychologue ne choisit pas totalement sa voie, il prend une orientation dans laquelle il espère trouver du travail.

Mais il est à noter que, dès la formation universitaire, l'étudiant rencontre des difficultés par rapport au nombre de places possibles en Master et que cela aura aussi un impact sur l'évolution de son cursus. Sophie nous l'explique pendant l'entretien : elle a su faire la bonne étudiante et répondre aux exigences de l'université dans laquelle elle étudiait, mais sans conviction. Parfois, certaines dynamiques institutionnelles ne permettent pas aux étudiants de s'ouvrir à de nouvelles pratiques et restreignent des démarches volontaires de formations supplémentaires. Sophie nous dira : "*J'aurais voulu aussi avoir d'autres approches. Peut-être un ou deux intervenants qui proposaient autre chose. Je m'inscrivais à ce genre d'atelier. Il y avait des professeurs qui essayait de casser cela*" (Sophie, ligne 750).

Il me semble que c'est une problématique importante que la question du fonctionnement universitaire, il en va de même de sa posture auprès des praticiens accueillant en stage les étudiants. Ces praticiens trouvent rarement une place alors qu'ils sont un maillon fort de la formation du psychologue, ils permettent la confrontation avec la réalité du métier et un compagnonnage. Je me souviens avoir participé à un colloque dans une université de l'est de la France, en 2001. Ce colloque abordait la question de la formation des étudiants en psychologie et questionnait la problématique de la théorie au regard de la pratique. Il interrogeait sur la place des praticiens au sein de l'équipe enseignante. A cette époque, c'était une vraie question de fond. Lorsque j'ai interrogé Alexandre à ce propos, plus de 10 ans après le colloque, il estimait que ce n'était plus le même problème et que de plus en plus d'enseignants étaient en lien avec le terrain et que ce n'était plus uniquement des théoriciens : "*Ce n'est pas vrai pour les psychologues cliniciens. Majoritairement, les psychologues cliniciens de ma fac ou d'ailleurs ont une activité clinique à côté."* (Alexandre, ligne 427).

Mais, peut-être que ce n'est pas une réalité observable dans toutes les universités. Il est difficile de trouver des statistiques par rapport à cet aspect. De plus, être psychologue dans un service hospitalier, ce n'est pas la même pratique et les mêmes enjeux qu'une pratique en cabinet dont le seul cadre est régi par soi-même. Cette notion peut devenir, aussi, un biais de formation : enseigner

la relation clinique de la façon dont je travaillerais en psychothérapie psychanalytique engendre des approches différentes si je suis dans un milieu institutionnel. A ce propos, nous pouvons reprendre les mots cités par G. Décamps, T. Apostolidis " *La formation universitaire en psychologie de la santé ne va évidemment pas sans un adossement important à la pratique professionnelle à laquelle se forment les étudiants sur les lieux de stage. Au vu des thématiques auxquelles sont sensibilisés les étudiants et des compétences auxquelles ils sont formés, ceux-ci trouvent naturellement leur place au sein d'établissements de soins et d'institutions de prise en charge du secteur médico-socia*l" (Decamps G., Apostolidis, T., 2017, paragraphe 7)

De même, comme je l'ai expliqué dans mon récit, j'ai eu la chance d'être contactée par l'unité de soins palliatifs moins de deux ans après ma candidature spontanée, car la psychologue en poste, alors jeune diplômée, n'avait pas trouvé sa place dans l'équipe et par rapport aux patients. L'enseignement à forte orientation psychanalytique ne lui avait pas permis de s'adapter aux contraintes du service et de la fin de vie. Par exemple, la question de la demande et de la rapidité d'intervention sont nécessairement différentes. Si l'équipe vous signifie une demande de patient, de famille ou même de leur part, vous faites la démarche d'intervenir et d'accompagner cette demande d'où qu'elle vienne. Si vous attendez que la demande soit claire et qu'elle émane de la personne ou de la famille, vous avez le temps de laisser mourir les personnes sans leur avoir proposé un soutien. Ainsi, toute la difficulté réside dans cet équilibre entre aller au devant du patient et respecter sa non-demande. Il est évident que la démarche clinique auprès de ce dernier alors qu'il n'a pas clairement formulé la demande, passe par le développement d'un espace de co-construction lui permettant d'identifier ses réels besoins. Cette approche-là s'apprend rarement dans les livres. A ce propos, Armelle nous explique lors de son deuxième entretien qu'elle réalise que l'enseignement universitaire a été lacunaire pour elle. " *Et puis il y a cette question de légitimité, parce qu'on a pas l'expérience de terrain et puis il faut dire que la formation de psy… Je trouve qu'il manque un peu de pratique. On se démerde un peu tout seul.*" (Armelle 2015, ligne 2485)

Rencontre d'altérité

Ainsi, on observe que les points de vue des jeunes diplômés et de l'universitaire ne se recoupent pas nécessairement. Peut-être que les étudiants n'ont pas su investir les enseignements proposés ou peut-être que les professeurs ne sont pas

descendus de leur tour d'ivoire ?

Comme nous l'avons évoqué plus haut, Babette, n'ayant pas suivi un parcours de formation classique, n'aborde pas la question du manque de formation initiale. De plus, lorsqu'elle arrive en soins palliatifs, elle a déjà une expérience clinique qui lui permet, semble-t-il, d'être à l'aise avec les patients. En tout cas, elle n'évoque pas de difficulté dans la relation avec les patients et les familles, voire même elle apprécie la rencontre. Les difficultés rencontrées seront en lien avec la gestion de l'institution, ce qu'elle n'avait jamais expérimenté et qui n'est pas abordé lors de la formation de psychothérapeute. elle nous dit à quelques lignes d'intervalle : " *Le médecin m'a tannée, vraiment pendant plusieurs mois pour que je vienne. Et je disais : Tu sais, je n'ai jamais travaillé à l'hôpital. Tu sais, cela va être compliqué. (...) J'ai adoré aller dans les salles de soins, parler aux infirmières, parler aux médecins, rencontrer les familles… J'ai adoré ça vraiment. Les patients aussi avant tout*." (Babette, ligne 1488).

Ces différents constats nous permettent de faire le lien avec notre deuxième point en lien c'est à dire l'expérience professionnelle.

3.2.2.Expérience professionnelle

Par delà la formation universitaire, le professionnel acquiert des compétences sur le terrain. Comme son nom l'indique, Le Master Pro incarne cette part du professionnel en exigeant de ses étudiants un stage de minimum 500 heures au cours des deux années de formation. Ce sont les bases de l'expérience professionnelle.

Si nous revenons sur l'étymologie du mot expérience, il vient du latin "experientia" : épreuve, essai, tentative et expérience acquise, pratique. On peut aussi retrouver une racine grec "peira", c'est à dire expérience au sens empirique du terme et se rattache à l'importante racine indo européenne "per" qui signifie : aller de l'avant, pénétrer dans. L'expérience désigne, en premier lieu, le fait d'éprouver quelque chose et que cela puisse être considéré comme un enrichissement de la connaissance (Rey, 2016). C'est l'ensemble des acquisitions de l'esprit au contact de la réalité. Il est évident que c'est

une définition littéraire du mot nous pourrions trouver plusieurs définitions que de nombreux auteurs auront contribué à élaborer. Cependant, force est de constater que cette définition donne du sens à ce que nous essayons de comprendre par rapport à la formation des psychologues, il y a quelque chose de l'ordre de "l'aller vers" qui permet un apprentissage nécessaire.

Certes, le stage est un moment de transition entre le monde de l'université et le monde du travail, un moment charnière qui va permettre d'acquérir des nouvelles ressources et des compétences individuelles indispensables. Mais rares sont les psychologues qui auront fait un stage en soins palliatifs puisque ce n'est pas une voie de prédilection pour bon nombre d'entre eux. C'est pourquoi, il apparaît que les psychologues ne sont pas préparés à voir ce à quoi ils vont être confrontés à l'hôpital : ce sont les corps délabrés, les odeurs dérangeantes, la souffrance physique et morale ainsi que les émotions les plus intenses qui sont en jeu dans une USP. "*On rencontre des choses très compliquées que je ne pensais jamais rencontrer de ma vie. On rencontre des patients qui souffrent de pathologies dont je ne pensais pas qu'elles existaient, en tout cas visuellement comme ça. J'ai rencontré des patients avec des odeurs*." (Armelle 2014, ligne 1706). Babette nous explique qu'elle ne porte pas ses lunettes pour ne pas voir certaines situations problématiques, mais qu'elle n'a pas trouvé de solution pour les odeurs… "*Je ne mettais pas mes lunettes, pour certaines visions, euh, comme je suis myope comme une taupe, ça me faisait un flou artistique (...) Par contre, les odeurs*..." (Babette, ligne 1296).

Ces réalités, de mon point de vue, peuvent perturber le psychologue car il faut qu'il s'habitue à quelque chose d'extra-ordinaire. Pour exemple, je me souviens, lors de mon stage de découverte des soins palliatifs, avoir été confrontée à des corps décharnés semblables à ceux des déportés dans les camps de concentration. Du haut de mes 21 ans, c'était une sacrée entrée, violente, dans le monde de la maladie. Il faut, donc, gérer tous ces aspects de la pratique et rien n'est moins facile. Il me semble que c'est pour cela que celle qui devait devenir ma directrice de stage m'avait demandé de faire un passage dans une autre institution avant de venir expérimenter les soins palliatifs. Comme si elle pressentait qu'il était important de ne pas se confronter à toutes les problématiques en même temps : celle de l'institution, celle de la fin de vie. D'ailleurs, nous abordons cette question avec Babette qui réalise que, malgré son expérience professionnelle, elle ne connaissait pas le fonctionnement institutionnel et que celui-ci associé à la vision quotidienne de la mort a engendré

chez elle, un épuisement professionnel qu'elle n'a pas vu venir. "*Quand j'ai fait mon espèce de burn-out, là je pense que… j'étais persuadée d'avoir toutes les maladies possibles: cancer en phase terminale…. Je pense que ce n'était pas pour rien, le fait de travailler en soins palliatifs…*" (Babette, ligne 1306).

De son côté, Alexandre évoque son passage "du toxico à la douleur", (à plusieurs reprises dans l'entretien, nous trouvons quelques jeux de mots qui nous font dire qu'il était toxico (ligne 392) et qu'il travaillait dans la douleur (ligne 63). Il estime que son expérience professionnelle lui permettait de faire face facilement aux situations douloureuses et palliatives, qu'il retrouvait des similitudes et que la notion de clinique étant prédominante dans les deux cas, elle permet de s'adapter rapidement à de nouvelles situations. " *Du coup, c'est vrai que je suis arrivé sans rien connaitre de la douleur, sans savoir où je mettais les pieds, sans avoir de formation… Mais finalement, je n'étais pas aussi dépaysé que cela, parce que d'abord, la clinique reste de la clinique, c'est à dire qu'elle parle du patient. Mais il y a aussi pleins de dimensions que je retrouvais et qui étaient déjà dans mon quotidien en toxicomanie*." (Alexandre, ligne 80).

Transfert d'expérience

De même, lorsque nous revenons aux réactions face à la démarche de référentiel des psychologues en soins palliatifs, nous constatons que les jeunes psychologues sont nombreux à souhaiter pouvoir s'appuyer dans leur pratique sur un support reconnu, comme si le théorique allait encore leur venir en aide dans une pratique qui les déstabilise à deux niveaux : institutionnel et personnel. Malgré tout, cette expérience professionnelle peut devenir une expérience positive. C'est peut-être son intensité qui la rend si unique et qui permet à ceux qui la pratiquent de trouver des ressources en dépit de la souffrance réelle des patients et de la lourdeur institutionnelle.

Sophie, de son côté, remarque l'évolution de son expérience professionnelle et peut faire le constat que ce qu'elle a pu faire à une certaine époque, elle ne le ferait pas quelques années plus tard. "*Je trouve qu'avec le recul… Aujourd'hui avec l'expérience, je pourrais aborder les choses autrement, mais à ce moment-là, c'était un beau plantage.*" (Sophie, ligne 558). Lors de cette première expérience professionnelle que Sophie nous relate, elle fait ressortir deux niveaux de difficultés, le premier est que cela demandait un niveau de théorique qu'elle n'avait pas. "*Je n'avais suffisamment*

d'apports théoriques" (Sophie, ligne 555) le deuxième est en lien avec l'accompagnement des émotions et leur verbalisation dans le cadre d'un groupe: "*Je venais vraiment pour les aider à verbaliser leurs ressentis, leurs émotions… Mais j'étais vraiment en difficulté, parce qu'ils me demandaient : "qu'est-ce qu'il faut penser, qu'est-ce qu'il faut faire?" Maintenant, je vois bien ce que je pourrais y répondre, mais à l'époque, c'était vraiment très compliqué*" (Sophie, ligne 566). Un autre constat soulevé par Sophie est en rapport avec la notion «expérience bénévole professionnalisante ». Dans l'entretien, Sophie n'utilise pas cette expression, mais elle la reprend volontiers à son compte concernant une expérience de bénévolat… Une antichambre de l'activité professionnelle. "*J'ai eu une expérience de bénévolat dans une association de victimes d'inceste et cela m'a permis de commencer, je n'étais pas vraiment psychologue, j'étais écoutante mais avec des compétences de psychologue et cela m'a permis de commencer à avoir du réseau et… me conforter que j'avais quand même des compétences* " (Sophie, ligne 600).

A cette instant, nous passons de l'autre côté de l'expérience… Nous allons vers l'expérience pour soi, celle qui nous construit en tant que professionnel, bien sûr, mais aussi en tant qu'individu.

3.2.3. Expérientiel pour soi

Nous constatons que les personnes qui travaillent en soins palliatifs ont accès à une expérience particulière qu'ils ne peuvent vivre que parce qu'ils acceptent de reconnaître la mort comme une étape de vie vers laquelle ils s'autorisent à aller. Gaston Pineau évoque cette question: "*Pour être capable d'utiliser la mort, il faut au moins être capable de reconnaître son existence, ne pas toujours se défiler ou la fuir.*" (G. Pineau, 2011, p 20). Il me semble donc qu'il faut, à la fois, être dans la vie de façon certaine pour ne pas se perdre, mais aussi avoir une conscience accrue de l'inéluctable sens de la vie orienté par et vers la mort. C'est alors que nous sommes confrontés à des injonctions paradoxales puisqu'il faut se former à quelque chose qui est inexpérimentable ! *"Mais il reste que, dans un monde en mutation, les pratiques de formation des adultes sont sans cesse confrontées à la question du sens de la formation par, pour et dans l'existence. "* (Galvani, 2010, p 270). C'est ainsi que nous sommes au centre de la formation qui nous demande de connaître sans connaître pour ne pas empêcher l'expérience d'être formative. En effet : si je considère que je

connais déjà, je ne laisse pas l'expérience m'imprégner de son essence. En ayant la volonté de s'ouvrir à l'expérience, nous pouvons suivre l'invitation de N. Roelens et accepter de nous confronter à ce qu'elle nomme « *l'opacité du vécu que nous ignorons habituellement* » (B. Courtois, G. Pineau, et al, 1991, p. 223), tant nous avons parfois la conviction de savoir. C'est, aussi selon G. Pineau, l'expérience de la rencontre avec l'autre "*où chacun a l'impression de se perdre et de se retrouver en trouvant l'autre, [qui] ouvre un monde infini d'expériences, intermédiaire entre celui de la solitude et celui des autres, des autres organisés de la société* " (1991, op. cit., p. 35). Les soins palliatifs sont une rencontre absolue dans l'intimité du vécu et du ressenti de l'autre - en tant qu'alter ego - et de soi-même. En entrant en contact étroit avec l'alter ego, l'individu s'expérimente dans le contact avec lui-même et peut donc intégrer une expérience formative.

Cette notion d'expérience pour soi ne ressort pas de la même façon pour mes 4 interlocuteurs. Il me semble que cela est dépendant de la façon dont l'entretien s'est orienté. Par exemple, pour Alexandre, la formation universitaire prend une grande place et nous abordons peu cette notion concernant sa formation expérientielle, celle qui communique entre le professionnel et le plus personnel. Cela passe peut-être encore pour lui par une mise en mots universitaire. "*Moi, j'ai fait une thèse comme si je souhaitais faire un doctorat d'exercice. C'est à dire que pour moi, c'était une façon différente de penser ma pratique clinique (...) J'avais besoin de réfléchir autrement à ma pratique clinique, (...) à l'époque j'étais essentiellement toxico (rires)* " (Alexandre, ligne 383). Il est vraiment intéressant de noter que, dans cette citation Alexandre prend en compte son besoin de réflexion sur sa pratique dans une clinique qu'il incarne complètement : "*cela fait bizarre de dire les chose comme ça, comme quoi, c'est une vraie identité professionnelle*" (Alexandre, ligne 392) C'est, d'ailleurs, peut-être un des moments où Alexandre se livre le plus du point de vue du ressenti. Cet aspect est abordé quelques lignes plus en amont dans le texte quand il formule cette question phare : "*est-ce que j'ai suffisamment vécu dans ma vie pour faire du soin palliatif* ?" (Alexandre, ligne 328). Même si Alexandre ne livre pas le fond de son ressenti ou de son vécu au cours de l'entretien, il nous signifie avec ces mots qu'il a réfléchi à cette question et sait identifier ce qui est difficile pour lui ou ce qui ne l'est pas. Ainsi, il fait le lien entre l'intime, ce qu'il ne nomme pas, et le professionnel et l'universitaire qui sont des domaines dans lesquels il circule facilement.

Pour Sophie et Babette, il semble que les rencontres exceptionnelles ou très riches viennent mettre en jeu un espace de formation de soi. Nous percevons l'implication de la circulation de la formation entre le professionnel et le personnel à plusieurs reprises dans le discours de Sophie. Dans un premier temps, elle identifie très clairement que sa démarche pour être psychologue a une vraie valeur dans son fonctionnement familiale "*j'étais dans ma position familiale « désirante » d'apporter une aide*" (Sophie, ligne 664). Nous pouvons imaginer, ici, que Sophie fait circuler son expérience familiale et son expérience de formation afin de créer de nouveaux espaces de compréhension pour soi qui lui permettent, d'ailleurs, de sortir de sa posture aidante par rapport à sa famille. Dans un deuxième temps, Sophie remarque que sa posture de professionnelle se modifie au fil du temps, elle peut plus justement l'adapter à sa pratique "*J'ai besoin d'être dans la clinique pour d'abord apporter du concret et aussi pour enrichir ma réflexion*" (Sophie, ligne 803). La notion de besoin utilisé par Sophie exprime clairement la nécessité d'un ancrage dans l'expérience pour enrichir sa pensée. Elle peut ainsi nous formuler qu'elle "*avait un peu plus d'assise*". (Sophie ligne 585) C'est à dire que plus elle engrange de l'expérience de terrain, plus elle ressent sa place dans son travail. Cette notion d'"assise" est aussi relayée en ces termes par Alexandre "*Est-ce que j'ai une assise clinique suffisamment stable pour pouvoir m'autoriser à aller dans ce domaine là* ?". (Alexandre, ligne 322). Cette assise, cette légitimité revendiquée à plusieurs reprises par Armelle nous signifie l'importance de cette circulation de savoirs entre le théorique, l'expérientiel et ce qui émerge dans la réflexion et la prise de conscience.

Posture et légitimité

Différemment, pour Babette, l'expérience pour soi semble s'attacher à l'intensité des rencontres avec les patients. Cette intensité provoque une réaction tout aussi intense que cette croyance que Babette va développer concernant sa propre mort à venir. Elle expérimente, bien involontairement, l'angoisse de mort liée à la maladie grave. "*Tu t'es tellement construit avec l'idée que c'est la fin (...) j'étais en Grèce et j'étais d'un calme olympien parce que c'étaient mes dernières vacances et il fallait que j'en profite (...) J'ai jamais vécu ça, alors je me dis : Mais c'est en rapport avec quoi, est-ce que l'intensité du trouble était avec l'intensité de ce que j'avais vécu?*" (Babette, ligne 1379). Ce passage de l'expérience de l'autre à soi est particulièrement puissant pour Babette puisqu'il entraine une prise de conscience intense de la "finitude" de la vie. Cependant, Babette ne formule pas clairement la façon dont cet évènement peut ou va modifier sa pratique.

De son coté, avec Armelle, nous voyons émerger une vraie interaction entre la formation expérientielle et la formation de vie. Evidemment, nous l'avons rencontrée à des moments clés de sa vie de jeune femme ce qui peut être déterminant dans cette prise de conscience. Dans un premier temps, elle est toute jeune clinicienne, dans l'expérimentation de cette nouvelle pratique que sont les soins palliatifs "J*e pense que j'apprends beaucoup, je pense que j'ai muri depuis ces derniers mois"* (Armelle 2014, ligne 1752). Malgré cette clinique particulière de l'accompagnement de fin de vie, poussée à son paroxysme dans le cas des soins palliatifs pédiatriques, Armelle arrive à y donner du sens, car elle la relie à son expérience personnelle "*Parce que les enfants, c'est compliqué, c'est effrayant, c'est tout ce qu'il y a de plus injuste. Et sans doute que cette histoire de ma vie* (cf ligne 2035)*, cela m'a fait accepter ce poste-là. Ah oui… probablement…*" (Armelle 2014, ligne 2088).

Dans un deuxième temps, elle vit pleinement son expérience de jeune maman, "e*n fait, c'est ma vie de femme qui s'est bouleversée avec l'arrivée de ma fille et qui fait qu'il y a une sorte de maturation dans ma vie privée, personnelle, de femme et qui, du coup, a saturé ma vie de femme professionnelle.*" (Armelle 2015, ligne 2255). Or, elle découvre des états émotionnels nouveaux dans sa pratique après cette expérience de la maternité. *"On va dire que la définition de l'amour a changé depuis que je suis maman, je conçois plus ce que cela veut dire aujourd'hui que je suis maman, qu'avant.*" (Armelle, ligne 2366). Cet état modifie, pour Armelle, la perception du discours des parents perdant leur enfant, cela la touche plus intensément. Elle dit même découvrir des émotions qu'elle pouvait ne pas ressentir auparavant. "*(Ne pas être parent) en fait c'était une sacré forme de protection, je me dis que je ne connaissais pas*" (Armelle, ligne 2365).

Le statut de maman, pour Armelle, se caractérise à un double niveau : celui de l'expérience de la relation maternelle qui lui ouvre de nouvelles perceptions affectives et émotionnelles, et celui d'une légitimité nouvelle qui l'ancre professionnellement dans son poste de psychologue accompagnant en soins palliatifs pédiatriques. "*Oui, je pense que j'utilise ce que j'ai appris de moi-même avec ce statut là dans ma vie, oui effectivement, je l'utilise… ce que j'ai appris, oui…*" (Armelle 2015, ligne 2440). A la suite de ce constat, Armelle nous signifie, aussi, la façon dont son expérience professionnelle vient colorer sa posture de maman. Evidemment, cette coloration a une tendance palliative ! Comme tous jeunes parents, les premiers bobos des nourrissons sont sources d'inquiétudes et dans le cas d'Armelle, elle perçoit bien que la préoccupation va être plus forte et

l'imagination plus galopante, le moindre rhume se transformant en méningite. (Armelle 2015, ligne 2443-2453).

Armelle et Babette nous montrent plus particulièrement comment le personnel et le professionnel s'enchevêtrent pour former une expérience. Même si cela semble moins perceptible dans le cas d'Alexandre et Sophie, on perçoit à demi-mot les interactions possibles.

Synthèse

Cette partie interroge le vaste sujet de la formation : universitaire, professionnelle et personnelle. Nous percevons bien dans le discours de nos narrateurs, les allers et retours entre les différents niveaux de formation. "*un lien s'est ainsi établi entre une manière d'exercer notre métier et une possible découverte, entre notre expérience et sa réflexion, entre une praxis et sa théorisation, entre un terrain et sa compréhension.*" (M. Cifali, 2001, p 294). Ils sont plus ou moins présents selon le ressenti et la formulation de chacun d'eux. Il est évident que nous ne trouverons pas une solution absolue qui caractériserait la bonne formation, car elle est en lien avec un si grand nombre de paramètres qu'une réponse unique ne peut pas aboutir à la satisfaction de tous. En effet, il est des variables sur lesquelles on ne peut avoir de prise : les enseignants, les étudiants et les questions de relation interpersonnelles en jeu. Il faut aussi prendre en compte le fait que dans une réalité que l'on voudrait pouvoir maîtriser on ne peut avoir le contrôle sur des questions purement individuelles : notre histoire, notre façon d'être au monde, notre capacité à devenir étudiant ou la capacité de l'enseignant à accompagner l'élève. Il y a les profs qui font l'unanimité et ceux pour qui c'est moins le cas, il y a ce qui est dit, ce que l'on entend et ce que l'on comprend à travers ses propres filtres. Il existe une théorie que l'on apprend un jour mais que l'on ne comprend que bien des années plus tard (comme le lien d'attachement dont parle Armelle). La formation se doit de prendre en compte tous ces axes et ne peut négliger aucun aspect. C'est bien là toute sa difficulté. Cependant, dans le cas d'un travail dans la relation inter-humaine, il semble nécessaire de travailler sur l'expérience de son ressenti pour pouvoir mieux accompagner l'autre là où il en est de son histoire.

3.3. Empathie et protection

Dans ce chapitre, nous allons aborder la question de l'empathie dans un premier temps et la protection dans un second temps. Comme nous l'avons vu dans notre partie théorique, la notion d'empathie est un aspect important du travail du psychologue, elle lui permet d'entrer en relation avec l'autre. Ainsi, face à la mort, face au chagrin ou la douleur, le psychologue doit, à la fois, être dans une certaine proximité avec le ressenti des patients et des familles tout en gardant suffisamment de ressources, voire même de protections pour lui permettre de tenir et de retourner tous les jours au lit du malade. Le psychologue doit accueillir la souffrance psychique et physique de l'autre et l'accompagner, peut-être, vers plus de calme.

3.3.1.L'empathie

Ici, nous revenons, donc, sur la notion d'empathie. Elle n'est pas mentionnée de la même façon par tous les narrateurs, mais elle est reprise de manière intéressante par Sophie, Armelle et Babette. Elle est peu abordée par Alexandre qui évoque une démarche clinique (qui pourrait se rapporter à un travail d'empathie envers le patient) qui est pensée selon un cadre universitaire et théorique. "*Il faut savoir penser le patient que l'on a en face de soi*" (Alexandre, ligne 346). Dans cette phrase, on peut percevoir la nécessité d'une certaine façon formelle d'entrer en relation avec le patient, mais prend en compte de façon implicite la notion de ressenti. "*il y a un certain nombre de savoirs théoriques à transmettre et le reste* ***s'éprouve*** *sur le terrain*." (Alexandre, ligne 443)

Retour de l'éprouvé

Sophie, de son côté, va questionner l'empathie dans la notion de déjà expérimenté ou pas… "*C'est un peu problématique ! Cela voudrait dire que je suis déjà en fin de vie et cela va être compliqué pour aider l'autre…*" (Sophie, ligne 984). C'est, évidemment, impossible pour de nombreuses situations puisque nous ne pouvons pas vivre toutes les misères du monde pour les comprendre.

Donc, cela veut dire que nous développons une capacité à déplacer des ressentis afin de les faire évoluer au plus proche du vécu de l'autre. "*Oui, je considère que l'empathie, enfin ma définition… C'est au moins d'essayer de comprendre ce que ressent l'autre, ce qu'il perçoit de sa situation, ses difficultés, ses ressources… Et approcher cela sans pour autant m'identifier à lui.*" (Sophie ligne 990). Cela semble l'apprentissage le plus important à faire pour pouvoir être au plus près du patient. « O*n n'a peut-être pas besoin d'avoir vécu la situation pour pouvoir… Effectivement, on ne comprendra jamais, mais quand on l'a vécu, ce ne sera jamais le même vécu, le même ressenti, donc, on ne peut pas non plus plaquer notre vécu à celui de l'autre. Il ne s'agit pas de ça.*" (Sophie, ligne 1005). C'est, d'ailleurs, pour cela que l'expérience du rêve, pour ma part, a une fonction formatrice puisqu'elle m'a permis de toucher du doigt un ressenti qui m'aurait été inconnu auparavant. Bien sûr, avec le temps et les rencontres, j'aurais pu accéder à cette connaissance, mais le rêve a accéléré ma perception empathique de la situation de la fin de vie.

Un autre aspect semble aussi indispensable, c'est le retour sur soi, c'est à dire le travail psychothérapeutique ou la supervision. Ils vont permettre un travail de mise à distance et d'identification des ressentis et, donc, améliorer notre capacité à être empathique. "*On va dire que j'ai tendance plus facilement, peut-être parce que je n'ai pas repris la supervision, j'ai tendance à être plus facilement dans l'empathie, à me mettre dans les chaussons de l'autre, à côté, le petit pas de côté*" (Armelle 2015, ligne 2221). C'est pourquoi, il semble indispensable que chaque psychologue ait fait ce travail personnel de questionner son ressenti et ses émotions. Il est parfois difficile pour les étudiants de faire cette démarche, l'université ne peut que proposer, inciter. C'est un choix d'accompagnement et de compréhension de soi. Armelle évoque l'importance de cette pratique pour elle-même. Elle fait une psychothérapie, elle envisage une supervision, ce travail lui permet d'identifier les émotions qui l'envahissent, mais aussi de pouvoir reconnaitre les émotions en jeu dans la relation patient. "*On ne se rend pas compte, on est complètement bloqué dans l'accompagnement et on ne sait pas pourquoi. C'est notre subjectivité qui travaille là-dedans, c'est super, je me permets de dire des choses que je ne me permettrais pas de dire devant les collègues*" (Armelle 2014, ligne 1779). Il semble que cela soit un apprentissage nécessaire et particulièrement en soins palliatifs où les émotions présentes sont d'une forte intensité. "*C'est à dire que je sens même que physiquement j'ai les larmes qui montent plus facilement aux yeux.*" (Armelle 2015, ligne 2370).

De son côté, Babette nous parle de cette perception empathique qui devient pour elle trop envahissante, c'est à dire qu'elle n'arrive plus à mettre de la distance entre les patients malades et en fin de vie et elle-même. De même, trop envahie par les émotions des patients mourants, elle ne sait plus être dans la juste relation avec les patients de son cabinet. "*voilà, on va pas en faire une maladie... alors que … bon, le gamin, il était embêté. Les demandes des parents, tout ça, j'étais … pfff … je sentais bien que je n'étais plus raccordée à ça, quoi. Je ne devenais plus juste avec mes patients*." (Babette, ligne 1201). Il faudra que Babette réorganise son temps pour pouvoir être de nouveau disponible psychiquement pour ses patients, créer un espace (la nuit dans son cas) qui lui permet de prendre de la distance et réadapter son ressenti.

Nous sommes face à une compréhension de l'empathie en tant qu'apprentissage, un apprentissage qui se fait tout au long de la vie et des expériences, cependant il ne peut se faire que si le psychologue a conscience de cette nécessité de questionner régulièrement son vécu afin d'en élaborer des nouveaux savoirs. De plus, c'est aussi face à des situations conflictuelles que cet apprentissage peut se faire, ainsi, il est possible que l'école de la mort soit une école de la vie, mais cela passe par un certain ressenti de la violence.

Construction théorique

3.3.2.De la violence

Alors que le métier de psychologue confronte à des problématiques toujours complexes et émotionnellement fortes, il semble que les soins palliatifs puissent représenter un summum de violence. Peut-être que la seule chose qui fait la différence, c'est la présence de la mort au quotidien. Comme nous l'avons vu, nos sociétés ne sont plus du tout préparées à accueillir la mort, cela devient une réalité indécente et vulgaire que chacun cherche à éviter. Ainsi, la mort fait violence, mais son exclusion majore sa violence. Plus personne n'est préparé au décès. Les psychologues, eux-mêmes, n'y sont pas préparés, ils découvrent la réalité physique de la mort après avoir, dans le meilleur des cas, appris quelques théories et concepts (les mécanismes de défense face à la maladie grave, les stades du deuil…). La mort n'est qu'un concept abstrait mais, lorsqu'il devient réalité, il

engendre une effraction dans le psychisme qui cause le trouble. "*ce que j'appréhendais particulièrement - surtout toutes les situations de mort inattendue du nourrisson - alors là, j'avoue que je ne suis toujours pas très à l'aise … Et d'ailleurs, j'ai compris que toutes les psychologues à l'hôpital mère-enfant, fuyaient ces situations…*" (Armelle 2015, ligne 2295).

Bien d'autres situations peuvent causer de tels troubles selon son propre ressenti. Ainsi, Alexandre nous disait qu'il n'envisageait pas de travailler avec les enfants polyhandicapés, nous pouvons imaginer que c'est parce qu'il considère que cette pratique lui fait violence. Cependant, il a quitté les soins palliatifs. Parce que l'institution l'y a poussé ? Peut-être… Peut-être que la réalité de la mort a malgré tout sa part… Sophie et Armelle sont encore dans les services de soins palliatifs, mais elles perçoivent qu'il faudra arrêter…ou pas… Il se peut que face à cette violence, il y a des choses qui protègent, qui ressourcent et qui permettent malgré tout d'aller jusqu'au bout sans s'épuiser.

La réalité de la confrontation à la mort pose aussi la question d'un burn-out possible pour le personnel intervenant dans ce type de service, Babette en est l'exemple même. " Emilie : …*le psy était le dernier rempart avant l'explosion totale … Babette : tout à fait d'accord Emilie : … c'est-à-dire : les familles explosent, les patients explosent, le médecin explose et c'était au psy de tenir encore les digues émotionnelles, on va dire … Babette : exactement ! Mais … mouais … (long silence) je … Ce qui s'est passé, c'est que … oui, tout à coup, j'ai manqué de protection, en fait. Quand j'ai manqué d'air - j'avais l'impression de manquer d'air - je ne savais plus où reprendre mon air dans ce service*." (Babette, ligne 1224).

Retour sur le travail de co-construction

A l'heure actuelle, il y a peu d'études concernant le burn-out des psychologues. C'est pourtant un sujet très à la mode dans le monde du travail, mais il est tabou chez les professionnels du psychisme. Comme si le fait d'être psychologue nous excluait de l'éventualité d'un épuisement professionnel. La première étude concernant les risques psychosociaux chez les psychologues a été menée en juin 2015[38] , elle met en lumière le fait que ce n'est pas la clinique en soi (quelle qu'elle soit) qui est un problème mais l'institution qui est source de violence et qui va engendrer de l'épuisement psychologique et professionnel. D'ailleurs, nos rencontres avec Alexandre et Babette

[38] http://istnf.fr/_docs/Fichier/2015/6-150915112053.pdf site visité en avril 2016

confirment cette observation : ils quittent le service de soins palliatifs, moins par rapport à une lourdeur de la clinique que par le sentiment d'oppression d'une institution maltraitante. "*Je n'ai pas quitté les soins palliatifs. Je trouve que l'hôpital est devenu très maltraitant. Que, finalement, je suis dans une position assez perverse. C'est à dire qu'on demande aux praticiens d'avoir une position assez perverse qui consiste à observer combien l'institution est devenue maltraitante et, soit on participe à cette maltraitance, soit on est broyé.*" (Alexandre, ligne 185).

Nous retrouvons, donc, ici, les deux niveaux de violences que nous avions vu émerger dans notre analyse, la combinaison des deux créera pour Babette un point de rupture psychique, pour Alexandre, ce sera un point final. Il quitte l'institution. De leur coté, Armelle et Sophie perçoivent les niveaux de violence, mais trouvent encore suffisamment d'intensité, de protection (personnelle ou professionnelle) pour continuer. Nous allons approfondir cet aspect dans le chapitre suivant.

3.3.3.La vie, entre protection et ressources

Serait-ce aussi simple que cela ? Il suffirait de ne jamais perdre de vue la vie pour pouvoir faire face à la mort ? Il est probable que notre capacité à réintégrer la mort dans le processus de vie aiderait à ne plus sentir cette violence. Nous pouvons même envisager que si la société réintégrait la mort comme le sens même de la vie, elle redeviendrait un évènement acceptable. Ce serait déjà une première façon de se protéger de sa violence. Elle ne serait plus ce qui fait peur, mais ce qui doit arriver, tout simplement. Il n'y aurait même plus besoin de psychologue pour accompagner, chacun saurait faire et cela créerait un apaisement général. Hélas, nous en sommes loin… De plus en plus loin… Plus cela va, plus la société lutte désespérément contre la mort et ses émotions, plus elle essaye de lisser les émotions, les rendre incolores, indolores…

A. La rencontre, une ressource

Ainsi, la vie peut faire tout simplement ressource, elle est là et chaque instant devient important. Ces instants, nous les vivons aussi en soins palliatifs et il me semble que cette intensité est aussi source de ressourcement. Les rencontres avec les patients et les familles sont intenses et parfois dures. Cependant, elles nous rappellent tellement à quel point la vie peut valoir le coup d'être vécue et, quand on ne perd pas de vue cet aspect-là, il est possible que, comme la première collègue interrogée, on puisse ne pas souhaiter s'arrêter. On puisse ne pas envisager d'autres pratiques. Un peu comme si la mort donnait une telle intensité à la vie qu'elle en devenait ressource elle-même. De plus, travailler en soins palliatifs nous permet d'accompagner des moments clés dans la vie des gens. Je me souviens de cette autre jeune femme que j'ai accompagné pendant la période de noël, la façon dont elle affrontait son destin, la croyance chevillée au corps qu'elle ne pourrait pas mourir. Il en a fallu de la douceur et des entretiens pour cheminer à ses côtés. Il est évident que ces évènements remplissent le coeur qu'ils valent la peine d'être vécus. C'est l'intensité dont parle Babette, dont m'avait parlé ma collègue en poste depuis 18 ans. Peut-être que lorsque l'on sort de la représentation mortifère des soins palliatifs ne reste-t-il que le positif et l'intensité? La rencontre devient le principal moteur, le reste devient quantité négligeable…

La rencontre se joue à deux niveaux, le niveau de la rencontre patient, ce qui nous donne ce ressenti de richesse, de grandeur, c'est une pratique porteuse de sens. "*Alors que dans les soins palliatifs, je m'y retrouve. J'arrive encore à y trouver des ressources, à trouver que cela a du sens.*" (Sophie, 888). Les entretiens, les rencontres avec les patients sont source de richesse relationnelle " *Et tu vois, finalement, c'est une belle rencontre, c'était des entretiens riches, mais surtout, c'était une belle rencontre. Il y avait de l'émotion, ça ne m'a pas gênée de le dire, mais surtout c'était une belle rencontre, j'ai apprécié* " (Sophie, ligne 1070) "*En tout cas la relation humaine est beaucoup plus forte et c'est ce qui me plait dans cette clinique…*" (Armelle 2015, ligne 2646).

Ainsi, cette clinique auprès de la personne qui va mourir, peut-être une personne sans faux-semblant, crée une réalité de terrain qui apporte un petit quelque chose en plus dans la compréhension de la vie de tous les jours. Parfois, cela allège, parfois cela alourdit, un peu à la manière de Babette : " *je pense que la tentation est grande de s'oublier quand on est en soins*

palliatifs. Parce que tu vis des choses et tu rencontres des gens qui vivent des choses tellement dures que tu as tendance à sous-évaluer tes propres difficultés ou tes propres malaises. Tu te dis "ok, mais ça, c'est rien , c'est rien ! Relativise ! Ce que la personne en face de toi vis, c'est tellement énorme, c'est tellement grand que toi, avec ton petit malaise, tu ne vas pas faire chier le monde, quoi, tu ...". " (Babette, ligne 1428). On perçoit la légère ambivalence dans les propos de Babette : se confronter à la souffrance de l'autre, fait oublier ses petits malheurs quotidiens. D'un certain point de vue, cela nous permet d'apprendre à relativiser dans un monde qui nous demande toujours plus, ce qui semble une bonne chose, mais par contre Babette pousse le concept jusqu'à son paroxysme en omettant de prendre en compte ses besoins. Ce qui est indispensable.

Le deuxième niveau de rencontre se situe dans la rencontre avec les équipes et les collègues de travail, c'est un point important pour avancer dans le monde de la mort. La notion de compagnonnage semble importante ici et revient dans chacun des discours de nos narrateurs. Alexandre, pourtant, assez avare de ressenti, le formule clairement : "*De toute façon, j'étais très bien dans l'équipe dans laquelle j'étais, j'étais très bien dans ma pratique clinique*" (Alexandre, ligne 205). Il dit se sentir bien dans son équipe et dans sa pratique, l'un n'allant pas sans l'autre. Sophie, de son côté, formule que l'équipe est aidante, ressourçante. "*Comme cela se passe bien en équipe… L'équipe c'est aidant.*" (Sophie, ligne 894) "*En tout cas, il y a plusieurs volets, c'est assez épuisant pour moi mais, l'un peut enrichir l'autre. Il n'y a pas que des entretiens qui s'enchaînent. Il y a aussi des réunions de coordination, ou aller parler de sa pratique… ou y réfléchir avec des soignants. Et cela, à la fois, cela peut être morcelant, mais c'est aussi ressourçant.*" (Sophie, ligne 906). Armelle perçoit aussi cet aspect là et le signifie aussi de façon très forte lors des deux entretiens. " *Mais moi, c'est ça qui me fait rester, ce sont les relations humaines, les collègues et le partage. Les moments de rigolades quand on a des accompagnements très durs et que l'on s'autorise à se poser.*" (Armelle 2014, ligne 1729) "*ce qui me plait aussi en soins palliatifs (…) La richesse… J'adore bosser en équipe* " (Armelle 2015, ligne 2515). Babette aussi le formule à plusieurs reprises, évoque même le fait que ce qu'elle regrette du soins palliatifs, c'est le travail d'équipe et elle se dit heureuse de continuer à venir travailler à l'USP en analyse de pratique afin de continuer à entretenir ces relations fortes. " *oui, c'est sûr. Moi, je trouve que, une fois par mois, comme ça, c'est vraiment super. C'est un moment que j'aime bien. Alors, je ne suis plus confrontée à la violence des situations, des images …*" (Babette, ligne 1523)

De la rencontre ressource, à l'utilisation de la ressource pour continuer à avancer, il y a un pas encore à franchir.

B. Mais comment faites-vous?

Souvent, lorsqu'on est psychologue, on entend : "je ne pourrais jamais faire votre métier, entendre toute la journée la souffrance, ce serait trop dur. Je me demande comment vous faites". Cette question est récurrente dans la bouche de nos patients… Comment faisons-nous?

Il me semble que c'est une question d'apprentissage… Peut-être que c'est *l'habitus* dont parle Armelle "*Je pense qu'on peut parler, peut-être pas d'un apprentissage, mais d'une sorte d'habitus*" (Armelle 2014, ligne 1711), peut-être que c'est lié à notre capacité de mise à distance… Pourtant, c'est quelque chose que tout psychologue doit savoir faire pour ne pas être envahi par telle ou telle histoire ou situation. Pour ne pas ramener à la maison les souffrances de ses patients, on met nos limites ! "*Parce que moi, je suis une jeune professionnelle, alors je me cache derrière le cadre pour que cela soit bien sécurisé pour moi*" (Armelle 2014, ligne 1701).

Elle prend aussi du temps pour elle, elle se fait son petit café/clope, Sophie s'arrête entre les consultations pour digérer et repartir. C'est peut-être tout simplement cette connaissance de la nécessité de prendre le temps qui permet de faire face et de développer des protections. " *Emilie : Tu restes dans ton bureau et tu n'en sors plus. D'ailleurs, cela peut être une critique des soignants à l'encontre des psychologues. C'est une bonne façon de fermer la porte. Sophie : et bien tu vois, moi, en EHPAD, il y a des moments où je n'en pouvais plus et c'était peut-être une façon de me retirer. Bon, je ne faisais pas que cela, mais bon*." (Sophie ligne 1110).

Emergence d'une compréhension

Et puis, c'est peut-être aussi un apprentissage indispensable, celui de la prise de conscience que nous ne sommes pas tout-puissants, que nous faisons notre possible et que nous n'avons aucune maîtrise sur ce qui se passe. Lorsque nous prenons conscience de cette connaissance, nous pouvons mettre à distance certaines situations parfois en nous protégeant correctement parfois en nous

trompant, mais l'expérience devient enrichissante à postériori. "*Mais peut-être que je savais que je n'étais peut-être pas … (long silence) suffisamment protectrice vis-à-vis de moi. Peut-être que je me connais un peu …* " (Babette ligne 1166). Nous pouvons quitter le service de soins palliatifs, même si l'on n'a pas vu la totalité des familles et des patients, on peut arrêter un entretien, même si la personne n'a pas trouvé toutes ses ressources. C'est une démarche nécessaire au bon fonctionnement psychique et émotionnel du psychologue. *"j'avais mis une journée au CHU et une journée en consultations, une journée au CHU, une journée en consult' … Parce que moi, il me fallait au moins la nuit pour digérer et le lendemain, euh … En fait, ce qui était compliqué, c'était de mener les deux à la fois. Peut-être que j'y aurais travaillé plus longtemps si je n'avais fait que ça, bizarrement*." (Babette, ligne 1177).

Si l'on revient à l'étude que nous avons déjà abordée, lorsque nous parlions de l'épuisement émotionnel de Babette, il faut se souvenir que, pour elle, c'est l'institution qui est une source d'épuisement, ce n'est pas la relation patient. Ainsi, nous constatons que le psychologue gère assez bien le poids de la clinique, il trouve des solutions, qu'elle soit celle de la fin de vie ou celle de la psychiatrie. Il apprend à faire avec et à prendre de la distance lorsque c'est le moment. Aujourd'hui, bon nombre d'institutions sont délétères pour les êtres humains, elles sont issues d'un management qui a oublié l'importance de la reconnaissance et de la valorisation. C'est aussi une des raisons qui amène les soignants, quels qu'ils soient, à continuer en soins palliatifs : c'est parce qu'il y a une vraie reconnaissance des familles et des patients. Ce sont eux qui nous permettent d'avancer.

Alors, comment faisons-nous? Nous apprenons de nos erreurs, des relations et nous acceptons de "lâcher prise"[39], formule hautement à la mode, issue de la philosophie orientale, qui consiste, selon moi, à laisser aller, à laisser s'écouler les émotions et les ressentis de telle façon à ce qu'ils ne nous envahissent pas. Nous acceptons de ne pas maîtriser et, quand il s'agit de la mort ou de l'état psychique de l'autre, il semble que ce soit indispensable. " *ben ça me comble, ça nourrit ma vie aussi de faire ce travail*. " (Babette, ligne 1639). Il nous faut garder à l'esprit la richesse de la vie même aux portes de la mort.

[39] Moyen de libération psychologique consistant à se détacher du désir de maitriser.

Synthèse

Ressources, protections et violences sont intimement liées dans l'expérience de la vie. Nous ne pouvons pas faire l'économie de cette réalité qui vient parfois nous mettre en difficulté. Cependant, nous pouvons constater que nous - les psychologues - sommes peut-être, la profession la mieux préparée à se confronter aux évènements de vie complexes. En effet, force est de constater que les soignants, les médecins ou les ambulanciers peuvent vite être débordés par les émotions de leurs patients. A ce propos, en discutant avec un vétérinaire, je me suis rendu compte qu'eux aussi étaient confrontés à ces mêmes problématiques d'accompagnement du deuil, vis-à-vis des propriétaires d'animaux domestiques, mais sans pour autant avoir jamais eu le moindre cours de psychologie humaine. Il m'expliquait que soigner un animal revenait à soigner un membre de la famille. Un membre pour lequel il devait prendre des décisions, éventuellement décider d'une euthanasie, et en conséquence accompagner les émotions à venir de "l'entourage familial". La vie, sa nature mortelle, nous a totalement échappé et met en difficulté le plus grand nombre. Cependant, c'est aussi cette nature mortelle qui donne du sens et de l'intensité. Ainsi, lorsqu'il nous est arrivé d'organiser un mariage "in extremis" dans l'unité de soins palliatifs, cela représentait un évènement de vie absolu et il apportait à chacun un peu de cette essence de vie. Il permettait aussi de protéger ceux qui restaient. Un peu comme un cadeau pour continuer à vivre !

3.4. Limites de la recherche

Nous avons tenté de faire une analyse la plus honnête possible, mais il est temps de réfléchir à toutes les limites de cette recherche. Tout d'abord, comme toute recherche, elle doit s'arrêter dans le temps et dans l'espace. Je mesure que c'est une limite importante de mon travail à deux points de vue.

La première limite est en rapport avec l'évolution dans le temps de mes narrateurs. En effet, la rencontre s'est faite à un moment M qui correspond à la réalité de cet instant. Ce moment M est aussi en lien avec ma propre réalité et ma propre évolution dans le processus de recherche et de

réflexion, ce qui me semble avoir une influence sur l'orientation des entretiens clinique-dialogique. Si Babette, Alexandre ont d'ores et déjà arrêté les soins palliatifs et sont passés à d'autres projets de vie, Armelle et Sophie sont encore en activité dans le milieu des soins palliatifs et il serait fort intéressant de les retrouver, aujourd'hui, dans leur processus de formation et d'évolution professionnelle. Continuent-elles par conviction ? Par besoin financier ? Trouvent-elles encore des ressources ? Se sont-elles détachées de la lourdeur pour ne garder que les ressources et donc se pourrait-il qu'elles continuent cette pratique pendant toute leur carrière professionnelle ? Autant de questions qui continueraient à nous éclairer dans notre réflexion. De plus, cette question du temps entre aussi en jeu par rapport aux questionnaires que nous avions fait passer auprès des psychologues exerçant en soins palliatifs. Alors, nous trouvions une durée de vie des psychologues en poste de 6 ans et quelques qui correspondait à la représentation véhiculée dans les unités de soins palliatifs. Aujourd'hui, si nous relancions un grand questionnaire, est-ce que cette fameuse "durée de vie" n'aurait pas augmenté d'autant d'années ? Il nous faudrait, par conséquent, continuer à questionner les ressources mises en jeu pour continuer à travailler aussi longtemps sans épuisement. En effet, si Babette et Alexandre (Alexandre au bout de 14 ans de pratique dans les services de la douleur et des soins palliatifs) ont arrêté et que, pour eux, la question ne se pose plus. Sophie et Armelle nous affirmaient envisager une fin à la pratique palliative… Qu'en est-il ? Est-ce que cette perspective est remise en cause ? Et par quoi ? Armelle, par exemple, n'arrivait pas à ouvrir d'autres horizons professionnels car elle avait un CV trop orienté.

Cette question du temps est, donc, une limite importante à notre travail.

La deuxième limite majeure concerne l'espace. En effet, il était plus facile de rencontrer des personnes qui se trouvent dans une certaine proximité géographique, ce qui provoque un biais. Deux des personnes rencontrées sont issues d'universités semblables et avaient noté les mêmes lacunes dans la formation. Lorsque j'ai abordé cette question avec Alexandre, qui est de surcroît professeur, il n'avait pas du tout le même regard sur la formation universitaire. Il considérait qu'il y avait un vrai enseignement de la démarche clinique, alors que Sophie et Armelle ressentaient un certain manque d'ouverture qui leur aurait permis d'être mieux préparées… De ce fait, il aurait été très intéressant de rencontrer plus de psychologues, issus de davantage d'universités. Personnellement, issue de l'Ecole des Psychologues Praticiens, je n'avais pas ressenti cette

difficulté, mais je me souviens que le directeur s'autorisait à reconnaître que toutes les années de direction et d'enseignement n'avaient pas été bonnes au sein de l'école et que cela pouvait être dépendant des enseignants en poste… Donc, si nous avions multiplié les entretiens et les universités, nous aurions peut-être pu voir se dessiner des réalités auxquelles nous n'avons pas eu accès au cours de notre recherche. Cependant, comme je l'avais annoncé dans la présentation de mes narrateurs, j'ai aussi volontairement choisi de travailler sur un nombre restreint d'entretiens afin de ne pas me disperser. Nous sommes, donc, dans une démarche de clinique dialogique et qualitative qui ne nous permet pas d'avoir un aperçu à long terme et sur la distance dans notre cas. Elle est une tentative de trouver des questions, avant même d'envisager leurs réponses, permettant de cerner les enjeux intenses auxquels sont confrontés les psychologues en soins palliatifs. Questionnements qui, par extension, pourraient d'ailleurs concerner tous les intervenants dans ce milieu très particulier.

Une limite plus intime revient peut-être pour mes narrateurs qui m'auront confiée une partie de leur histoire que j'aurais tenté de retranscrire au plus juste entre ces lignes, mais peut-être qu'ils percevront une interprétation ou une écriture qui dénaturerait leur ressenti, un peu comme les documents romancés de Marie de Hennezel et Elise Gagnet auxquels je m'étais moi-même confrontés. Cependant, j'espère avoir réussi à rester au plus proche de leurs dires.

Synthèse pour aller plus loin

Ces limites, quoique éventuellement problématiques par rapport à la portée scientifique de notre travail, n'enlèvent cependant, pas une réalité importante : la fonction formatrice et réflexive du travail de thèse et du travail de recherche en Sciences de l'Education. Cette fonction se retrouve à deux niveaux car, par le biais des entretiens clinique-dialogique, ce sont deux personnes, le narrateur et le narrataire qui accèdent à de nouvelles connaissances et de nouvelles réflexions. Les limites de temps et d'espace n'ont pas de prise sur cet aspect formateur princeps.

Ainsi, même si les narrateurs qui ont accepté de participer aux entretiens n'ont pas envisagé cette réalité réflexive qui va permettre un apprentissage, il apparaît pour plusieurs d'entre eux que cette

espace de co-construction va leur permettre d'élaborer de nouvelles représentations autour de leurs expériences respectives.

Par exemple, Sophie semble presque étonnée d'avoir pu parler autant et découvrir que ces questions pouvaient faire partie de son propre questionnement mais qu'il restait à un niveau non formulé qui émergeait enfin, les savoirs insus, selon Lani-Bayle. "*C'est surtout moi qui ai parlé, mais c'était intéressant d'avoir tes questions… C'était déjà plus ou moins posé mais c'est important de le remettre en lumière. Oui, la question des limites, je me la pose de temps en temps, quand notamment j'avais vu une collègue arrêter son activité et cela fait écho à: est-ce que moi, j'en suis là ou pas… Et finalement…*" (Sophie, ligne 1018).

De son côté Babette évoque l'intérêt de remettre de l'ordre dans son expérience, elle n'en avait jamais reparlé "*Ce qui a été difficile, c'est de ne pas pouvoir vraiment faire le tri. D'ailleurs, c'est utile, aujourd'hui, de le faire. Parce que je ne suis jamais vraiment revenue sur ce qui avait causé ça. …(long silence) Je ne sais pas …* " (Babette, ligne 1382). Cela lui permet de remettre les émotions et la compréhension de l'évènement *burn-out* dans son contexte et d'en identifier les tenants et aboutissants. Cela l'autorise aussi à prendre une certaine distance par rapport à son vécu de l'institution maltraitante.

Formation de soi

Armelle est la plus loquace concernant l'intérêt de ces entretiens. Ils lui permettent de mettre en mot différents aspects de son vécu et de tisser le passé, le présent et le futur. " *C'était bien… je parle beaucoup, je suis bavarde. Non, c'est intéressant, parce que cela permet de se poser des questions, pourquoi on est là, qu'est-ce qu'on fait là? Parce qu'on est pris par cette routine d'activité. De se poser, de réfléchir à notre parcours, en tout cas à mon début de parcours de vie professionnelle, de questionner, de faire du lien avec des choses qui sont profondes pour moi, qui sont intimes. C'était pas désagréable…*" (Armelle 2014, ligne 2140).

Elle en tire même peut-être des nouvelles perceptions." *Emilie : Il est possible que je te re-sollicite pour un nouvel entretien parce que j'aimerai bien revenir te voir après ta grossesse. Armelle : oui, on verra. Ça influence beaucoup... et c'est vrai qu'en échangeant avec toi... C'est vrai que j'avais oublié ma démarche d'avoir accepté mon poste en pédiatrie, qu'il était lié à mon histoire*

personnelle. Donc, c'est vrai que cela peut modifier... On verra ça…" (Armelle 2014, ligne 2140). Peut-être que son enthousiasme à venir à ma rencontre est liée au fait de sa jeune pratique et que mes questionnements lui permettent une mise en perspective ressourçante. " *On apprend tous les jours, on apprend tous les jours... A voir. Ce serait intéressant d'en reparler dans quelques années. Et puis je pense que cela va bouger, c'est sûr que cela va bouger. Je ne me sens pas assise dans ma pratique. C'est vrai que je suis en pleine éclosion…*" (Armelle 2014, ligne 2160).

De même en 2015, alors que nous avons déjà eu ce premier entretien et que dans une certaine mesure je viens poser le même type de question, Armelle en tire à nouveau un intérêt, on perçoit une mise en route qui semble lui convenir… "*En tout cas, tes questions … cela me fait réfléchir sur ma posture de « qu'est-ce que je fais là, pourquoi je suis là, comment je suis là ? »… Ouais… Avoir ce regard sur notre profession dans un contexte particulier… Cette clinique de l'extrême, du bout du bout…* " (Armelle 2015, ligne 2647).

Si les narrateurs sont presque surpris de ces savoirs qui émergent par la clinique-dialogique, il est évident que pour le narrataire, c'est à dire moi, c'était un effet recherché. En effet, celui procède de deux niveaux, celui qui va permettre la confrontation de son ressenti à celui de l'autre et faire progresser sa propre perception de la situation mais aussi celui qui consistera en la mise en mot de cette perception par le biais de l'écriture de la thèse. Cette écriture crée une dialogique supplémentaire porteuse de sens et de compréhension en su.

Un autre aspect que je n'avais pas imaginé, mais qui s'est pourtant présenté à moi spontanément, c'est l'impact de la lecture d'un tel document. En effet, pour avoir un regard extérieur à mon travail, j'ai demandé à une connaissance n'étant pas du tout dans le milieu et ne sachant pas ou peu à propos de mon écrit, de le relire afin qu'elle m'en fasse une critique. Par delà des remarques concernant les coquilles et la forme, elle a questionné la réalité de fond : s'interroger par rapport à ses propres représentations de la mort et ce que cela faisait émerger chez elle. Elle exprime, ainsi, l'émergence de connaissances nouvelles et de ressentis qui ont pu affleurer à sa conscience. C'est un beau cadeau réflexif qu'elle m'a livré !

Du questionnement de soi par la lecture

Conclusion : Dernier soupir

"Peut-être qu'il y a d'autres connaissances à acquérir,
d'autres interrogations à poser aujourd'hui,
en partant, non de ce que d'autres ont su,
mais de ce qu'ils ont ignoré."
S. Moscovici

Nous voici au terme de notre travail, c'est à la fois une fin et déjà un commencement… Un peu comme le dernier soupir. Il ferme un livre, celui de la vie terrestre. Mais il ouvre aussi sur un autre monde à explorer. A moins que ce ne soit le néant ? Je préfère, personnellement, imaginer qu'il y a d'autres choses à découvrir. Un peu comme cette recherche : elle est venue poser de nombreuses questions : le temps, la durée, la vie, la mort, l'accompagnement, l'empathie et la formation… Elle est venue nous apporter quelques réponses qui nous obligent à nous interroger plus loin encore.

L'origine de cette recherche a pris son essence dans un parcours de vie que j'ai choisi de vous retracer, dans un entre-deux à proximité de la mort. De fait, cette recherche se trouve à un croisement entre mon histoire de vie et mon parcours formatif qui se sont souvent entremêlés, bien plus régulièrement que je ne le pensais. Avoir pris le temps d'écrire cette histoire permet de créer un "*tissage aux motifs en co-construction*" (C. Gallé, thèse, p 394). Ainsi, notre recherche s'inscrit en nous à de multiples niveaux qui viennent édifier une réflexion qui s'est exercée au cours de cette formation tout au long de la vie. Nous expérimentons, ici, la notion d'anthropo-formation, qui met en avant la participation du sujet à sa propre observation de l'interaction entre lui-même et son objet. Pour approfondir plus encore cette notion, nous pouvons dire que *«...le processus actif vécu est producteur de sens pour l'alternant si un dialogue entre les discontinuités des activités organise une continuité formative (autoformation) par la rencontre des autres (hétéro formation) et des choses (éco formation). En référence à la théorie tripolaire de la formation de Gaston Pineau et du dialogisme de Francis Jacques, nous parlons d'alternance dialogique»* (Paul, 2005, p 51).

Revenons à la question de départ qui était la suivante : combien de temps un psychologue peut-il exercer dans un service d'accompagnement à la mort sans être mis en difficulté ? Cette question

était la première à émerger, nous n'y aurons évidemment pas de réponse. Parmi nos narrateurs, nous avons deux profils, ceux qui sont restés et ceux qui sont partis… Ceux qui restent, mais qui imaginent d'autres pratiques. Il n'y a pas de durée de vie limite pour travailler en soins palliatifs, cependant, il convient que chacun puisse s'interroger sur son énergie et sa dynamique afin que travailler en soins palliatifs reste toujours une ressource et non un poids émotionnel.

Alexandre ne se sentait pas en difficulté dans sa pratique palliative. Avec son équipe, ils avaient mis en place une dynamique qui permettait à chacun d'être bien dans sa clinique (que tout le monde tourne sur les situations lourdes, une dynamique d'équipe positive et soutenante). Pourtant il a quitté les soins palliatifs, ne se retrouvant ni dans l'évolution de la culture palliative, ni dans celle de l'institution. Il semblerait que la proximité de la mort et des émotions n'ait pas eu d'influence. De son côté, Babette avait trouvé des ressources pour faire face à la mort de l'adulte, mais n'avait pas les clés pour faire face à la mort des enfants. Elle le savait pour elle-même… Elle n'aurait jamais accepté un poste si on lui avait dit qu'elle interviendrait en pédiatrie. C'est une pratique dans laquelle elle ne pouvait trouver de solutions pour dépasser les émotions. Sophie, pour sa part, utilise l'alternance de lieux et de pratique pour continuer à travailler dans des services en lien avec la fin de vie mais elle garde, cependant, une distance protectrice dans sa pratique, elle rencontre assez peu de familles et de patients. Enfin, Armelle a réussi à affronter les situations extrêmes en utilisant sa capacité d'apprentissage et en créant des espaces ressources, soit du côté du professionnel avec les collègues et la supervision, soit à un niveau personnel en prenant du temps pour soi. " *Aujourd'hui, je ne sais si c'est un poste que j'aurais accepté si j'avais déjà été maman. Aujourd'hui, je m'y épanouis et j'y resterai parce que j'ai une dynamique de travail avec mes collègues. On monte des formations, il y a tout ce travail d'acculturation en soins palliatifs qui me passionne énormément. Donc je m'épanouis dans ce que je fais, j'en suis convaincue. Mais aujourd'hui, je ne suis pas sûre que j'aurais accepté un poste comme celui-là si j'avais été maman. Aujourd'hui, j'y suis, j'y reste*..." (Armelle, 2015, ligne 2470).

Nous voyons donc qu'il est fort complexe de trouver un terrain commun qui permettrait d'évaluer quelle est la durée « idéale » d'une pratique aux portes de la mort. Peut-être que cette réalité doit émerger à partir du réflexif de chacun mais il semble indispensable que cette place soit questionnée

régulièrement afin de ne pas s'enfoncer dans une pratique qui deviendrait délétère pour soi et pour les autres par voie de conséquence.

Si nous nous attachons à répondre à la question du pourquoi exercer en soins palliatifs ? Qu'est-ce qui a amené à cette pratique ? C'est une réalité toute autre que celle que j'avais inscrite dans mon propre vécu et que mon expérience des soins palliatifs avait véhiculée. En effet, nous avons constaté que les psychologues que nous avons rencontrés, témoignaient d'une vraie difficulté à trouver du travail (difficultés identifiées au niveau national par un ou deux rapports). Ainsi, ils n'ont pas vraiment choisi d'être là où ils sont. Mais nous savons, cependant, que ce non-choix reste malgré tout un choix car il représente une orientation de recherche de poste ou de réseautage. Et puis, comme l'énonce Alexandre, si vraiment il n'avait pas voulu faire de soins palliatifs, il aurait pu dire non. Donc, mes 4 narrateurs, même s'ils estiment avoir été "porté par le vent" dans ces postes auprès de la personne en fin de vie, il apparait clair qu'ils ont choisi certains alizés par rapport à d'autres. Gaston Pineau évoque cet aspect de la vie : "*la vie n'est pas une histoire, c'est à dire un ensemble ordonné, sensé. C'est un mélange de hasard et de nécessité dont la narration ne peut être qu'une reconstruction subjective et arbitraire sans aucune objectivité*." (Pineau, Le Grand, 2013, p. 73). Les narrateurs ont pris le temps de ré-écrire leur parcours de formation et professionnel afin de créer un fil conducteur dans lequel on peut trouver un sens a posteriori. Cependant, c'est une vraie réalité de terrain sur laquelle les étudiants et les jeunes diplômés devraient être accompagnés afin de leur faciliter l'insertion dans le marché du travail.

De plus, si nous reprenons notre hypothèse générale qui était que la clinique de la fin de vie est une clinique éprouvante, que celle-ci nécessiterait des ressources encore à découvrir et une capacité à s'interroger sur son expérience de vie afin d'en tirer un savoir expérientiel réflexif pour assumer d'accompagner au plus près (et sans en être trop affecté) la personne qui va mourir, nous constatons que nos quatre narrateurs ont trouvé chacun des solutions et ressources spécifiques pour "survivre" dans cette pratique.

Ainsi, cette recherche permet de donner du sens à une orientation de vie, elle explique et fait émerger le processus formatif de l'expérience. Ce n'est, cependant, que par sa mise en mots et sa relecture que nous pouvons en faire émerger une substance. Pour soi-même, au minimum, et pour l'autre, dans la mesure où elle vient questionner un processus de formation plus universel. Ce

processus pose évidemment la question de la formation tout au long de la vie et la façon dont on permet au sujet de s'emparer de son histoire pour la transformer en savoirs mais, aussi, il pose la question de la formation plus académique, celle de l'école et de l'université.

Nous avons vu, tout au long de notre travail, la nécessité de s'attarder sur ces questions. La formation des psychologues peut être interrogée. Même si elle se trouve être différente dans chaque université, il est possible que nous trouvions un dénominateur commun qu'il faut prendre en compte. En effet, si la théorie est la part la plus importante de cette formation, elle permet rarement d'appréhender l'ampleur et la profondeur du travail auquel le psychologue va être confronté, ainsi que sa diversité. De plus, même si le travail personnel (au sens thérapeutique, le travail sur soi) est fortement recommandé, il ne peut être imposé. C'est pourquoi travailler avec un parcours de formation pourrait être une porte d'entrée en soi-même, quelle que soit la pratique dans laquelle le psychologue intervient. Ainsi, cette réflexion tournée vers soi initie un travail personnel formatif et novateur. Cela nous permet de repenser le sens de notre parcours et de créer un espace de formation supplémentaire qui va bien au delà de la question de la psychothérapie, qui n'est bien sûr pas notre propos dans ces lignes. Conscientiser, faire des liens avec sa propre histoire de vie permet au sujet d'accéder à une nouvelle conscience de lui-même et aussi d'intérioriser ses connaissances et ses compétences. Cet aspect-là est présent depuis des siècles et est mis en mots, entre autres, par Jean-Pierre Boutinet qui rappelle que Socrate ou Confucius "*ont déjà voulu se situer au cœur de cette préoccupation de transformation de la personne vers une plus grande autonomie en partant d'une réflexion sur son potentiel d'expériences.*" (Boutinet, 1995; 2006, p. 83).

Relire son histoire, c'est aussi avoir accès à son éprouvé, à ce qui nous permet d'être en résonance avec nous-même, mais aussi de pouvoir être au clair avec les émotions associées. Il est intéressant de prendre conscience de ce savoir car il est la base du travail du psychologue. Identifier, au delà du caractère inné, notre capacité empathique, pouvoir la mettre en mots et l'approfondir semble une voie de formation tout à fait innovante. En effet, tout au long de mon parcours universitaire professionnel, “LE" rêve a été pour moi un moteur de recherche et de formation. Il me permet encore de donner du sens à ce travail de recherche. Si, pour moi, interroger cet espace intime a été source de formation, nous pouvons imaginer que questionner chacun sur ses expériences personnelles peut permettre l’accès à du sens ; même si celui-ci n'est pas donné pour toujours, il

nous donne une orientation rassurante sans pour autant être figée. "*Il ne suffit plus, en effet, que chaque individu accumule au début de sa vie un stock de connaissances, où il pourrait ensuite puiser indéfiniment. Il faut surtout qu'il soit en mesure de saisir et d'exploiter d'un bout à l'autre de son existence toutes les occasions de mettre à jour, d'approfondir et d'enrichir cette connaissance première, et de s'adapter à un monde changeant.*" (Carré, 2005, p. 103).

Il est important d'interroger la formation des psychologues dans les apports théoriques que l'on peut donner aux étudiants. Il convient, aussi, de se questionner sur les orientations choisies qui leur permettront d'entrer rapidement dans une pratique suffisamment «confortable». «*J'aimerais beaucoup faire l'institut d'hypnose et de thérapie brève, aussi. Parce que je trouve que c'est une formation qui correspond bien à la pratique que l'on peut avoir et surtout dans le milieu hospitalier, où c'est de la clinique du court terme. »* (Armelle, 2015, ligne 2541). Cette clinique du court terme nécessite, en effet, une approche spécifique et novatrice.

De plus, au delà de la question du psychologue, la question des soins palliatifs et de la mort vient complexifier cet apprentissage. En effet, la proximité avec une expérience inconnue nous oblige à puiser des ressources et des connaissances dans des situations de vie qui sont similaires mais toujours différentes. Elle nous oblige à inventer, au fur et à mesure des rencontres, une compétence relationnelle. L'intensité de ces relations vient marquer profondément tous ceux qui y sont confrontés et ils ne peuvent sortir indemnes de telles rencontres. Car, lorsque l'on voit la mort de l'autre, c'est aussi notre propre mort que l'on regarde. Lorsque l'on voit le chagrin de l'autre, c'est aussi notre propre chagrin que l'on observe. Et il est parfois difficile de s'en distancier. Babette en a fait l'expérience en l'intériorisant si profondément dans son corps qu'elle a cru en mourir. Il est possible que nous ayons accès à cette théorie "des neurones miroirs" développée par Pierre Bustany, neurophysiologiste (Bustany, 2015) qui a travaillé dans l'équipe de Boris Cyrulnik sur la résilience après traumatisme. Cette théorie a très vite été intégrée dans le milieu de soins palliatifs, car elle parlait aussi de notre capacité à faire face à la douleur de l'autre : lorsque le malade a mal, mes neurones s'activent en miroir de cette douleur. Non que je la ressente, mais elle prend forme dans mon esprit. Parfois, en tant que psychologue, on peut ressentir des émotions si intenses qu'elles nous prennent au visage et à la gorge. Qu'en faire ? Ce que j'en ai appris réside dans l'importance de les reformuler, car c'est une façon de les contenir : pouvoir dire à l'autre que son vécu est tellement

chargé émotionnellement qu'il nous touche en profondeur permet une mise à distance salvatrice. Du point de vue des émotions, j'ai toujours eu le sentiment que le psychologue intervenant en soins palliatifs devenait le garant du maintien de l'ordre émotionnel ! En effet, j'ai vu des services entiers s'effondrer avec le patient et sa famille et, pour autant, il était impossible au psychologue de laisser céder la dernière digue émotionnelle protectrice, celle qu'il incarne. Lorsque les soignants s'effondrent, lorsque les médecins se laissent aller, lorsque les familles et les patients pleurent, le psychologue - celui qui connait les émotions - doit pouvoir continuer à naviguer sur ces flots émotionnels aussi violents qu'un ouragan ou un tsunami. Il est le seul à garder la tête hors de l'eau, malgré la vague submersive. C'est aussi celui qui, par son assise, remonte tout le monde à la surface. Non en faisant disparaitre la souffrance, mais en la reconnaissant comme existante, malgré son caractère impensable au préalable.

Ainsi, les soins palliatifs sont un sujet vaste qui englobe des réalités aussi éloignées et aussi proches que la vie et la mort. Cela vient mettre en tension intensité et lourdeur, l'une venant de la vie, l'autre de la mort… C'est une dialogique absolue dans laquelle ce travail de recherche nous a mené.

G. Pineau évoque la «révolution copernicienne» d'E. Morin dans son introduction au livre *Histoires de mort au cours de la vie*. Il explique qu'il faut d'abord être en contact avec l'humanité et peut-être même sa propre subjectivité pour pouvoir sortir de nos grands modèles intellectuels de la mort. Il reprend cette citation d'E. Morin qui consiste à «*frapper aux portes de l'homme avant de frapper aux portes de la mort* ». (Pineau, 2011, p.24).

Comment utiliser cette source infinie de connaissance qu'est notre seule expérience d'humanité?

Veillez à égayer la pensée de la mort
par l'accueil de la naissance
et une salutation adressée à tout ce qui grandit
et croît autour de nous.
Ricoeur

Index des Figures et des Tableaux

Figure n° 1 : Année d'obtention du diplôme 67
Figure n° 2 : Lieux d'intervention des psychologues 69
Figure n° 3 : Orientation des pratiques de psychologues en soins palliatifs 71
Figure n°4 : Formations suivies 74
Figure n°5 : Tableaux de présentations des narrateurs 105
Figure n°6 : Chemin de vie d'Alexandre 117
Figure n°7 : Univers de référence vie pour Alexandre 120
Figure n°8 : Univers de référence Mort d'Alexandre 122
Figure n°9 : Univers de référence Soins palliatifs d'AlexandrE 123
Figure n°10 : Tableau récapitulatif Alexandre 127
Figure n°11 : Chemin de vie de Sophie 129
Figure n°12: Univers de référence Vie de Sophie 132
Figure n°13 : Univers de référence Mort/Peur pour Sophie 133
Figure n°14 : Univers de référence Soins palliatifs pour Sophie 134
Figure n°15 : Univers de référence Chose pour Sophie 136
Tableau n°16 : Tableau récapitulatif de Sophie 140
Figure n°17 : Chemin de vie de Babette 141
Figure n°18 : Univers de référence vie pour Babette 143
Figure n°19 : Univers de référence mort pour Babette 144
Figure n°20 : Univers de référence soins palliatifs pour Babette 146
Figure n°21 : Univers de référence violence pour Babette 148
Figure n°22 univers de référence Protection pour Babette 149
Tableau n°23 : Tableau récapitulatif pour Babette 153
Figure n°24 : Chemin de vie pour Armelle 154
Figure n°25 : Univers de référence vie pour Armelle 2014 158
Figure n°26 : Univers de référence vie pour Armelle 2015 160
Figure n°27 : Univers de référence Mort pour Armelle 2014 163
Figure n°28 : Univers de référence Mort pour Armelle 2015 166
Figure n°29 : Univers de référence Chose pour Armelle 2014 167
Figure n°30 : Univers de référence Chose pour Armelle 2015 168
Figure n°31 : Univers de référence soins palliatifs pour Armelle 2014 169
Figure n°32 : Univers de référence soins palliatifs pour Armelle 2015 170
Tableau n°33 : Tableau récapitulatif pour Armelle 177
Figure n°34 : Univers de référence Mort pour Emilie 178
Figure n°35 : Univers de référence Vie pour Emilie 181
Figure n°36 : Univers de référence Soins palliatifs pour Emilie 182
Tableau n°37 : Tableau récapitulatif pour Emilie 184
Tableau n°38 : Tableau de synthèse analyse des entretiens 189

Bibliographie

- Alter, N. (2015). *L'innovation ordinaire*. Presses Universitaires de France.
- Ariès, P. (2014). L'Homme devant la mort. Le Seuil.
- Barbier, R. (1996). *La recherche action*. Anthropos.
- Boujut, M. B.-S. et É. (2014). *Psychologie de la santé*. Dunod. Retrieved from https://www.cairn.info/psychologie-de-la-sante--9782100557103.htm
- Boulay, S. D., & Rankin, M. (2007). Cicely Saunders: The Founder of the Modern Hospice Movement. SPCK.
- Bustany, P., Laurent, M., Cyrulnik, B., & Tychey, C. de. (2015). Les déterminants neurobiologiques de la résilience. In *Violence subie et résilience* (pp. 17–47). ERES. Retrieved from https://www.cairn.info/violence-subie-et-resilience--9782749247861-p-17.htm
- Breton, H. (2017). Interroger les savoirs expérientiels *via* la recherche biographique. *Le sujet dans la cité*, actuels 6,(1), 23-39. https://www.cairn.info/revue-le-sujet-dans-la-cite-2017-1-page-23.htm.
- Bruchon-Schweitzer, M. & Siksou, M. (2008). La psychologie de la santé. *Le Journal des psychologues*, 260,(7), 28-32. doi:10.3917/jdp.260.0028.
- Bruera, E. & Castro, M. (2003). Une nouvelle définition des soins palliatifs. *InfoKara*, vol. 18,(1), 1-4. doi:10.3917/inka.031.0001.
- Castra, M. (2010). L'émergence d'une nouvelle conception du « bien mourir ». *Revue internationale de soins palliatifs*, *25*(1), 14–17. https://doi.org/10.3917/inka.101.0014
- Castra, M., & Schepens, F. (2015). Devenir professionnel en soins palliatifs . *Travail et emploi*, (141), 53–69.
- Chapelle, G. (2000). Unité de la psychologie : un rêve impossible. *Sciences humaines*, *N°111*(12), 31–31.

- Cifali, M., & André, A. (2015). Écrire l'expérience: Vers la reconnaissance des pratiques professionnelles. Presses Universitaires de France.
- Cifali, M. (2001). Clinique et écriture : une influence de la psychanalyse dans les sciences de l'éducation. Dans *Le pari des sciences de l'éducation* (pp. 293-313). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. doi:10.3917/dbu.hofst.2001.01.0293
- Crozon-Navelet, C., Brigitte, G.-C., & Odile, B. (1997). Psychologues au risque des institutions les enjeux d'un métier. Paris: Ed. Frison-Roche.
- Cyrulnik, B. (1993). Les Nourritures affectives. Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (1999). Un merveilleux malheur. Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2018). *Sous le signe du lien*. Fayard/Pluriel.
- Decamps, G. & Apostolidis, T. (2017). Les formations universitaires françaises en psychologie de la santé : état des lieux et bilan prospectif. *Le Journal des psychologues*, 351,(9), 14-18. doi: 10.3917/jdp.351.0014.
- Denoyel N., « L'alternance structurée comme un dialogue, Pour une alternance dialogique », E*ducation Permanente, n° 163/2005-2* (p 81 à 88).
- Descartes, R., & Renault, L. (2000). *Discours de la méthode*. Paris: Flammarion.
- Eersel, P. V. (2014). *La source noire*. Grasset.
- Eneau, J. (2005a). La part d'autrui dans la formation de soi autonomie, autoformation et réciprocité en contexte organisationnel. Paris: L' Harmattan.
- Eneau, J. (2005b). La part d'autrui dans la formation de soi - Autonomie, autoformation et réciprocité en contexte organisationnel. L'Harmattan. Retrieved from https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00855387
- Eyrolles, C. (2011). Mention Psychologie: Commencez avec les meilleurs professeurs. Editions Eyrolles.
- Foucault, M. (1994). *Naissance de la clinique*. Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (2017). Propos d'actualité sur la guerre et sur la mort. Flammarion.

- Filloux, J. (2003). Psychanalyse et éducation : nouveaux repères ?. *Imaginaire & Inconscient*, nº 9,(1), 15-26. doi:10.3917/imin.009.0015.
- Gagnet, E. (n.d.). La Mort apaisée : Chroniques d'une infirmière en soins palliatifs. Retrieved May 24, 2018, from https://www.babelio.com/livres/Gagnet-La-Mort-apaisee--Chroniques-dune-infirmiere-en-s/64623
- Gallé-Gaudin C., (2017). Penser la formation aux soins palliatifs. Paris, L'Harmattan
- Galvani, P. (1997). Quête de sens et formation anthropologie du blason et de l'autoformation. Paris Montréal (Québec): L'Harmattan.
- Galvani, P. (2010). Chapitre 6. L'exploration réflexive et dialogique de l'autoformation existentielle. In *L'autoformation* (pp. 269–313). Presses Universitaires de France. Retrieved from https://www.cairn.info/l-autoformation--9782130586906-p-269.htm
- Guay, D. L. (2008). Représentation actuelle de la mort dans nos sociétés: les différents moyens de l'occulter. *Études sur la mort*, (134), 115–123. https://doi.org/10.3917/eslm.134.0115
- Hennezel, M. de, & François, M. (1996). La mort intime ceux qui vont mourir nous apprennent à vivre. Paris: Pocket.
- Hochmann, J. (2012). Une histoire de l'empathie. Odile Jacob.
- Huber, W. (1987). La psychologie clinique aujourd'hui. Editions Mardaga.
- Jacquemin D., de Broucker D. (1995), Manuel de soins palliatifs, Paris, Dunot. 3ème édition (2009)
- Jalley, É. (2010). État des lieux de la psychologie et de la psychanalyse à l'université. *Le Journal des psychologues*, (280), 37–41. https://doi.org/10.3917/jdp.280.0037
- Jankélévitch, V. (1966). *La mort*. Paris: Flammarion, éditeur.
- Jean-Pierre, M., & Alain, S. (2007). La formation professionnelle et les fonctions des psychologues cliniciens. Paris: L'Harmattan.

- Kubler, R., & Kübler-Ross, E. (1999). *Vivre avec la mort et les mourants*. Librairie générale française.
- Kübler-Ross, E. (1999). Mémoires de vie, mémoires d'éternité. Pocket.
- Kübler-Ross, E. (2002). La mort, dernière étape de la croissance. Éditions du Rocher.
- Lafontaine, C. (2008). La Société Postmortelle: La Mort, L'individu et le Lien Social à L'ère des Technosciences. Éditions du Seuil.
- Lander, A. V. (2017). Apports de la psychologie clinique aux soins palliatifs. Eres.
- Lani-Bayle, M. (2002). *Écrire une recherche mémoire ou thèse* (2e édition). Lyon: Chronique sociale.
- Lani-Bayle, M. (2006). Taire et transmettre: les histoires de vie au risque de l'impensable. Chronique sociale.
- Lani-Bayle, M. (2011). André de Peretti: Pédagogue d'exception. Editions L'Harmattan.
- Lani-Bayle, M., Éric, M., Boris, C., & Gaston, P. (2012). Traces de vie de l'autre côté du récit et de la résilience... Lyon: Chronique sociale.
- Laufer, L. (2006). La « belle mort » ou la mort du corps mort. *Figures de la psychanalyse*, *no 13*(1), 143–156. https://doi.org/10.3917/fp.013.0143
- Laurent, M., Tychey, C. de, Lighezzolo-Alnot, J., Bustany, P., Paysant, J., & Krier, M. (2015). Approche comparée de la résilience psychologique chez l'adulte après confrontation à un risque de mort. In *Violence subie et résilience* (pp. 111–135). ERES. Retrieved from https://www.cairn.info/violence-subie-et-resilience--9782749247861-p-111.htm
- Lavan, J. (2006). Séminaire Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse: Les fondements de la psychanalyse. *Essaim*, nº 17,(2), 65-82. doi:10.3917/ess.017.0065. séminaire du mercredi 17 juin 1964.
- Lesourd, F. (2009). L' homme en transition éducation et tournants de vie. Paris: Economica.

- Maléfan, P. L. (2004). Pourquoi les psychologues ? *Connexions*, *no81*(1), 123–137. https://doi.org/10.3917/cnx.081.0123
- Mallet, D. (2007). La médecine entre science et existence. Paris: Vuibert.
- Marmion, J.-F. (2016). Psychologie : état des lieux. *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, *N° 42*(3), 2–2.
- Martineaud, J.-P. (2007). La formation professionnelle et les fonctions des psychologues cliniciens. Editions L'Harmattan.
- Martin-Mattera, P., & Collectif. (2012). Devenir psychologue: Guide pour les études et la profession. Desclée De Brouwer.
- Mezirow, J., Guy, B., & Daniel, B. (2001). Penser son expérience une voie vers l'autoformation. Lyon: Chronique sociale.
- Molinier, P. (2009). Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care : perméabilité ou clivage ? . Les aléas de la « bonne distance ». *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, (9). https://doi.org/10.4000/temporalites.988
- Morin, E. (2016a). L'Aventure de La Méthode. Le Seuil.
- Morin, E. (2016b). L'Homme et la Mort. Le Seuil.
- Negroni, C. (2005). La reconversion professionnelle volontaire : d'une bifurcation professionnelle à une bifurcation biographique, SUMMARY. *Cahiers internationaux de sociologie*, (119), 311–331. https://doi.org/10.3917/cis.119.0311
- Nicolas, S., Marchal, A., & Isel, F. (2000). La psychologie au XIXème siècle, Summary. *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, *no 2*(1), 57–103. https://doi.org/10.3917/rhsh.002.0057
- Ohayon, A. (2006). La psychologie clinique en France. Éléments d'histoire. *Connexions*, *no 85*(1), 9–24.
- Ohayon, A. (2017). Les psychothérapies au risque du social, une histoire comparée : France – États-Unis. In *La part de social en nous* (pp. 19–36). ERES.

- Ollivier, F. (2007). La « bonne mort » : une durée idéale pour la fin de vie en unité de soins palliatifs ? *Frontières*, *20*(1), 34–39. https://doi.org/10.7202/017945ar
- Patrick, C., & Delphine, G. (2008). Être psychologue I De la formation à la pratique actes du XXIe Forum professionnel des psychologues. Revigny-sur-Ornain: les Éd. du "Journal des psychologues."
- Patrick, M.-M., Houria, B., Isabelle, G., & Benoît, R. (2012). *Devenir psychologue guide pour les études et la profession*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Paul, P, 2005, transdisciplinarité et Anthropoformation : leur importance dans les recherches en *santé,* Saude e Sociedade Volume 14, Numéro 3, setembro – dezembro 2005, p 51 à 71.
- Peretti, A. de. (2009). Apprendre par les erreurs, ou le courage de l'approche rogérienne. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, (10), 29–44. https://doi.org/10.3917/acp.010.0029
- Peretti, A. de. (2011). L'actualité de l'Approche centrée sur la personne face à la crise actuelle. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, (13), 56–64. https://doi.org/10.3917/acp.013.0056
- Pewzner, É., & Braunstein, J.-F. (2010). Histoire de la psychologie. Armand Colin.
- Piaget, J. (2013). La représentation du monde chez l'enfant. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.piage.2013.01.
- Pineau, G. (2015). Temporalités en formation : Vers de nouveaux synchroniseurs. FeniXX.
- Pineau, G., Le Grand JL. (1993), Les histoires de vie, Paris, Presses Universitaires de France. 5éme édition 2013.
- Pineau G. (1998), Accompagnements et histoire de vie, Paris, L'harmattan
- Porée, J. (2009). Exister vivant. *Archives de Philosophie*, *Tome 72*(2), 317–336.
- Prévost, C. M. (2003a). L'archéologie de la psychologie clinique. Retrieved July 4, 2018, from https://www.cairn.info/la-psychologie-clinique--9782130533016-p-9.htm

- Prévost, C. M. (2003b). La renaissance de la psychologie clinique en France. Retrieved July 4, 2018, from https://www.cairn.info/la-psychologie-clinique--9782130533016-p-32.htm
- Prévost, C. M. (2003c). Psychologie clinique et psychanalyse. Retrieved July 4, 2018, from https://www.cairn.info/la-psychologie-clinique--9782130533016-p-66.htm
- Reuchlin, M. (2010). *Introduction* (Vol. 20 éd.). Presses Universitaires de France. Retrieved from http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=PUF_REUCH_2010_01_0005
- Rey, A. (2011). Dictionnaire Historique de la langue française. NATHAN.
- Ricœur, P. (1988). L'identité narrative. *Esprit (1940-)*, (140/141 (7/8)), 295–304.
- Ricœur, P. (1990). Approches de la personne. *Esprit (1940-)*, (160 (3/4)), 115–130.
- Ricœur, P. (2012). Accompagner la vie jusqu'à la mort. *Esprit*, *Mars/avril*(3), 316–320.
- Ricoeur, P. (2015). Soi-même comme un autre. Le Seuil.
- Robert, P. (2014). Daniel Lagache Sur la formation du psychologue clinicien (1951), in ŒUVRES II (1947-1952), PUF, 295-303. In *40 commentaires de textes en psychologie clinique* (pp. 383–388). Dunod. Retrieved from https://www.cairn.info/quarante-commentaires-de-textes-en-psychologie--9782100706648-p-383.htm
- Rodrigo, P. (2004). Une genèse de la phénoménologie du langage : de Bergson et Whitehead à Merleau-Ponty. Dans : Frédéric Worms éd., *Annales bergsoniennes II: Bergson, Deleuze, la phénoménologie* (pp. 427-439). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. doi: 10.3917/puf.barba.2004.01.0427.
- Rogers, C. R., Herbert, E. L., & Pagès, M. (2018). *Le développement de la personne*.
- Schauder, S. (2014). Les articles de loi et la construction identitaire du psychologue. In *40 commentaires de textes en psychologie clinique* (pp. 389–398). Dunod. Retrieved from https://www.cairn.info/quarante-commentaires-de-textes-en-psychologie--9782100706648-page-389.htm
- Schmutz-Brun, C., Lani-Bayle, M., & Pineau, G. (2011). *Histoires de morts au cours de la vie*. Editions L'Harmattan.

- Schön, D. A. (1994). Le praticien réflexif: à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Les éditions logiques.
- Semprún, J. (1996). *L'écriture ou la vie*. [Paris]: Gallimard.
- Souffron, V., & Edgar, M. (2013). Edgar Morin L'homme et la mort pour une anthropologie de la mort suivi d'un entretien avec Edgar Morin. Paris: Ellipses.
- Valérie, H. (2006). Les savoirs du quotidien transmissions, appropriations, représentations. Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- Verspieren, P. (1999). Face à celui qui meurt: euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement. Desclée de Brouwer.
- Worms, F. (2006). « Vivant jusqu'à la mort... et non pas pour la mort ». *Esprit*, *Mars/avril*(3), 304–315. https://doi.org/10.3917/espri.0603.0304
- Yelnik, C. (2005). L'entretien clinique de recherche en sciences de l'éducation. *Recherche & formation*, *50*(1), 133–146. https://doi.org/10.3406/refor.2005.2107

Index des sigles

CETD : Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CHR : Centre Hospitalier Regional

Convention CIFRE : Convention Industrielle de Formation par la Recherche

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DIUSP : Diplôme Inter-Universitaire de Soins Palliatifs

EHPAD : Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

EMSPP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs Pédiatrique

Temps FIR : Temps Formation, Information, Recherche

LEA : Langues Etrangères Appliquées

LISP: Lit Identifié Soins Palliatifs

LMD : Licence, Master, Doctorat

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

VIH : Virus Immunodéficience Humaine

SCM : Société Civile Immobilière

USP : Unité de Soins Palliatifs

ANNEXES :

ENTRETIENS

Présentation des narrateurs

• p1 **Alexandre** : 64 min

Homme de 45 ans, Professeur d'Université.

A exercé dans un CETD et une EMSP pendant 14 ans, travaille actuellement en libérale en parallèle de son activité universitaire.

• p17 **Sophie** : 67 min

Femme de 30 ans, psychologue clinicienne.

Exerce en Réseau de soins palliatifs, service qui vient en soutien des équipes et organise des accompagnements à domicile.

• P34 **Babette** : 53 min

Femme de 45 ans, psychothérapeute.

A une activité libérale et est intervenue pendant 3 années en EMSP.

• P50 et P64 **Armelle** : 52 min (2014) et 42 min (2015)

Femme de 25 ans, psychologue clinicienne.

Exerce à plein temps en EMSP et EMSPP en 2014, à l'époque du premier entretien,

Exerce à mi-temps en EMSPP en 2015 lors du deuxième entretien.

Entretien Alexandre (durée 64 min)

- Emilie : Je vais te poser des questions autour de la formation des psychologues, mais aussi autour de ton parcours à toi car je travaille avec MLB, une psychologue qui est partie du côté des sciences de l'éducation et qui travaille beaucoup sur les récits de vie et avec le mouvement des histoires de vie.

Qu'est-ce qui t'as amené à travailler en soins palliatifs ? Car mon questionnement est autour des psychologues travaillant en soins palliatifs donc, toi, qu'est ce qui t'a amené à travailler en SP?

- Alexandre : Le fait que je fasse partie d'une structure douleur. Je pense que c'est aussi bête que cela. J'ai intégré une équipe douleur en 99, et ensuite on nous a demandé de construire un projet soins palliatifs au début des années 2000.

Il y avait deux projets sur l'hôpital, un qui séparait la structure soins palliatifs et la structure douleur et puis il y avait notre projet qui disait que nous voulions que ce soit la même équipe. De telle façon que la charge de travail puisse tourner, que les situations complexes et difficiles ne soient pas toujours pour les mêmes. C'est le projet qui a été retenu.

La volonté initiale n'était pas de bosser en soins palliatifs mais avec les patients douloureux et il se trouve que, à l'hôpital, on nous a demandé de construire ce projet « soins palliatifs ». C'est aussi bête que cela, c'est très formel. C'est vraiment très formel. Et du coup, on s'est tous tournés vers le soin palliatif à ce moment-là.

- Emilie : En général, on dit que pour les soignants - même les psys - le fait d'aller en SP, c'est une démarche volontaire. Dans ton cas, ce n'était pas recherché d'aller en SP ?

- Alexandre : Ah non… Je crois que si j'avais dit : « moi, je veux pas du tout en faire », je pense que cela aurait été entendu. Mais nous trouvions tous que la démarche était pertinente. Il y avait vraiment la volonté de ne pas scinder l'équipe douleur et soin palliatif.

Avant que de réfléchir « est-ce que je veux aller en soin palliatif ou pas ? », nous trouvions une pertinence… Nous trouvions une pertinence : pourquoi ? Et bien parce que nous avions déjà des patients palliatifs, mais nous ne les étiquetions pas comme cela : les patients cancer essentiellement.

Nous avions aussi quelques patients VIH, quand ils déclenchaient les encéphalites du fait des effets secondaires des tri-thérapies et donc ils glissaient comme çà, doucement. Mais c'est surtout des patients cancer, nous les voyions avec un étiquetage douleur et donc on nous a dit que ce sera un étiquetage soins palliatifs.

C'est, avant tout, une sorte de logique clinique qui s'imposait à nous. Cela n'entraînait pas une cassure dans la pratique de l'hôpital.

A l'époque, il y avait un service de moyen et long séjour, en gériatrie, nous y allions aussi… Donc, voilà, quand je dis qu'il y a eu l'inclusion des SP, en fait, il y en avait déjà. La porte d'entrée était la douleur, nous ne nous déplacions pas en tant qu'équipe SP. Ce qui a changé, c'est que l'on pouvait se déplacer avec l'étiquette soins palliatifs, mais en vrai, cela n'a pas changé notre clinique. Et notre clinique, nous la pensions comme une clinique de la douleur…

- Emilie : Ce qui veut dire… Personnellement, j'avais une représentation de l'équipe douleur de type : "centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD), c'est à dire prise en charge de la douleur chronique. Mais ce que tu décris, c'est plutôt une prise en charge d'équipe mobile de prise en charge de la douleur qui intervient dans les services et qui va donc intervenir sur les prises en charge douleurs cancéreuses et palliatives ?

- Alexandre : Nous faisions les deux, en fait…

- Emilie : D'accord.

- Alexandre : On était CETD, mais la volonté de l'équipe était de ne pas couper avec le terrain de l'aigu. Du coup, on avait une activité mobile à l'intérieur du CETD, alors qu'effectivement, le CEDT ne doit pas en avoir. Nous, nous nous sommes toujours battus pour en avoir.

Mais il y a aussi une réalité clinique, c'est à dire que les patients que l'on voit en aigu, parfois, se chronicisent et donc, cela nous permettait de les accompagner dans la longueur. Donc, administrativement, nous étions un CEDT, mais nous avions une équipe mobile qui est devenue le cadre de la pratique « soin palliatif ». Par contre, nous n'avons jamais eu de lit de soins palliatifs.

- Emilie : Oui, d'accord. C'est-à-dire que l'équipe mobile est rattachée au CETD, plutôt qu'à une unité de soins palliatifs ou un service de cancérologie.

- Alexandre : C'est çà…

- Emilie : Ce qui veut dire que tu as commencé les soins palliatifs par le biais de la douleur ?

- Alexandre : Oui

- Emilie : Et qu'est ce qui t'as amené à travailler dans la douleur ?

Rires du narrateur et du narrataire

- Alexandre : … La formulation est audacieuse ! Mais, là aussi, c'est affreux parce que c'est un concours de circonstances, cela ne va pas être très riche.

Comme beaucoup de psychologues, j'avais des bouts de temps un peu partout. Je suis diplômé depuis 98 et, entre 98 et 99, je partageais mon temps entre un mi-temps à l'hôpital auprès des

patients toxicomanes et des vacations : j'avais des vacations auprès du centre d'adoption, des vacations pour des groupes de parole auprès des personnes atteintes de sclérose en plaques et puis ma dernière vacation était auprès de demandeurs d'emploi dans une agence de réinsertion.

C'était 4 lieux qui étaient très espacés géographiquement. C'était d'autant plus compliqué que, pour le mi-temps à l'hôpital, le responsable d'unité m'avait demandé d'être présent tous les jours, toutes les matinées. Il ne voulait pas que je fasse deux jours et demi. Donc, je passais plus de trois heures dans les transports tous les jours.

Quand la psychologue de l'unité douleur, que je connaissais, m'a dit qu'elle laissait son mi-temps douleur. Et bien, je me suis dit : je vais prendre un plein temps sur l'hôpital. En fait, je n'ai pas du tout réfléchi à l'endroit où je mettais les pieds. Je ne savais même pas qu'il y avait une unité douleur et je ne savais même pas quelle était la pratique réelle des unités, mais c'était avant tout un souhait de regroupement géographique sur le même hôpital, parce que je n'en pouvais plus des transports.

Du coup, c'est vrai que je suis arrivé sans rien connaitre de la douleur, sans savoir où je mettais les pieds, sans avoir de formation… Mais finalement, je n'étais pas aussi dépaysé que cela, parce que d'abord, la clinique reste la clinique, c'est à dire que cela parle du patient. Mais il y avait aussi pleins de dimensions que je retrouvais et qui étaient déjà mon quotidien en toxicomanie, qui restait jusque là mon domaine d'expertise premier. C'est ce que j'avais fait le plus longtemps.

La question de la dépendance, la question des deuils successifs, la question de l'image du corps, il y a eu beaucoup de choses que j'ai retrouvé dans la clinique de la douleur et qui étaient communes avec ce que j'avais connu dans l'addiction. Le système d'aliénation de l'entourage à la pathologie du patient, effectivement, là, ce n'était pas l'objet "drogue", mais l'objet douleur, du coup, il y avait pleins de choses que je retrouvais.

La parole est globalement très fluide par contre quelques hésitations, dans la formulation de ce paragraphe : caractère réflexif

J'ai eu l'impression, pendant quelques semaines, d'arriver dans un monde dans lequel je ne connaissais rien. En vrai, j'avais déjà un terrain clinique qui me permettait de pouvoir poser mes valises assez rapidement. Mais, l'arrivée dans la douleur, c'était vraiment pour arrêter avec les 3h30 de transport par jour.

- *Emilie : Ce que tu dis a beaucoup de sens par rapport à la dynamique des psychologues, car on sait bien que les psychologues ont souvent des temps morcelés à droite à gauche et que cette volonté de regroupement va dans le sens de la volonté des psychologues de pouvoir regrouper leur temps de travail.*

- Alexandre : Par rapport à la réalité "psychologue", oui. Il n'y a effectivement pas de choix par rapport au type de population, c'était un choix par rapport à une réalité de vie du psychologue

débutant qui prend tout ce qu'on lui propose dans un premier temps et, comme tu dis, fait des choix en fonction des opportunités, mais c'est plus vrai pour les hommes que pour les femmes. Parce que, en tout cas à la fin des années 90, il y avait majoritairement plus de femmes psychologues que d'hommes en psychiatrie, aux adoptions…

C'est pour cela que j'avais été pris aux adoptions, parce que les psychologues étaient des femmes, les assistantes sociales étaient des femmes, les cadres administratifs étaient toutes des femmes et elles voulaient absolument un homme. Donc, je ne sais pas si cela a changé depuis, mais en tout cas, il y avait plus d'opportunités pour une homme psychologue que pour une femme psychologue.

Ce qui fait qu'à la fin des années 90, j'ai eu la chance de ne pas connaitre le chômage en tant que psychologue. J'ai accepté pleins de petits trucs, mais ils me sont venus naturellement. C'est pareil pour la toxico, auprès des patients toxico, ils préféraient un homme plutôt qu'une femme. Il y a une autre réalité : je n'ai pas non plus choisi n'importe quoi. Cela restait l'hôpital, j'avais déjà un pied dans la structure. Mais c'est vrai qu'il n'y avait pas de raisonnement clinique, ou il n'y avait pas le souhait de se rapprocher d'une situation particulière.

- Emilie : D'accord, et qu'est ce qui a fait que tu as voulu être psychologue?

- Alexandre : C'est l'hypnose en fait… Quand j'étais ado… ma grand-mère était abonnée à France Loisirs et puis, quand même, France Loisirs, elle en avait fait un peu le tour et elle ne savait plus quoi acheter. Et donc, une fois, elle m'avait emmené à France Loisirs et elle avait le choix entre 3 ou 4 bouquins. Elle avait le choix avec l'ABC d'hypnose à côté de bouquins à l'eau de rose ou "maigrir en 10 leçons". Rires

Enfin, les bouquins de France Loisirs ! Et donc je me suis dit : "tiens, je n'y connais rien". Aujourd'hui, si je le lisais, l'ABC, j'en rigolerais. Mais, je me suis dit : "n'empêche, c'est quoi ce truc ?". L'hypnose, évidemment, m'intéressait, mais c'était surtout une façon d'approcher l'esprit. Il présentait d'une certaine façon l'esprit humain, les capacités d'attention, il y avait pleins de choses qui tournaient autour de comment fonctionnait l'esprit humain. Même, si je me souviens bien, que j'ai des schémas en tête, qui étaient dans le bouquin et qui sont tout à fait absurdes. Je me suis dit : c'est intéressant et c'est complexe.

Du coup, j'ai lu sur l'hypnose à ce moment-là. Très rapidement, j'avais 16 ans, je me suis dit que je voulais devenir psychologue parce que cela m'intéressait… Et…

Comme j'ai un grand-père médecin - qui, à l'époque, était la figure totémique de la famille -, il fallait que je fasse médecine, parce qu'il avait décrété que de tous ses petits enfants, j'étais le seul qui était digne de devenir médecin. Donc, je me suis inscrit en médecine, je n'ai bossé que mes cours de psycho et de génétique parce que cela m'intéressait, en sachant pertinemment que

je m'arrêterais la première année. Mais il fallait que j'obéisse à l'injonction familiale de faire médecine. Donc, j'ai largement loupé mon année.

Et puis, j'ai dit à mes parents : maintenant que je ne peux plus faire médecine (parce que tu sais que t'es bloqué après la première année), jamais, à vie, je veux faire psychologue. Heureusement qu'ils ne savaient pas qu'on pouvait aller en Belgique pour continuer les études, mais je leur disais que maintenant que je ne peux plus faire médecine, laissez-moi faire psychologie. C'est comme cela que j'ai fait psycho. J'ai fait psycho par les lectures sur l'hypnose et par le fait que je sentais qu'il y avait un truc intéressant et complexe d'aller voir le fonctionnement humain.

- Emilie : Où as-tu fait ta formation de psycho?

- Alexandre : J'ai fait ma licence à L et ensuite j'ai été sur M.

- Emilie : Est-ce que cela incluait de l'hypnose? ou est-ce que tu t'es formé par la suite?

- Alexandre : Je me suis formé en dehors. Je ne me suis jamais posé la question de devenir hypnotiseur comme çà. Pour moi, c'était la dimension psy au travers de l'hypnose qui m'intéressait. D'ailleurs, je n'ai même pas cherché si, dans une fac, il y avait un enseignement d'hypnose.

- Emilie : D'accord.

- Alexandre : Cela ne m'est pas venu du tout à l'idée. C'était faire psychologue pour approcher cette dimension là. Par contre à la fin de la 5ème année, je me suis dit que l'hypnose n'avait pas été beaucoup abordé. C'est quand même par l'hypnose que j'en suis venu à çà. Il y avait le souhait d'apprendre une technique psychothérapeutique.

Je suis allé voir mes profs. Ils m'ont tous déconseillés de faire de l'hypnose, en me disant : "n'y va pas, c'est dangereux, relis Freud". Y compris les cognitivistes m'ont dit cela. Et donc, je les ai pris au mot et j'en ai fait mon sujet de thèse. Puisqu'on me dit de relire Freud, et bien, je vais faire ma thèse sur hypnose et psychanalyse. C'est ce que j'ai fait et parallèlement, j'ai fait ma formation à l'institut français d'hypnose.

J'ai été diplômé et j'ai pris un poste à l'hôpital rapidement. Et en fait, dans cet hôpital, les médecins pratiquaient l'hypnose et je me suis dit : « Pourquoi on pratique l'hypnose à l'hôpital si c'est dangereux? » Si c'est pratiqué à l'hôpital, c'est que cela ne doit pas être si terrible que cela. Du coup, j'ai fait la formation d'hypnose presque en sortant de mes études. En 2000, parce qu'il fallait réunir les sous. J'ai fait ma formation, en même temps que ma thèse.

- Emilie : Tu as fait ta thèse à partir de 2000, c'est çà?

- Alexandre : oui

- Emilie : Et donc, ton sujet de thèse c'était l'hypnose et psychothérapie?

- Alexandre : Exactement. Le titre, c'est : "question de la relation dans l'hypnose et son intérêt dans la psychothérapie" (titre modifié), ou quelque chose comme çà. Globalement, la problématique était dans l'accompagnement hypnotique. Questionner la relation : quand l'hypnose était l'objet de rencontre entre le patient et le praticien, qu'est-ce que cela change de proposer l'hypnose? Dans la pratique et dans la relation à l'autre.

Ma première idée de thèse, juste en sortant de la fac, c'était les addictions, parce que c'est le domaine que je connaissais le mieux. Et je me suis rendu compte que cela ne serait pas suffisant pour faire une thèse sur la toxicomanie. Et donc, j'ai fait l'hypnose pour questionner cette dimension thérapeutique.

- Emilie : Toi-même, tu l'utilises l'hypnose dans ta pratique?

- Alexandre : Oui, c'est l'essentiel. Avec 80 à 90 % des patients.

- Emilie : Aujourd'hui, tu ne fais plus de soin palliatif, ni de douleur?

- Alexandre : Je continue à faire des accompagnements de deuil en libéral. J'ai quitté le soin palliatif en janvier 2013.

- Emilie : Qu'est ce qui a fait que tu as quitté les soins palliatifs?

- Alexandre : En fait, j'ai quitté l'hôpital ! Rires

- Emilie : Je vois bien ce que tu veux dire !

Je n'ai pas quitté les soins palliatifs. Je trouve que l'hôpital est devenu très maltraitant. Que, finalement, je suis dans une position assez perverse. C'est à dire qu'on demande aux praticiens d'avoir une position assez perverse qui consiste à observer combien l'institution est devenue maltraitante et, soit on participe à cette maltraitance, soit on est broyé.

Moi, j'avais le choix de partir de cela et ensuite cela a mal tourné. Par rapport aux soins palliatifs, de toute façon, j'ai toujours un regard assez distancié et paradoxal. Par rapport aux soins palliatifs en tant que tels. Parce que je trouve qu'ils ont pris un mauvais chemin depuis très longtemps.

Le mouvement des soins palliatifs n'est pas dans cette maltraitance du tout, ils sont plutôt du côté de la bienveillance, mais je trouve qu'ils déconnent. Je trouve qu'ils déconnent d'abord en voulant se constituer en tant que pratique médicale. Alors que l'objectif initial était de faire de la pratique palliative une pratique intégrée à la pratique médicale au sens large, ils veulent en faire une pratique médicale à part entière.

Là, cela devient une pratique médicale spécialisée, la mort devient un objet de pratique médicale Moment réflexif avec plusieurs moments d'hésitations et de bafouillements.

et je trouve que cette idée n'est pas juste. Je trouve qu'ils maltraitent la dimension de la question psychologique. Dans le fait que, par exemple, ils accréditent une sédation lorsque le patient paraît trop anxieux, je trouve qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Il y a une forme de mise au même niveau du plan psychologique et somatique, dans un grand symptomatologique qui serait une symptomatologie du soin palliatif. Pour moi, ce n'est pas au même niveau et je trouve que çà déconne. Il y a une dimension corporatiste qui existe et qui ne devrait pas être là…

Donc, indépendamment du fait que j'ai quitté l'hôpital et le secteur du palliatif… De toute façon, j'étais très bien dans l'équipe dans laquelle j'étais, j'étais très bien dans ma pratique clinique. Mais je ne me reconnaissais pas dans…. C'est quelque chose que j'ai formulé lors d'une communication orale lors d'un congrès. Et c'est d'ailleurs la dernière fois que j'ai fait une communication orale à la SFAP.

J'avais dit dans un atelier que l'un des principes que l'on nous dit c'est de voir le patient vivant jusqu'au bout, mais si l'être humain se vit déjà comme mort, pourquoi faudrait-il le ramener du coté de la vie ? Je trouve qu'il y a un certain nombre de dogmes qui disent qu'il faut accompagner le patient jusqu'au bout de la vie mais, si le patient se vit déjà mort, il faut pouvoir accompagner aussi cela. C'est à dire que le deuil anticipé de soi peut être quelque chose qui est présent chez les gens. Pourquoi est-ce qu'il faudrait que cet appel au vivant soit érigé comme un principe d'accompagnement ?

Moi, je trouve que les soins palliatifs ont une méthode très "sciences humaines", ils ont pris ce que nous, psychologues, nous connaissons de l'interdisciplinarité, de ce travail en commun, d'une méthode de réflexion.

Pour moi, c'est une méthode "sciences humaines avant tout", mais ils en ont fait un guide de bonnes pratiques, ce qui est très bien pour les soins palliatifs. Ils ont érigé des choses comme cela en dogmes, et le fait qu'ils parachèvent en montant les soins palliatifs en tant que discipline médicale, je ne trouve pas cela bien.

[…]

Moment réflexif autour du fonctionnement de l'institution palliative qui a été coupé à la relecture par le narrateur

C'est comme en douleur, les gens qui font du soin palliatif ne sont pas reconnus par leurs collègues. A un moment donné, il y a une question d'ego qui fait que moi aussi je veux être reconnu comme les autres et que je ne suis plus médecin généraliste, je suis palliatologue. Oui, mais, non…

[…]

Idem

- Emilie : Est-ce que cela veut dire que, depuis que tu as commencé en 99, tu as vraiment senti un changement dans la dynamique palliative?

- Alexandre : Oui. Cela s'est rigidifié. Cela s'est vraiment rigidifié. C'est devenu vraiment dogmatique. Bon alors, je ne parlerai pas localement parce qu'il y a des choses qui se sont passées … Je vais sortir du débat local. Je trouve qu'au niveau national, cela s'est rigidifié, il y a des dimensions qui sont devenues extrêmement dogmatiques dans les soins palliatifs, en allant dans des protocolisations, dans une forme de standardisation. De lâcher la forme d'une culture palliative pour aller vers une discipline palliative en tant que telle.

Je crois qu'ils ne mettent plus le doigt sur leur insuffisance. Pour le coup, j'ai les deux cultures : douleur et soin palliatif. Et ce n'est pas vrai, un médecin "soins palliatifs" ne sait pas faire de la douleur. C'est pas parce qu'on est en soins palliatifs que l'on sait faire de la douleur et ce n'est pas normal qu'un médecin avec juste un DU douleur fasse de la douleur en soins palliatifs. Ils ne voient plus qu'ils ont des limites.

Je me souviens aussi de débats avec un ancien président de la SFAP autour de la différence psychologue/bénévole, un psychologue ne valait pas mieux qu'un bénévole. D'une part "la souffrance psychologique, on en fait tous, il n'y a pas que les psys qui savent faire cela. Et prendre du temps auprès des patients, les bénévoles font cela très bien. Donc, il n'y pas de différence entre le bénévole et le psychologue. Pour, moi, il y a quelque chose qui a changé. Ils ne voient plus leur insuffisance. Il y a quelque chose qui a changé.

Pour moi, le dernier congrès régulateur (parce que pour moi la SFAP n'est pas une société savante, ce n'est pas un organisme professionnel), le dernier congrès, pour moi, digne de ce nom, c'était celui de Besançon, parce qu'il y avait cette question de soins palliatifs et euthanasie. Je trouvais que les débats étaient vraiment de qualité et c'était clair concernant un certain nombre de chose et le positionnement palliatif.

- Emilie : C'était en quelle année ?

- Alexandre : J'avais pris des notes très intéressantes, je ne me souviens plus. je dois retrouver facilement. 2004

Alexandre prend le temps de chercher dans son ordinateur la date.

- Emilie : Donc, pour toi, depuis une dizaine d'année, c'est déconnant dans la façon avec laquelle la SFAP se positionne?

- Alexandre : Oui. Pour la sédation, par exemple. A Clermond-Ferrand, j'avais eu une prise de bec avec un responsable de la SFAP au sujet des recommandations de sédation et [sur le fait] que l'anxiété était une recommandation de sédation. Je ne dis pas que l'on ne peut pas l'utiliser. Mais on ne peut pas mettre les patients palliatifs au même niveau que les autres. On ne peut pas mettre la question du confort chez un patient algique au même niveau que l'anxiété en fin de vie. On ne peut pas le traiter de la même façon et dire que l'Hypnovel fonctionne dans les deux cas. Cela s'est rigidifié, et le fait qu'il y ait cette velléité pour devenir une discipline médicale

constituée …

Pour moi, les soins palliatifs ne relèvent pas d'une expertise propre. C'est une démarche "sciences humaines" appliquée au domaine médical. Donc, je ne vois pas quelle expertise scientifique - expertise au sens qu'il existerait quelque chose en soins palliatifs qui n'existerait pas dans d'autres domaines médicaux -, je ne vois pas quelle expertise spécifique médicale existerait en soins palliatifs. Pour moi, c'est une organisation de soins qui emprunte aux sciences humaines une vision globale dans un cadre médical. Il n'y a pas de connaissances spécifiques, mais évidement, comme dans toute pratique, il y a des éléments qui sont à connaître, qui ne sont pas du savoir général. Mais une infirmière en soins palliatifs fait des soins, un psychologue fait de l'accompagnement psychologique, un médecin fait son job d'évaluation et de prescription. Il n'y a pas de choses spécifiques.

Discours très réflexif et construit depuis longtemps.

A vouloir en faire une identité à part entière, pour moi, c'est une absurdité. Cela permet aux autres de dire : « Ils vont faire, donc je n'ai pas besoin d'apprendre » et cela construit une pratique sur un leurre. Il n'y a pas une expertise palliative. Je ne peux pas cautionner cela. C'est cela, quand je parle d'idéologie et de dogme, qui érige le fait qu'il existe une médecine palliative. Non, quoi ! Mais c'est pareil pour la médecine de la douleur. C'est pas une pratique spécifique.

- Emilie : Mais, cependant, on voit bien qu'il y a des médecins qui ne connaissent pas cette pratique de la prise en charge de la douleur. Par exemple chez les généralistes ou dans les services, où la dimension de la douleur ou de la fin de vie n'est pas du tout prise en compte. C'est à dire que, tu disais qu'il ne faut pas faire des palliatologues, mais, cependant, on voit bien qu'il manque cet espace de formation pendant les études de médecine.

- Alexandre : Je suis entièrement d'accord avec toi. C'est parce que l'objectif premier n'a pas pu être rempli et que c'est en effet une question de formation. C'est pas pour cela qu'il faut dire que, puisqu'on n'arrive pas à former, on fait… Non. Je suis entièrement d'accord avec toi : pour moi, c'est une question de formation.

Pour la douleur, cela dépend des facs de médecine, mais cela doit représenter 20 heures, 30 heures sur tout le cursus de médecine. Les soins palliatifs, cela doit être encore moins. C'est une question de formation. Et donc, à partir du moment, où ils ne sont pas formés, les gens ne savent pas faire. C'est à dire qu'un interniste peut être amené à prendre en charge des cancers pulmonaires. On pourrait se dire : "il devrait savoir faire". Mais on pourrait se dire que, s'il n'a pas l'habitude, il peut être aussi un peu perdu … Mais on peut imaginer une formation de base qui lui permette de prendre en charge le commun des cancers pulmonaires et si, vraiment, il y a des problèmes spécifiques, il peut y avoir une réflexion avec une équipe dédiée sur "comment faire, maintenant".

La dimension palliative pallie à un défaut de moyens et de formations. En même temps, je ne jette pas la pierre que au palliatif. On voit cela aussi pour la douleur ou les addictions…

En fait, on voit cela dans tous les domaines du transversal. Quoique, pour les addictions, c'est un peu particulier, c'est toujours le même débat. C'est le domaine du transversal qui est toujours un domaine particulier.

Simplement, le palliatif, c'est un domaine qui est universel puisque c'est le domaine de la mort. Vouloir l'exclure de la médecine, ce n'est pas logique, mais c'est ce qu'ils ont dit initialement. Maintenant, ils sont en train de le faire. C'est à dire qu'ils sont en train de faire de la mort un processus médicalisé. On sait cette question du "pouvoir médical" : à un moment donné, ils vont repartir dans la technicité. Malgré toutes les bonnes volontés, on connait ce travers médical et on sait qu'ils repartiront dans cette recherche de contrôle, ils voudront contrôler. C'est écrit d'avance.

- Emilie : C'est perceptible dans les pratiques hospitalières : on sent bien ce changement-là, ces dix dernières années. Tu disais, tout à l'heure : "en tant que psychologue on est formé à la clinique, la clinique c'est la relation au patient. Donc, quelle que soit la relation, on peut à peu près tout faire …". Est-ce que tu penses que, dans le cadre de la formation des psychologues, la formation est suffisante pour pouvoir justement se confronter à ce type de clinique ?

- Alexandre : Oui, et je suis peut-être le seul à dire oui … L'idée que je défends : en tant que psychologue on a des choses à se reprocher. Je n'aime pas cette tentative de sous-discipline : la psycho-oncologie, la psycho-dermato, la psycho-cardiaque … Là aussi, il ne faut pas faire croire qu'il y a une expertise du psycho-oncologue ou du psycho-palliatif. Ce n'est pas vrai. Il y a une démarche clinique.

Maintenant, cela ne veut pas dire que l'on a tous les savoirs qui sont nécessaires, de base. Mais on apprend sur le terrain. Et la seule vraie question - qui n'est pas vraie que pour les psychologues, d'ailleurs - : "est-ce que j'ai suffisamment vécu dans ma vie pour faire du palliatif ?" ; "Est-ce que j'ai une assise clinique suffisamment stable pour pouvoir m'autoriser à aller dans ce domaine là ?".

Moment réflexif très important en lien avec un ressenti

Assise clinique, c'est à dire que j'ai des bases cliniques nécessaires, que j'ai une équipe qui me procure des points d'arrimage qui sont suffisants. "Est-ce que j'ai la possibilité d'avoir un regard distancié sur les situations ?" Et pour moi, c'est la supervision. Pour moi, ce sont les trois éléments …

"Est-ce que je suis maintenant, à un moment de ma vie où je peux m'autoriser çà, en terme d'expérience, en terme de terrain clinique et en terme de supervision, c'est à dire de mise à distance ?" Le reste s'acquiert sur le terrain. On a la démarche clinique, le savoir s'acquiert sur

le terrain.

Et pour moi, c'est une différence avec le domaine médical qui demande une spécialisation initiale : il n'y a pas de spécialisation, il y a le domaine clinique qui se construit autour d'une méthode clinique. Et cette méthode clinique, elle est valable en soins palliatifs comme elle est valable dans d'autres situations. Evidemment, c'est toujours mieux d'avoir des modules soins palliatifs dans son parcours, mais à ce moment-là, tu fais des modules pour tout alors, tu fais des modules pédiatrie, de handicap … Tu n'en sors pas, tu fais 15 ans d'études.

Ce que l'on doit apprendre aux gens, aux psychologues - et là c'est l'universitaire qui parle -, c'est de penser à la fois une démarche et un patient. Il faut savoir penser un cadre de pratique et il faut savoir penser le patient que l'on a en face de soi. C'est cela que l'on doit leur apprendre. Après, quand ils ont la méthode clinique, elle est déclinable selon pleins de lieux.

Effectivement, pendant les études, tu peux donner des domaines d'applications spécifiques. Concernant le soin palliatif, ce n'est pas la question. C'est la question que l'on a eu lors de notre dernière réunion concernant les DU. Je trouve très bien que les DU existent pour les soignants.

Pour nous, je pense qu'ils ne sont pas nécessaires en soin palliatif, parce que le DU est une façon d'apprendre une démarche, et que justement, la démarche sciences humaines, on est censés l'avoir quand on sort de la fac. Je ne vais pas dire que ce n'est pas intéressant, mais ce n'est pas un pré-requis.

- Emilie : Oui, ce n'est pas indispensable … Est-ce que tu penses que les soins palliatifs, cela peut être une clinique qui peut être difficile ? Parce que confrontation à la mort, au deuil ce sont des choses assez extrêmes. Est-ce que tu penses que c'est une clinique plus difficile qu'une autre, ou pour toi c'est la même?

- Alexandre : Non, ce n'est pas la même. Mais elle n'est pas plus difficile en soi, elle est plus difficile pour certains d'entre nous.

- Emilie : Oui, on est d'accord.

- Alexandre : Moi, je serais incapable de faire du polyhandicap chez l'enfant : maladie de Duchêne, je sais pas faire et je ne me vois même pas en train de le faire. Je sais que cela, pour moi, ce serait difficile… La myopathie chez l'enfant, je ne pourrais pas du tout. Ensuite, comme je te le disais tout à l'heure, on n'identifiait pas une situation de soin palliatif lorsqu'on intervenait en cancéro. Notre porte d'entrée était la douleur et c'étaient des choses avec lesquelles j'étais relativement à l'aise. Je crois que ce n'est pas plus difficile en soi, chacun a ses limites. La seule chose, c'est qu'il peut y avoir une sorte de fascination pour ce domaine-là…

moment réflexif très important par rapport à la clinique de la mort et les autres cliniques.

- Emilie : Qui peut…

- Alexandre : Qui peut être problématique.

- *Emilie : Oui, cela m'est arrivé de rencontrer ce type de situations. On voit bien que la dynamique n'est pas la même. Je te rejoins bien sur cette question que cela correspond à un temps de vie, à une sensibilité qui permet, ou pas, de faire telle ou telle pratique. Qu'est-ce qui a fait que tu as voulu faire une thèse ? Parce que, a priori, ce n'est pas la démarche première des psychologues ?*

- Alexandre : C'est une erreur…

- Emilie : Oui ?

- Alexandre : Au Canada, maintenant, le système est un peu particulier, parce que c'est l'université qui forme mais c'est l'ordre des psychologues qui délivre les diplômes. Et maintenant, l'ordre des psychologues ne délivre pas le diplôme en dessous du doctorat. Je pense qu'ils ont raison. Alors, c'est plus un doctorat d'exercice comme les médecins par exemple.

Mais, chez nous il n'y a pas de doctorat d'exercice, c'est tout de suite un doctorat d'Etat. Le niveau au dessus en fait. Moi, j'ai fait une thèse comme si je souhaitais faire un doctorat d'exercice. C'est à dire que, pour moi, c'était une façon différente de penser ma pratique clinique. Je ne voulais pas être universitaire, ce n'était pas du tout dans mon plan de carrière.

J'étais très bien en clinique, çà a d'ailleurs été un arrachement les deux premières années où j'étais universitaire. C'était affreux de passer de temps plein de psycho clinicien à mi-temps… J'ai eu une perte de sens absolument terrible dans ma vie… Quand j'ai commencé ma thèse, ce n'était pas dans l'idée de devenir universitaire : j'éprouvais le besoin de réfléchir autrement à ma pratique clinique, qui n'était pas une réflexion avec un superviseur et qui n'était une réflexion avec les groupes de pairs. J'avais les deux, j'avais un superviseur et, à l'époque, j'étais essentiellement toxico, et en toxico… (rires) - Oui, cela fait bizarre de dire les choses comme çà. Comme quoi, c'est une vraie identité professionnelle … - Donc, à l'époque, j'étais essentiellement "toxico" et il y avait des groupes de rencontre inter-psychologues. La thèse, c'était une façon de réfléchir autrement à ma pratique clinique. S'il y avait eu une thèse d'exercice qui existait, comme pour les médecins, j'aurais fait une thèse d'exercice. Je n'aurais pas fait 500 pages. Je n'aurais pas fait un doctorat d'état mais il se trouve que, pour les psychologues, il n'existe que çà. Alors j'ai fait cette thèse.

- Emilie : Oui et, en effet, le DESS ou DEA ou Master c'est pour finir les études, ce n'est pas en cours de la pratique clinique.

Moment réflexif du narrataire autour de la question de la reprise de la formation comme un moment de retour sur soi et de mise à distance.

- Alexandre : Tout à fait …

- Emilie : Aujourd'hui, tu es à mi-temps à l'université et à mi-temps en libéral ?

- Alexandre : Non, j'avais négocié à l'époque. Tu ne peux faire que 20% en institution lorsque

tu es à l'université. Pour moi, la condition pour que je sois universitaire, c'était 50%. Passer de 5 jours à 1 jours, ce n'était pas envisageable pour moi. J'avais réussi à négocier à la fois à la fac et avec l'hôpital de conserver un mi-temps à l'hôpital. cela voulait dire de faire un 150% administrativement. Cela n'a plus été possible il y a 2 ans, avec le changement de règles à l'université. Je suis passé bénévole à l'hôpital. Enfin, j'étais psychologue dans une activité non-salariale pour conserver mon temps sur l'hôpital.

Et donc çà, plus ce que je te disais tout à l'heure, d'avoir vu l'hôpital évoluer, je ne me sentais plus à ma place. Je me sentais à ma place dans l'équipe parce que je travaillais avec une équipe super : les gens avec qui j'étais, on continue à se voir super régulièrement. J'étais très très bien dans mon équipe, j'étais bien dans ma pratique, mais mon statut était devenu un statut bancal.

Le paradoxe, pour entrer dans le détail, c'est que l'université n'autorise que 20% en institution, mais par contre, si tu travailles en libéral, tu n'as pas de compte à rendre. Tu peux ne passer qu'une journée à la fac et 4 jours dans ton cabinet et personne ne viendra t'embêter. J'ai ouvert une consultation en libéral et une petite activité pour l'institut français d'hypnose, qui me demande une veille scientifique ou de vérifier leur contenu. Ce n'est pas quantifiable, c'est pas 50/50. Officiellement, je suis à 100% à l'université et j'ai une activité libérale qui s'est développée.

- *Emilie : En fait, elle est assez récente?*

- Alexandre : Je l'ai commencée l'année dernière, j'ai eu une année de transition et puis j'ai complètement basculé en janvier 2013.

- *Emilie : J'étais allée à un colloque à Nancy en 2001. Une critique qui en ressortait était que les psychologues étaient formés par des universitaires qui n'étaient pas dans la pratique. Toi qui est de l'intérieur qu'en penses-tu ?*

- Alexandre : Ce n'est pas vrai pour les psychologues cliniciens. Majoritairement, les psychologues cliniciens de ma fac ou d'ailleurs ont une activité clinique à côté. Ce n'est pas le cas pour les autres, par contre : développemental, social, cognitif ou travail. Ils n'ont pas forcément d'activité. Pour les cliniciens, ce n'est pas vrai. cela nous est suffisamment reproché à l'université.

- *Emilie : D'avoir trop de pratique?*

À partir de ce moment, on sent un relâchement du réflexif, jusqu'à la fin de l'entretien

- Alexandre : « Vous n'êtes jamais là, vous êtes toujours dans vos cabinets ou au CHU ». On nous le reproche beaucoup. Maintenant, quand bien même on nous interdirait de le faire… enfin… c'est un problème de fond. Contrairement aux médecins, on dépend du ministère de l'éducation nationale et pas du ministère de la santé. C'est pour çà que les médecins quand ils sont hospitalo-universitaires, ils dépendent du même ministère. Nous on dépend du ministère de

l'éducation nationale et donc, même si on nous interdisait une activité clinique à côté, on saurait s'organiser sans, en donnant plus de place aux intervenants extérieurs.

En Master, la loi nous oblige à avoir plus de 50% d'intervenants extérieurs, c'est à dire des praticiens. On organise des supervisions de terrain. On augmenterait le temps des stages et le temps de supervision des stages, du coup il y aurait une formation clinique qui serait assurée. C'est un faux procès. Actuellement, ce n'est pas juste de dire que l'on forme des professionnels sans être professionnel de terrain. Et quand bien même, il y a un certain nombre de savoirs théoriques à transmettre et le reste s'éprouve sur le terrain.

Factuel qui amène du réflexif.

- Emilie : En terme de stage, c'est M1, M2 ?

- Alexandre : L3, M1 et M2.

- Emilie : Cela veut dire que c'est récent en L3?

- Alexandre : Jusqu'à présent c'était une possibilité qui était offerte. Maintenant, en L3, il y a des modules stages qui sont inclus dans le cursus. Avant, ce n'était pas le cas, alors qu'aujourd'hui, c'est officiellement inscrit dans le cursus.

- Emilie : J'ai l'expérience de Psychoprat', où l'on commence les stages dès la première année, avec des stages ouvrier ou employé, et puis après des stages psy à partir de la 3ème année. Et c'était dès les années 90. C'était un peu en opposition ou en réaction du fait qu'il y avait moins de stage en université. Cela veut dire que cela a évolué?

- Alexandre : Non. Cela a toujours été une possibilité pour les étudiants en L3. Mais nous, on a une réalité concrète qui est que tous les étudiants ne pourraient pas trouver de stage. Sur notre petite fac, on a 500 étudiants en L1. Où veux-tu qu'on case autant d'étudiants ? Déjà nos 80 étudiants en M1, on a du mal à leur trouver un stage et ils sont obligés de faire le Master en 2 ans. Je pense que si tu interrogerais l'ensemble des enseignants chercheurs, ils sont tous convaincus de l'intérêt de faire des stages, mais ce n'est pas possible.

- Emilie : Oui, en terme de faisabilité sur le terrain.

- Alexandre : On mettrait les étudiants en échec en leur faisant croire que l'on peut faire cela.

- Emilie : Après, en 1ère et deuxième années à Psychoprat', ce n'étaient pas des stages de psychologue en tant que tel, c'était plutôt pour se confronter à la relation humaine dans les entreprises, dans n'importe quelle structure et on nous demandait d'avoir un regard de psychologue sur ces situations. C'était : comment on met en place une démarche clinique et comment on regarde les relations humaines même en faisant des photocopies ou sur une chaîne de montage…

- Alexandre : Oui, mais même çà, ce serait compliqué à trouver !

- *Emilie : Cela fait beaucoup d'étudiants en L1…*

- Alexandre : 500 chez nous, Bordeaux ce doit être 1000 et Lyon 1500 en première année…

- *Emilie : Ce qui fait que, quand il n'y a plus qu'une centaine de place en M1…*

- Alexandre : Oui, mais tous ne font pas cela pour être psychologues. Ceux qui font çà pour avoir une bourse, ceux qui font cela pour avoir leur concours, pour l'IUFM … Tu as 50% d'étudiants en moins entre la L1 et la L2. C'est un écrémage assez important entre ces deux années.

- *Emilie : Sinon, ce serait vraiment compliqué sur le marché du travail… et j'ai l'impression de çà l'est déjà ? C'est ce que tu disais tout à l'heure : toi-même, tu as commencé par accepter des bouts de poste à droite à gauche … et puis après, avec l'expérience, on obtient des postes plus facilement et on peut resserrer ses volontés. Pour les jeunes psychologues, c'est compliqué aujourd'hui de trouver des postes.*

- Alexandre : Oui. On a lancé une étude sur ceux qui sont sortis ces 5 dernières années, sur le temps de chômage ou ce qu'ils font maintenant. Et oui, c'est globalement assez compliqué. La demande est là, mais les postes n'existent pas, on n'est que du manque à gagner pour les institutions. On ne fait que coûter… ce qui n'est pas vrai, mais comme il n'y a aucune étude sur la dimension préventive ou sur la chronicisation des troubles… Donc, pour les institutions, on n'est que du manque à gagner.

- *Emilie : Lorsque je travaillais à l'IMM, on avait voulu faire une étude de l'intérêt du psychologue en cardio pour éviter les complications post-opératoires. On aurait bien aimé lancer une recherche qui aurait, peut-être, pu montrer que le soutien psy peut être préventif. Et que cela ne fait pas que coûter mais aussi cela permet de faire des économies. Et en même temps que je te dis cela, je me demande s'il n'y a pas une certaine perversité dans cette recherche de rentabilité?*

- Alexandre : Ce n'est pas une question de rentabilité. A partir du moment où on prétend faire du soin, il faut pouvoir attester aussi à un moment que notre pratique n'est pas une pratique aléatoire. La seule chose, c'est qu'il faut évaluer ce qui est évaluable. On n'est pas sur l'efficacité, on est sur les effets. On ne peut pas juste réduire l'activité du psychologue à une question ON/OFF, absence ou présence de symptômes. Est-ce que le psychologue permet des remaniements durables d'une certaine forme d'équilibre ou de dynamique l'individu ?

L'évaluation ou la quantification n'est pas notre ennemi, mais il faut être vigilant sur le fait que la bonne question puisse être posée. Et que la question ne se pose dans les mêmes termes que pour les médecins. On n'a pas du tout les mêmes objectifs.

Donc, quand on prétend être auprès du patient, cela me semble légitime de se prêter au jeu de ce que je prétends faire, est-ce que je le fais réellement? Sinon, c'est de la philo. C'est très bien la

505 philo aussi, mais ce n’est plus de la psycho.

- Emilie : Bon. Et bien je te remercie.

Entretien Sophie (67min)

Emilie : Ce que je te propose, c'est d'aborder la pratique des psychologues en soins palliatifs et j'aimerais avoir ton avis, ton ressenti, ton vécu là-dessus…
Qu'est-ce qui t'as amené à faire du soin palliatif ?

Sophie : Ce qui m'a amené à faire de soins palliatifs… C'est d'abord une première expérience en rhumato où il y avait quelques personnes qui étaient en fin de vie. Cela n'a pas été quelque chose qui était très approfondi, mais cela a été une première expérience. Après les premiers postes, j'ai été amenée à animer des groupes de parole et c'est tombé dans des services où il y avait des lits identifiés de soins palliatifs. Cela m'a plu et j'ai eu envie d'y travailler.
J'ai travaillé dans un service de médecine où il y avait 4 lits identifiés et puis j'ai entendu parler d'un poste qui s'ouvrait en réseau à domicile, donc pour accompagner à la fois des patients en SP, des familles, des soignants. Comme j'avais quelques expériences d'animation de groupe de parole, de formation et que cela me plaisait d'intervenir auprès des patients et des familles, c'est comme cela que j'y suis allée. Alors que je ne connaissais absolument pas le domicile.

Emilie : Mais tu connaissais un peu le soin palliatif à ce moment-là.

Sophie : Oui.

Emilie : ce que tu évoques me questionne sur cet aspect qui est que tu n'as pas volontairement choisi les soins palliatifs dans un premier temps?

Sophie : Disons que cela m'attirait quand même dans le sens où j'étais intéressée par toutes les problématiques que j'estimais un peu plus complexes par rapport à des choses qui me semblaient plus superficielles. Oui, cela m'intéressait bien. Je n'ai pas choisi par hasard…

les soins palliatifs sont identifiés comme une problématique complexe par rapport à des choses qui le sont moins... Non choix volontaire !

Emilie : je ne sais pas si on ne choisit pas par hasard… Quoique, c'est justement l'autre aspect de mon interrogation, c'est qu'on observe bien chez les jeunes psychologues la difficulté à trouver un poste et qu'il y a un moment où on prend tout ce qui passe et que parfois ce « prendre tout ce qui passe » nous amène à nous retrouver en SP. Est-ce que tu as eu cette impression-là ? Ou il y a une démarche d'aller plutôt vers la psychologie de la santé ?

Sophie : En fait, je t'ai dit que c'était mon premier poste, mais en fait, mon premier poste consistait à intervenir pour des groupes de parole qui avaient aussi vocation à formation. C'était un truc un peu bizarre, c'était dans un établissement et c'était rencontrer les équipes pour l'actualisation des connaissances en psycho-gériatrie, que je ne connaissais absolument pas. Là,

Vécu d'échec mais ressenti comme une expérience...

je me suis bien plantée, j'avais vraiment pris cela parce que je n'avais rien d'autre, mais je trouve qu'avec le recul… Aujourd'hui avec l'expérience, je pourrais aborder les choses autrement, mais à ce moment-là, c'était le beau plantage.

Emilie : c'est à dire, quand tu dis beau plantage ?

Sophie : c'était à la fois animer un groupe de parole, bon ça, ça va, il fallait les faire verbaliser par rapport aux situations, mais leur apporter mes connaissances en psycho-gériatrie, et bien je n'en avais pas… Je n'avais pas suffisamment d'apports théoriques…

Emilie : de bagage ?

Sophie : de bagage…

Emilie : D'expérience ?

Sophie : oui tout court… Et du coup la formation, cet aspect, je l'avais pas… Donc, moi, c'était le volet groupe de parole, mais le volet formation… Enfin, c'était un peu bâtard, c'était vendu comme cela… Le groupe de parole, je venais vraiment pour les aider à verbaliser leurs ressentis, leurs émotions… Mais j'étais vraiment en difficulté, parce qu'ils me demandaient : " qu'est-ce qu'il faut en penser, qu'est-ce qu'il faut faire ?". Maintenant, je vois bien ce que je pourrais y répondre, mais à l'époque, c'était vraiment très compliqué. Alors, ce n'était vraiment pas un poste que j'avais choisi, je l'avais pris parce que c'est ce qu'on m'a proposé et que…

La formation passe par l'expérience aussi comment faire passer de la connaissance quand on manque soi-même d'expérience

Emilie : c'est le premier poste que tu avais réussi à avoir…

Sophie : … que je n'ai pas gardé, du coup…

Emilie : que tu n'as pas gardé parce que tu as décidé de partir ou parce que, à un moment donné, tu as été tellement mise en difficulté qu'ils ont préféré…

Sophie : en fait, c'était un CDD et donc ils ne l'ont pas renouvelé… En même temps, je n'étais pas non plus hyper motivée, je faisais pas grand chose… Je ne cherchais pas à approfondir…

Emilie : et donc à transformer les choses pour que cela devienne un CDI.

Sophie : Voilà. Après, j'ai postulé pour des postes dont j'avais entendu parlé dans les centres hospitaliers départementaux et les postes en question, je n'ai pas été prise, mais j'ai entendu

parler de l'animation de groupe de parole. Il y avait encore une fois du long séjour, du coup, j'avais un peu plus d'assise, cela s'est mieux passé et un service de médecine dans lequel il y avait des lits identifiés. Cela m'a vraiment motivée, j'ai vraiment cherché à approfondir des connaissances en allant chercher les connaissances et garder ce poste… J'étais très motivée.

Emilie : cela fait combien de temps que tu as ton diplôme de psychologue?

Sophie : je l'ai eu en 2005, donc là cela fait 9 ans. J'ai pas travaillé tout de suite. J'ai dû avoir un an sans travailler…

Emilie : une année où tu as eu du mal à trouver un poste ou une année où tu avais besoin de décompresser?

Sophie : Ben déjà, j'ai passé mon permis, parce que je ne l'avais jamais passé. Je n'avais pas franchement de réseau et puis c'était assez ambivalent, d'un côté j'avais envie, il fallait bien et puis d'un autre côté, j'étais pas très motivée. En fait, j'avais vraiment peur de vraiment commencer. J'ai eu une expérience de bénévolat dans une association de victimes d'inceste et cela m'a permis de commencer, je n'étais pas vraiment psychologue, j'étais écoutante mais avec des compétences de psychologue et cela m'a permis de commencer à avoir du réseau et… me conforter que j'avais quand même des compétences et puis j'avais eu quelques petites formations. C'est là que j'ai appris que l'on pouvait être dans l'écoute en binôme, ce qui m'a servi par la suite en soins palliatifs. Et puis l'expérience de l'associatif, ce qui m'a permis de travailler par la suite dans un réseau qui était associatif.
C'était quand même une expérience riche.

la peur de commencer à travailler

Bénévolat comme tremplin à la pratique de psychologue. Travailler l'écoute tout en ne portant pas la casquette de professionnel.

Emilie : Ce n'était pas une expérience professionnelle, mais une expérience professionnalisante?

Sophie : oui, c'est ça…

Emilie : et tu n'as pas eu envie d'aller plus loin dans cette branche-là qui était plutôt l'inceste?

Expérience importante.

Sophie : Si mais il y avait très peu de postes salariés, beaucoup de bénévoles, il y avait une psychothérapeute, une coordinatrice et une comptable qui étaient salariées. Tout le reste fonctionnait avec des bénévoles qui pouvaient avoir des compétences professionnelles mais pas que… Donc, ils n'allaient pas ouvrir d'autres postes salariés, je voyais bien que de ce côté-là, ce n'était pas la peine. J'ai fait quelques recherches du côté d'associations qui pouvaient embaucher des professionnels, mais cela n'a pas débouché. Mais c'était une problématique qui m'intéressait

bien. Et du coup en soins palliatifs, il y avait l'aspect médical, mais il n'y avait pas que cela en fait. Il y avait tout ce qui pouvait émerger comme problématiques à la fin de vie. C'était aussi très complexe, il y avait toutes les problématiques sociales, personnelles, il y avait toute cette intrication-là qui me plaisait bien.

Et puis l'inceste, j'avais pu repérer cette question-là dans différents stages en addicto et dans des situations de jeunes en délinquance ou sous protection par rapport à leur famille. Et donc, en fait en soins palliatifs, on pouvait toucher, pas forcément ce genre de problématique, mais aussi pas mal de choses qui touchent l'intime, et cela m'intéressait aussi.

Emilie : je calculais que tu étais sortie relativement jeune avec ton diplôme de psy ?

Sophie : j'avais quelle âge ? Je suis née en 83…

Emilie : Tu avais 22 ans. Cela veut dire que tu as fait psycho directement dans la foulée de ton bac ?

Sophie : Oui

Emilie : Qu'est-ce qui t'as amené à faire psycho ?

Sophie : Rencontrer des gens, mais il y a aussi une problématique un peu familiale, et il y avait aussi cette question de pouvoir apporter aussi une certaine aide. A un moment donné, j'avais envie de travailler dans les langues, mais je me suis rendue compte que je n'étais pas forcément assez douée, après j'aurais pu davantage bosser et cela aurait peut-être pu marcher. Mon idée c'était d'être interprète, traductrice…

Pour cela, dans mon souvenir, il fallait faire LEA avec du droit, de l'économie et ça cela ne m'intéressait pas. Et puis je ne sais pas si, toi, tu as pu voir cela, mais les facs proposent des portes ouvertes et il y avait cette porte ouverte LEA et c'était vraiment pas ce qui m'intéressait. Et puis la psycho, c'était pouvoir être aidante, pouvoir aider les gens dans leurs problématiques.

Emilie : Quand tu parlais d'être interprète et traductrice, je me disais que parfois en tant que psychologue on pouvait être interprète et traducteur.

Être interprète !

Sophie : Oui, dans ma première idée, c'était de changer de langue et de culture… Oui, on est quand même traducteur et interprète…

Notion importante dans la posture du psycho

Emilie : tu évoquais tout à l'heure, qu'il y a un contexte familial qui m'a amené à cela, si cela ne t'embête pas d'en parler, est-ce que c'est quelque chose que tu as identifié dans ta vie qui t'a fait

"virer psycho"?

Sophie : Oui, il y a clairement cela, où j'étais dans ma position familiale désirante d'apporter une aide, mais dans l'incapacité et de vouloir acquérir des compétences pour être un peu plus aidante.

Emilie : par rapport à ta famille?

Sophie : oui, il y avait ça, mais aussi par rapport à l'extérieur. Par la suite, j'ai mis ça de côté, de toute façon je n'y arriverai pas… Réflexif en lien avec du ressenti

Emilie : C'est à dire aider ta famille?

Sophie : oui et par rapport à l'extérieur, il valait peut-être mieux que j'arrive à quelque chose, enfin, peut-être pas apporter la solution, mais apporter un espace pour verbaliser et les aider, avoir un certain soutien. continue d'être lié étroitement

Emilie : donc, ce que tu dis, c'est que dans un premier temps, tu voulais être interprète, qu'en allant aux portes ouvertes LEA à la fac, tu t'es rendue compte que c'était pas ton truc et que la psycho, il y avait plein de choses qui te plaisaient et que c'est à ce moment-là que tu t'es décidée à faire psycho.

Sophie : oui, c'est cela. Dans ce qu'ils présentaient des modules, il y avait l'aspect de comprendre le développement, la dimension psychique. Bon c'était un peu la vitrine, mais c'était cela…

Emilie : ce qui fait que dans ton parcours universitaire… On voit bien qu'il y en a qui sont mis en difficulté, qui n'arrivent pas en M1 ou M2. Toi, tu as réussi à faire tes études dans la foulée?

Sophie : oui, c'était important pour moi de pouvoir m'y consacrer à fond… Je n'ai pas fait que cela, mais je pense que pour moi, c'était important. Aujourd'hui, souvent le M1 on le fait en deux ans, et ça pour moi, c'était pas concevable. Il fallait le faire en 1 an. J'ai essayé de mettre les chances de mon côté pour trouver un stage, cela n'a pas été facile, mais j'ai réussi.
Pour le M2, j'ai envoyé des dossiers dans pas mal de fac, mais c'est à B que l'on m'a accepté. J'aurai aimé en sortir, parce que je ne voulais pas rester dans ce ghetto-là psychanalyse, Lacan… Et, j'avais envie d'aller voir ailleurs, mais peut-être à cause de ce parcours-là, les autres facs n'avaient pas envie de m'accueillir.

Emilie : Tu penses que cela a joué ? Parce que je pense que, en effet, la période où tu as été à

la fac de B, c'était vraiment une période très resserrée…

Sophie : très sectaire, oui, très sectaire, je vais employer ce mot… réflexif

Emilie : Ce qui fait que l'on peut imaginer que tu as été une bonne élève, ou en tout cas que tu as mis toutes les chances de ton côté pour obtenir ce que tu voulais et c'est à dire qu'à B, ils voulaient garder leur bon élève qui était déjà, excuse-moi du terme, mais qui était déjà … dans leur moule?

Sophie : oui, c'est ce que j'allais dire.
En tout cas, j'avais l'impression que si on leur donnait ce qu'ils voulaient entendre, cela allait. Il y avait un peu cet aspect-là. Tu sortais un peu le cours, des trucs un peu poussés sur Lacan et tu pouvais leur faire plaisir. Il n'y avait pas, enfin, si en M1, il y avait un travail de réflexion personnelle, mais ils restaient dans leur réflexion à eux. Quand on allait chercher ailleurs, cela ne leur plaisait pas et puis cela pouvait même être un peu jugeant.
Je me rappelle d'un stage que j'avais voulu avoir. J'étais venue à la scolarité parce que c'était un peu compliqué, je ne sais plus pourquoi c'était compliqué… Enfin, il fallait que je valide auprès d'un prof mon stage et lorsque j'ai cité le nom de la psycho au prof que je ne connaissais pas d'ailleurs. Il s'est avéré que sa femme travaillait dans ce service-là et que donc, il connaissait un peu la psycho en question… Et que ce n'était pas le service qui posait problème, mais que c'était la psycho en question, parce qu'elle n'avait pas la même approche…

Emilie : même approche lacanienne homologuée par la faculté?

Sophie : c'est cela, il n'y avait pas le tampon ! Et donc, cela m'avait mise pas mal en colère… Je m'étais rapprochée d'une psycho qui avait cette approche-là parce qu'elle venait de la fac, mais qui ne s'y cantonnait pas. Elle venait de ce moule-là, parce qu'elle venait de la fac, mais moi, j'avais envie d'aller voir un peu ailleurs. Je venais de cette fac là, avec ce parcours là, avec un mémoire qui était un peu dans ce parcours là…

Emilie : quel était ton sujet de mémoire?

Sophie : de maitrise… c'était à la protection judiciaire de la jeunesse et c'était la rencontre de deux jeunes plutôt étiquetés délinquants et c'était de voir comment leurs actes pouvait être un appel au père, soit l'acte, soit par l'écriture, essayer d'éviter ce symptôme-là.

Emilie : le père étant beaucoup abordé par Lacan…

Sophie : Oui et en même temps, cela pouvait être assez juste.

Emilie : Oui, il y avait du sens…

Sophie : oui, il y avait du sens ! En même temps, cela aurait été intéressant d'aller voir d'autres approches moins psychanalytiques en tout cas moins sur Lacan.

Emilie : et comment as-tu fait pour t'extraire du moule ?

Sophie : Parce que peut-être déjà j'avais un regard un peu critique, je percevais ce qu'ils voulaient entendre, cela pouvait avoir du sens mais j'aurais voulu aussi avoir d'autres approches. Peut-être une ou deux intervenantes qui voulaient proposer autre chose, en général, je m'inscrivais à ce genre d'atelier.
Il y a des professeurs qui essayaient de casser cela et moi, cela me mettait en colère. Mais, je ne me faisais pas non plus remarquer plus que ça. Mais je n'étais pas dans aller à tout prix dans les séminaires, acheter tous les bouquins… J'en ai acheté quelques uns, mais pas tant que cela.
Et puis, j'étais dans ce regard critique, un peu extérieur. J'essayais de m'extraire un peu de cela. J'y étais, mais j'avais quand même un pied à l'extérieur. J'avais bien perçu que si j'allais dans les stages où la psycho n'était pas comme eux, cela n'allait pas…

Emilie : C'est à dire que tu as vraiment réussi à t'adapter à cette formation-là en en prenant ce qu'il y avait de bon et en gardant toujours ce regard critique qui te permettait de pouvoir t'en extraire..

Sophie : Oui, j'aurais pu aussi aller chercher des choses à l'extérieur…

Emilie : et depuis que tu as fini tes études, est-ce que tu t'es autorisée, pris le temps d'aller voir d'autres choses, d'autres formations…

Sophie : Du coup, à la sortie des études, j'avais envie d'aller voir tout ce qui est DU. Je ne connaissais pas trop le milieu, mais j'avais envie d'aller voir… Il y avait notamment le DIU de soins palliatifs. J'ai vu qu'il fallait déjà une certaine expérience. Donc, il fallait commencer par travailler. Donc, je n'ai fait que quelques conférences, quelques formations courtes.
Quand je te disais que j'avais quelques formations, j'en ai surtout eu une avec l'association "SOS inceste". C'était peut-être que deux jours, mais déjà… C'était sur l'évaluation de la crise suicidaire, l'art thérapie… Des choses comme ça qui ont été assez libératrices. C'était des choses nouvelles que j'apprenais et qui n'étaient plus en liant avec une approche très particulière. C'était intéressant… Après c'était plus des lectures (…)

Emilie : Aujourd'hui tu es en réseau?

Sophie : Alors c'était un réseau qui a été rattaché à l'hôpital et qui est maintenant une EMSP domicile et EHPAD. On est rattaché à l'équipe hospitalière mais on a toujours ce versant domicile.

Emilie : et donc, tu as aussi cette pratique ici, dans cette institution (réseau de coordination SP) où tu fais plus de la formation, de l'animation de groupe… Est-ce que tu vois beaucoup de patients en soins palliatifs?

Sophie : Alors, ici, pas du tout… Et puis à l'EMSP, c'est assez fluctuant en fonction des demandes, du sens que cela a. Parce que parfois, cela peut être des demandes essentiellement médicales. J'essaye d'intervenir en binôme, surtout avec l'infirmière. Cela peut être avec le médecin mais un peu moins souvent. C'est surtout avec l'infirmière parce qu'elles sont trois et qu'elles sont un peu le pilier de l'équipe et donc on fait des binômes avec les infirmières sinon elles interviennent seules. Du coup, j'essaye d'intervenir avec elles auprès des patients, familles…

Emilie : Est-ce qu'on peut dire que l'essentiel de ta pratique est tourné vers les soignants et les équipes?

Sophie : ici, oui et là-bas de plus en plus… Je vais dire malheureusement quand même. Depuis que je travaille ici, je perçois bien qu'il y a un intérêt à soutenir les équipes, à leur apporter une certaine réflexion, enfin, les amener à une certaine réflexion, leurs apporter des conseils, mais en même temps, ça me manque et j'ai besoin d'être dans la clinique pour d'abord apporter du concret et aussi pour enrichir ma réflexion.

Emilie : On perd un peu…

Sophie : Oui… quand j'ai postulé ici, il y avait les deux postes à mi-temps qui s'ouvraient et le directeur de la structure m'avait dit qu'il préférait deux psychologues, plutôt qu'un seul à temps plein, dans l'idée que le psychologue puisse avoir une pratique clinique à côté avec des entretiens individuels, des soutiens de familles…Mais, il y a de plus en plus de demandes de formation, c'est intéressant et j'ai changé ma façon de faire. Mais si je n'avais plus de clinique du tout… Ça m'embêterait un peu. On a toujours les mêmes exemples, ça ronronne un peu, je m'inspire de mon expérience dans les EHPAD et maintenant que je n'ai plus cette expérience-là, c'est vrai qu'il faut au moins que je puisse continuer à alimenter. Et puis c'est vrai que c'est

important… Ça m'intéresse d'être en direct. C'est important de pouvoir soutenir les soignants qui sont aux prises avec ces situations-là avec les patients et les familles, mais c'est vrai que cela manque.

Emilie : C'est vrai qu'à un moment, on est un peu déconnecté du soin, de la façon dont laquelle cela se passe dans les services. As-tu ce même sentiment?

Sophie : déconnectée… alors, une fois dans une analyse de pratique je parlais de la façon dont on pouvait écouter la souffrance pour faire bouger la personne et … Il y a un soignant qui m'a dit : "C'est beau ce que vous dites". Je me suis dit : " Ok, là, je suis dans de belles paroles idéales". Et en tout cas, cela ne leur parlait pas vraiment. Apparemment j'avais eu des échos que l'analyse de pratique avait fait bouger des choses. Mais en tout cas, sur le coup, j'avais senti que …

Emilie : Cela avait créé même des résistances?

Sophie : Oui, j'étais dans l'idéal, les belles paroles et que pour eux dans le concret de la pratique ce n'était pas possible.

Emilie : parfois, j'ai l'impression que les SP, c'est l'idéal de la prise en charge, qu'on essaye de tendre vers cet idéal, que les unités ont cette capacité en termes de personnel, de temps dédié… Mais que la réalité de terrain, c'est quasiment impossible à faire en dehors des services de soins palliatifs, pour autant que ce soit encore réalisable dans ces services-là.

Sophie : … Ça peut créer des décalages entre ce vers quoi on aimerait tendre et ce qui est concrètement possible. Mais nous même, quand on est en supervision, en équipe et que l'on discute de certaines situations, la psychanalyste nous fait quelques propositions et elle essaye de me proposer que je rencontre très régulièrement la personne. Mais concrètement, ce n'est pas possible. Ce sera régulier, mais à ma manière, ce sera régulier mais, ce ne sera pas tous les jours et encore c'est parfois difficile, ce sera au coup par coup. Ce sera aussi en fonction des autres demandes, s'il y a aussi d'autres situations sur lesquelles je dois aussi être.

notion de soins palliatifs en lien avec un imaginaire de la bonne mort déconnecté de la réalité de terrain.

Emilie : C'est aussi être obligé d'adapter ton cadre, adapter ton cadre au contexte dans lequel tu interviens et cela ne peut pas être un cadre rigide qui consiste à dire qu'il faut voir logiquement la personne toutes les semaines, voire 2 fois par semaine pour mettre au travail. Mais à côté de cela, j'ai souvenir que dans ma pratique, même en n'étant pas à plein temps, la possibilité de voir le patient trois fois dans la semaine parce que c'était les trois jours où j'étais là, il y a des petites choses qui arrivent, des rendez-vous de cinq, dix minutes… où on peut être dans ça. C'est toujours dans une structure particulière qui est celle des soins palliatifs.

Sophie : Disons, que moi, je suis intervenue dans un EHPAD où j'avais un temps très réduit, je pouvais venir en journée ou deux après-midi dans la même semaine. Mais, de mon point de vue, ce n'est absolument pas possible quand tu es dans une équipe domicile, parce que parfois, il faut au moins une demi-heure pour aller sur le lieu, plus le retour, parfois, cela me bouffait tout l'après-midi entre le trajet et l'entretien. Donc, je privilégiais un temps long plutôt que plusieurs temps courts, parce que je ne pouvais pas me permettre… et puis je ne pouvais pas forcément faire deux entretiens dans le même après-midi, avec la distance… C'était compliqué, sachant qu'à une époque, j'intervenais en demi-journée. Maintenant, je peux plus facilement déborder sur le temps du midi, je me dis que je pourrai toujours rattraper après. Maintenant, je peux plus facilement gérer avec l'après-midi et être à l'heure pour la réunion…

moment réflexif construit sur la base du factuel

Emilie : tu ne t'es jamais sentie mis à mal par ce rythme un peu complexe… coupé…

Sophie : Il y avait la mise à mal physique et psychique, C'est à dire que j'étais complètement épuisée parce que j'étais morcelée dans plein d'endroits différents dans lesquels il fallait mettre en place des projets, surtout en EHPAD. Il ne fallait que ce soit que mon désir à moi. Animer les groupes de parole, amener sa dynamique, parce que les groupes de parole, cela s'essouffle, donc, il faut entretenir cela du côté de l'équipe, entretenir la réflexion. Et tout cela c'était épuisant et à la fin de la semaine, j'étais sur les rotules. C'était quand même assez lourd. C'est pourquoi, quand j'ai entendu parler de ce mi-temps-là, je me suis dit que cela allait me permettre de me consacrer sur deux temps dans lesquels j'allais pouvoir m'investir de façon conséquente.

Emilie : j'ai un collègue qui disait cela, mais je suis assez d'accord avec lui. Il disait : " qu'il y avait un temps pour tout et que l'on a chacun des énergies, des ressources, des capacités pour faire certaines choses. Il m'expliquait qu'il se sentait dans un moment pour pouvoir faire du soins palliatifs, qu'il sentait que c'était bien pour lui. C'était pas mieux ou moins bien, qu'il pouvait faire du SP, mais qu'il ne pourrait pas faire du polyhandicap chez l'enfant par exemple." Est-ce que toi aussi tu ressens cela, que les soins palliatifs s'inscrivent dans une certaine période de ta vie qui peut être longue ou tu sens que cela pourrait avoir une fin ?

la notion d'épuisement vient de la sensation de morcellement de la pratique

Sophie : Sans doute que cela aura une fin, mais je ne la perçois pas pour le moment. Cela m'arrive d'être épuisée ou être frustrée par moment, c'est assez cyclique. Cela aura une fin, mais je ne perçois pas une limite pour le moment, mais je ne la perçois pas pour le moment. Mais, c'est vrai que je ne pense pas pouvoir travailler dans le milieu du poly handicap, de l'autisme, ça je ne pense pas. Peut-être que cela vient faire écho à certaines angoisses pour moi. Alors que dans les soins palliatifs, je m'y retrouve. J'arrive encore à y trouver des ressources, à trouver que cela a du sens.

Pour l'instant, je ne perçois pas cette limite-là de mon côté personnel. Et puis je crois que de travailler dans une équipe, on arrive à réfléchir ensemble, cela aide aussi. Peut-être que si c'était plus compliqué en équipe, peut-être que ce serait aussi cela une limite. Comme cela se passe bien en équipe… L'équipe c'est aidant. Il y a aussi la question des trajets, c'est difficile… En même temps, je trouve que c'est assez varié, on est sur plusieurs volets quand il y en a un qui est plus épuisant, on peut aller sur un autre volet… Quoi que j'aie plusieurs casquettes et que en fait je dois tout faire. Je ne peux pas passer le relais, parce que pour mes collègues psycho qui interviennent en intra la mutualisation n'est pas à l'ordre du jour…

Notion importante par rapport à l'équipe, de l'interdisciplinaire comme forme de soutien et de formation.

Emilie : d'un point de vue institutionnel ou d'un point de vue individuel, c'est à dire que l'on a notre poste et on veut le garder ?

Sophie : C'est un peu ça, un peu des deux. En tout cas, avec une, je sens bien que le cadre, c'est l'hospitalier et que le domicile, c'est pas du tout sa pratique et cela serait plutôt insécurisant pour elle. Je ne la vois pas et d'ailleurs, elle ne se voit pas non plus. Cela la mettrait en difficulté et je ne pense pas que cela serait aidant pour moi. En tout cas, il y a plusieurs volets, c'est assez épuisant pour moi mais, l'un peut enrichir l'autre. Il n'y a pas que des entretiens qui s'enchaînent. Il y a aussi des réunions de coordination, ou aller parler de sa pratique… ou y réfléchir avec des soignants. Et cela, à la fois, cela peut être morcelant, mais c'est aussi ressourçant.

Emilie : est-ce que tu as l'impression, parce que là on voit que tu prends des ressources dans l'équipe, dans les formations… que cela pourrait être épuisant de ne faire que des entretiens de patients et de famille ?

Sophie : Je ne sais pas…

Emilie : Tu n'en as jamais eu l'expérience ?

Sophie : Oui, parce que finalement dans mon expérience, il y a toujours eu autre chose que cela. Il y a toujours eu des groupes de parole, réfléchir à un projet avec l'équipe. Comme il y a d'autres choses, cela demande beaucoup de ressources, mais c'est vrai que s'il n'y avait pas cela… Les jours où il y a beaucoup d'entretiens qui s'enchaînent cela demande pas mal d'énergie, en plus il y a beaucoup de temps de trajet. A la fois, je trouve cela super intéressant, mais cela demande beaucoup d'énergie. Pouvoir varier, c'est pas mal aussi…

La diversité de la pratique est paradoxale : morcelante et ressourçante

Emilie : est-ce que l'on peut dire que cette variété, cela t'aide à être en équilibre dans ta pratique ?

Sophie : oui peut-être…

Il y a peut-être autre chose… je te disais tout à l'heure, les trajets… Et en même temps, j'ai repéré que cela m'aidait aussi à prendre de la distance… Le temps de la voiture, c'est un temps où tu réfléchis… et pour avoir travaillé en EHPAD où tu enchaînes les entretiens tout un après-midi, tu sors d'une chambre pour aller dans une autre… Et de ce que j'ai pu percevoir, sur un temps court à l'USP, j'ai l'impression que cela demande plus d'énergie, dans une même structure, sur un temps très concentré… On n'a pas forcément le temps d'y réfléchir, de faire une coupure. Je pense que le fait d'intervenir sur du domicile, c'est vraiment aidant pour moi. On a le temps de se préparer. On ne sait jamais ce qu'on va découvrir et comment cela va se passer, mais c'est aussi une mise en ambiance… Par la suite, cela permet de faire une transition, peut-être des appels à passer… Enfin, c'est un temps de transition et c'est peut-être cela qui est aidant. Vraiment, enchaîner, ce n'est pas si simple. C'est, tout de suite, se remettre dans un état…

Emilie : …de disponibilité?

Sophie : Oui, ce que je pouvais faire, mais cela demande énormément d'énergie. C'était à la fin de l'après-midi… Ça dépendait parfois je faisais des coupures, faisais des compte-rendus… Et parfois vraiment que cela s'enchainait vraiment… Le temps de transmission, qu'est-ce que je vais écrire ? qu'est-ce qu'il m'a évoqué ? qu'est-ce que je vais dire à l'équipe... Prendre du temps pour la réflexion cela aide à faire synthèse, parce que parfois, c'est pas forcément possible tout de suite après. C'est vrai que cela prend de temps... oui... ça aide à faire synthèse.

notion de protection dans les trajets et la mise à distance

Emilie : Dans ton équilibre, même si cela amène de la fatigue, les temps de trajet, de transport, ce sont des temps bénéfiques ?

Sophie : Oui. Ce qui... peut être... Parce qu'on en a discuté pas mal de fois avec les collègues et c'est comme cela que eux le vivent. Evidemment quand on est ensemble, après la situation, après l'évaluation, d'avoir un temps dans la voiture pour en discuter de ce qu'on a ressenti, de ce qu'on a perçu de ces temps, de ce qu'on pourrait écrire dans le compte-rendu, de ce que l'on va pouvoir peut-être travailler auprès d'eux, mais aussi auprès des soignants. On n'a pas toujours ces temps-là lorsque l'on est au bureau, finalement, on a ce temps pour un peu y réfléchir.

Discours ralenti qui fait signe d'une élaboration

Enchaîner ce n'est pas si simple, c'est tout de suite se remettre « en état »

Emilie : est-ce que tu as l'impression que la clinique en soins palliatifs est une clinique plus difficile que les autres cliniques parce qu'il y a la proximité de la mort et ses angoisses ?

Sophie : Est-ce que c'est plus dur que les autres cliniques ? Mais c'est peut-être aussi en fonction des angoisses propres à chacun, il y a l'angoisse universelle de la mort etc… mais cela peut renvoyer à chacun ses propres projections, sa propre histoire familiale. Donc, oui, parfois, ce

n'est pas facile parce qu'on se prend vraiment un gros paquet d'angoisses et en même temps, mes limites à moi, ce n'est pas forcément cela actuellement. Je n'irais pas travailler dans le milieu du polyhandicap ou de l'addicto. Ce n'est pas ce qui, moi, me correspondrait, mais parfois, on peut être considérée comme des psycho un peu à part, par rapport aux autres… Moi, je n'ai pas trop ce regard extérieur, parce que je ne suis pas trop en lien avec les autres psychos de l'hôpital, par le biais du collège des psys ou autres. Avant, j'en avais très peu parce que les réunions étaient toujours des jours où je ne travaillais pas ou alors j'estimais que j'avais d'autres choses de mieux à faire. Je n'ai jamais vraiment réussi à trouver ma place. Je faisais pas trop d'effort… Mais en tout cas, c'est ce que mes collègues psycho en soins palliatifs que c'était ce qu'on leur renvoyait… Que ce n'était pas évident. Que cela renvoyait à des situations un peu complexes.

Emilie : Je m'interroge sur la question de l'empathie, je ne sais pas si je vais réussir à exprimer les choses. Il y a certains courants de pensée qui estiment que pour être empathique, c'est important d'avoir vécu les situations ou alors c'est sur un mode un peu de résilience. C'est à dire que si l'on a vécu des choses un peu difficiles dans sa vie, on développe une certaine empathie… Qu'est-ce que t'en penses ?

Sophie : C'est un peu problématique ! Cela voudrait dire que je suis déjà en fin de vie et cela va être compliqué pour aider l'autre…

Emilie : Quand tu dis cela aussi, cela veut dire que tu te sens dans l'empathie avec les patients ?

Sophie : Oui, je considère que l'empathie, enfin ma définition… C'est au moins d'essayer de comprendre ce que ressent l'autre, ce qu'il perçoit de sa situation, ses difficultés, ses ressources… Et approcher cela sans pour autant m'identifier à lui. Dans ce cas, cela veut dire : "pouvoir dire identifier comment nous on l'a vécu…" Après cela fait écho à l'association dont je te parlais. Il y avait des bénévoles qui avaient été eux-mêmes dans la même situation, et cela me semblait un peu problématique et en même temps cela pouvait avoir du sens. La question était : "est-ce que cela ne glisse pas vers une identification ou une projection? ". En même temps, cela montrait à l'autre que l'on peut quitter cette place là, dans ce sens-là, cela peut avoir du sens. Je ne les voyais pas forcément parler de leur expérience, donc, ils arrivaient à trouver une place qui n'était pas trop déconnante. Mais c'est vrai que cela peut poser question. Et en général, les binômes étaient composés de quelqu'un qui était ancienne victime et quelqu'un qui faisait autre chose. Mais la question qui pouvait venir, c'était : "qui est qui ?". Mais en tout cas, c'était posé comme ça et qu'il y avait quelqu'un qui était dans une écoute peut-être plus empathique, en tout cas qui l'avait vécu de l'intérieur et qui avait réussi à changer de statut et quelqu'un qui était dans un autre regard, un autre statut aussi et parfois aussi "professionnel" qui pouvait avoir une

écoute empathique mais sans l'avoir vécu. Les deux existent, on a peut-être pas besoin d'avoir vécu la situation pour pouvoir… Effectivement, on ne comprendra jamais, mais quand on l'a vécu, ce ne sera jamais le même vécu, le même ressenti, donc, on ne peut pas non plus plaquer notre vécu à celui de l'autre. Il ne s'agit pas de ça. Donc, j'ai l'impression de, même si ce n'est pas un mot que j'utilise au quotidien, mais j'ai l'impression d'être dans une écoute, la plus proche possible de ce que ressent l'autre. D'ailleurs, lorsque je transmets quelque chose à l'équipe par rapport à une situation qui s'est passée, l'équipe me dit :"C'est pas comme ça que cela s'est passé". "Oui, mais c'est comme ça qu'il l'a ressenti". A ce moment-là, je me fais son porte-parole. Dans ce sens-là, si j'ai réussi à faire penser que j'étais complètement en adhésion à la situation, même si c'est pas forcément le cas…

Emilie : Ok, je te remercie de ce que tu as pu me transmettre. Comment as-tu vécu l'entretien?

Sophie : C'est surtout moi qui ai parlé, mais c'était intéressant d'avoir tes questions… C'était déjà plus ou moins posé mais c'est important de le remettre en lumière. Oui, la question des limites, je me la pose de temps en temps, quand notamment j'avais vu une collègue arrêter son activité et cela fait écho à est-ce que moi, j'en suis là ou pas… Et finalement…

Emilie : Moi, je suis toujours dans ce questionnement, parce que évidemment, tu sais que j'ai arrêté mon activité. Je ne sais pas pourquoi je l'ai arrêté encore… Ce qui a été le plus déterminant de : "j'en ai marre de faire des soins palliatifs, j'en ai marre de faire de la route ou j'en ai marre d'être payée des clopinettes, j'en ai marre de trop bosser…" Parce ce que si c'est « j'en ai marre de faire des soins palliatifs », c'est pas la même chose que « j'en ai marre de faire de la route ». Ça veut dire que je peux faire des soins palliatifs si c'est à 5 min de chez moi… Et donc, c'est pas les soins palliatifs qui sont problématiques, mais un contexte de vie et là cela fait écho à la réalité des psychologues car je pense que l'on est une profession qui est mise à mal en terme de temps de travail. Un autre collègue que j'ai interrogé me disait : " Moi, j'ai de la chance, parce que comme il y a majoritairement des femmes, en tant qu'homme, je trouve facilement du boulot parce qu'ils sont contents de trouver des hommes dans les services. Mais il y a un moment où je passais 3 heures dans les transports. Et donc, ce qui m'a fait arriver dans les soins palliatifs, c'était pour arrêter de faire 3 heures de transport par jour. "

Sophie : oui, c'est vrai que, pour moi, avoir un mi-temps, c'était le rêve.

Emilie : Je crois que cela entre vraiment en compte dans la pratique des psychologues. On a des sensibilités pour aller dans l'une ou l'autre des voies. Mais que cette réalité contextuelle de société et de dire que d'abord on prend ce qu'on peut, enfin d'abord on accumule et puis par la suite, on peut commencer par lâcher.

Sophie : qu'est-ce qu'on a vraiment le plus investi?

Emilie : Et qu'est-ce qui fait lâcher : une qualité, une quantité de vie, des facilités… Et ça, cela m'interroge dans les parcours psy… Parce que j'ai interrogé une autre collègue qui elle est depuis 19 ans en soins palliatifs, elle est bien dans son institution, elle y est à plein temps. Elle trouve que la clinique des soins palliatifs, c'est facile ou en tout cas c'est pas un problème.

Sophie : Oui, pourquoi pas.

Emilie : Il n'y a pas du tout de remise en cause par rapport à je suis fatiguée, j'ai envie d'aller voir ailleurs. Moi, je m'épanouis dans cette clinique-là, je sais que je ne trouverai pas mieux ailleurs. Elle est dans un contexte institutionnel où elle est à plein temps dans une structure.

Sophie : Ça peut être confortable !

Emilie : Et à côté de ça, je pense à une autre collègue avec qui j'ai commencé à faire du soin palliatif, qui en a fait pendant 7 ans et puis qui a transformé les choses en créant une équipe mobile d'accompagnement psychologique et elle me disait : "j'ai fait 7 ans de soins palliatifs… Je me demande comment j'ai pu faire une chose pareille…" Cela aussi cela m'a interpellé… Je me suis demandé si à un moment, en tant que psy, il faut savoir sortir de cette clinique qui est quand même très particulière malgré tout, pour revenir dans la vie ou… est-ce qu'il n'y a pas besoin ?

Sophie : En même temps… Effectivement, c'est quand même très particulier. Ce sont quand même des moments de vie pas facile, mais… en même temps, c'est quand même des moments de vie parfois très riches. Tu vois il y a une dame que j'ai suivie un petit moment et après elle a été hospitalisée et je n'allais plus la revoir. Et tu vois, finalement, c'est une belle rencontre, c'était des entretiens riches, mais surtout, c'était une belle rencontre. Il y avait de l'émotion, ça ne m'a pas gênée de le dire, mais surtout c'était une belle rencontre, j'ai apprécié. Peut-être aussi que le domicile, par rapport à l'hôpital, me permet de ne pas être confrontée aux tous derniers moments. C'est à dire que lorsque la personne est à l'agonie et bien, je n'y vais plus pour elle, c'est à dire que cela peut ne pas être le même domicile, je ne vais pas dans la chambre. Et moi, je ne vais pas y être confrontée directement. Je sais que cela se passe, mais je n'y suis pas confrontée directement.

Emilie : Comme si cela n'existait pas vraiment ?

Sophie : Oui, il y a un peu cela quand même. Je me dis que dans une institution, on y est vachement plus confronté. On ne peut pas faire semblant, c'est vraiment le réel et moi, peut-être que dans un coin de ma tête, je me dis que ça n'existe pas vraiment.

Emilie : Et tu vois, si je réfléchis par rapport à ce que tu dis, ce qui m'était devenu le plus difficile, c'était moins la rencontre avec les patients que la souffrance des familles. C'est à dire prendre de plein fouet l'énorme chagrin que représente la perte de la personne… Et ça, je sentais que j'avais plus envie de le prendre, de l'accompagner ou je n'étais plus en capacité de l'accompagner.

Sophie : oui…

Emilie : C'est à dire que la personne décède dans sa chambre et d'être "obligée" de ramasser à la petite cuillère la famille, l'accompagner dans ce chagrin-là, dans cette souffrance. Je sentais que cela devenait lourd.

Sophie : Et tu vois, c'est pour ça que je pense que par rapport au domicile, on peut… Tu vois, si je ne le sens pas, je peux appeler d'ici une heure… Alors que si je la croise dans le couloir, je suis plus obligée d'y aller. Alors qu'au domicile, j'appelle quand je suis un peu plus prête, je prends un rendez-vous, un peu en fonction d'eux, mais aussi en fonction de moi. C'est modulé en fonction de pleins de choses. En institution, c'est moins possible. En EHPAD, quand je croise un résident qui n'a pas l'air bien ou une famille. Tu ne vas pas leur dire "Au revoir"… Là il faut que tu fasses avec ce que tu es à ce moment-là. Alors qu'au domicile, parfois, c'est ça, mais parfois, c'est : "allez, d'ici une heure j'appelle.".

Emilie : Un peu comme une mesure de sécurité par rapport à toi.

Sophie : oui, oui

Emilie : C'est possible de le faire en institution, tu restes dans ton bureau et tu n'en sors plus. D'ailleurs, cela peut être une critique des soignants à l'encontre des psychologues. C'est une bonne façon de fermer la porte.

Sophie : et bien tu vois, moi, en EHPAD, il y a des moments où je n'en pouvais plus et c'était peut-être une façon de me retirer. Bon, je ne faisais pas que cela, mais bon ! Après, ils ne me l'ont jamais dit directement, peut-être qu'ils l'ont pensé, mais jamais dit ! Peut-être qu'ils ne l'ont pas perçu. En tout cas pour moi, c'était important. Plutôt que de dire voilà, je suis en aide, mais à la fois aussi, je m'effondre. Et quand je te disais que je revenais faire mes compte-rendus, c'était aussi pour faire un peu un sas dans le bureau. Et à domicile, le bureau c'est l'endroit où on va pas rencontrer les familles…

Emilie : Où on rencontre personne !

Sophie : Oui, c'est très très rare. Parfois des familles, mais c'est très rare. C'est surtout les coups de fil…

Emilie : oui que tu aies quelqu'un qui te demande à l'improviste…

Sophie : C'est quasiment jamais. C'est plus par coup de fil. Et quand on est là, on prend. Je ne pense pas avoir dit… Quand ils appellent, ils appellent… Quand je me déplace, j'y suis…

Emilie : C'est peut-être aussi dans la position qu'on prend ou ce que l'équipe donne…

Sophie : oui.

Entretien Babette (durée 53 min)

- *Emilie : Comme je te le disais, je travaille sur la durée de vie des psychologues en soins palliatifs : qu'est-ce qui fait qu'on arrive en soins palliatifs ? qu'on est psy ? ... La première question que j'ai envie de te poser, c'est : comment es-tu arrivée en soins palliatifs ?*

- Babette : C'est une bonne question parce que je pense que … ça fait très longtemps, peut-être avant même d'être psy, que j'avais envie d'aller voir ce qui s'y passait. Pour quelle raison à ce moment là, je ne sais pas exactement, j'avais peut-être besoin de me confronter à quelque chose de … je pensais que c'était dur, en fait, et j'avais peut-être besoin de me confronter à quelque chose de dur. je ne peux pas l'expliquer autrement. Après, quand je me suis formée pour être psychothérapeute, là, ça a été plus un concours de circonstances : j'avais toujours ça en tête, comme dans un petit coin de ma tête, en me disant "je ne sais pas si ça se fera un jour mais …", voilà, c'était dans un petit coin de ma tête. Et puis, comme j'animais une formation en hypnose, j'ai rencontré le docteur A et elle m'a dit :"est-ce que tu ne voudrais pas venir ?" et, du coup, sans me poser de questions, je me suis dit … il y avait un temps pour ça, c'était prévu un peu, quoi … Je ne sais pas comment l'expliquer.

Certains moments d'hésitations et de construction de discours.

- *Emilie : Ce que tu es en train de me dire, c'est que le soin palliatif, c'est un service dans lequel tu avais toujours imaginé pouvoir aller un jour, qu'il y avait un temps prévu pour ça, et que ?*

- Babette : Je savais qu'il ne serait pas long. Je m'étais donné trois ans pour travailler là. C'était un peu ce que je m'étais fixé, en me disant ... trois ans, peut-être quatre, mais pas plus de cinq en tous les cas.

Notion de temps fixé au préalable

- *Emilie : Pourquoi trois ans ou pas plus de cinq ?*

- Babette : Ah oui, c'est une bonne question … Pourquoi pas plus de cinq … Euh … Parce que j'avais dans l'idée - alors, c'est peut-être... (long silence) C'est peut-être faux - mais j'avais dans l'idée que c'était dur et qu'il fallait que je me protège. Donc, que trois ans, ça me paraissait être une bonne … pourquoi trois, je n'en sais rien, hein … ça me paraissait être une bonne durée, en fait … et … mais bon, il y a des gens qui restent beaucoup plus longtemps, en fait, et ça va très bien.

caractère très réflexif de la réponse, beaucoup de temps de réflexion.

Notion de **bonne durée ?**

- *Emilie : Oui*

- Babette : Mais peut-être que je savais que je n'étais peut-être pas … (long silence) suffisamment protectrice vis-à-vis de moi. Peut-être que je me connais un peu …

Attention à son propre ressenti : connaissance de

- *Emilie : D'accord, c'est en te connaissant un peu que tu t'es dis que, de toutes façons, tu ne ferais pas « long feu » en soins palliatifs …*

Rires partagés au moment de l'utilisation du « long feu » sur un mode humoristique

- Babette : Voilà, c'est ça : je ne ferais pas long feu. Mais c'était pas … enfin … en même temps je pensais que c'était une bonne durée parce que je pense que, quand même, c'est … , c'est un service tellement dense, où tu es confronté à des choses tellement denses, qu'une telle densité, une telle intensité de … de vie … - "de vie", c'est étonnant, hein ? - il y a une telle intensité de ce que tu vis là , que je me disais que je ne pourrais jamais vivre avec le même densité tout le temps. Et d'ailleurs, au départ, quand j'ai commencé ma pratique, je travaillais le matin à l'hôpital et l'après-midi en consultations en libéral, et je me rendais compte que je n'étais pas juste avec mes patients, l'après-midi. Parce qu'ils venaient avec des problématiques d'énurésie, de déprime, … tu vois, des choses de la vie, quoi, et je trouvais que c'était ridicule par rapport à ce que je vivais le matin. Je me disais "mais c'est …pfff …" … Ca m'ennuyait. A la limite, ça m'ennuyait. Je n'étais pas juste avec eux, parce qu'ils avaient besoin, aussi, d'aide mais je n'étais pas juste avec eux. Et c'est pour ça qu'après, j'avais mis une journée au CHU et une journée en consultations, une journée au CHU, une journée en consult' … Parce que moi, il me fallait au moins la nuit pour digérer et le lendemain, euh … En fait, ce qui était compliqué, c'était de mener les deux à la fois. Peut-être que j'y aurais travaillé plus longtemps si je n'avais fait que ça, bizarrement.

notion d'intensité cf diagramme tropes

- *Emilie : D'accord …*
- Babette : Ça paraît contradictoire …
- *Emilie : C'est-à-dire que c'était le grand écart qui était problématique ?*

beaucoup d'hésitations pour formuler cette phrase

- Babette : Oui, c'était difficile de passer de ce service-là à ma pratique libérale.
- *Emilie : Ok ! Parce que, moi, je ressentais les choses différemment : c'est-à-dire que je trouvais ça agréable de faire du "pipi-caca" un jour sur deux, par rapport à …*
- Babette : …à l'intensité...

rapport intensité service (voir rapport tropes)

- *Emilie : … à l'intensité du soin palliatif.*
- Babette : oui, mais je me rendais compte que je n'étais pas juste avec mes patients. C'est ça qui m'a inquiété.
- *Emilie : c'est vraiment le fait de retrouver un équilibre avec tes patients du quotidien.*
- Babette : voilà : les patients du libéral, j'avais tendance à sous-évaluer leurs problèmes.

utilisation de l'humour
rires partagés

"donc, bon d'accord, c'est un problème d'énurésie, euh, on va pas en faire …"

- *Emilie : "on ne va pas en faire une maladie, quoi" ...*

Moment de co-construction ou narrateur et narrataire se chevauchent

- Babette : voilà, on va pas en faire une maladie... alors que … bon, le gamin, il était embêté. Les demandes des parents, tout ça, j'étais … pfff … je sentais bien que je n'étais plus raccordée à ça, quoi. Je ne devenais plus juste avec mes patients. Tu sais aussi combien, au bout de trois ans, on peut être fatiguée … tu en as été témoin …

- *Emilie : mmmmh ... oui ... Quand tu parles de ça ... Est-ce qu'on peut reparler de ce que, toi, tu as vécu à ce moment-là, au bout de trois ans ? Est-ce que tu veux bien qu'on ...*

- Babette : ouais, euh … mmmh … peut-être bien que j'ai oublié des choses, hein, parce que j'ai vécu aussi des choses extraordinaires en intensité, en rencontres avec les gens, en partage d'expérience avec mes collègues, … j'ai vécu des choses extraordinaires dans ce service. Mais le psy est moins bien protégé que les autres, je pense, bizarrement, parce que …

- *Emilie : tu veux dire : en première ligne ?*

- Babette : ben … en fait, si tu veux, je trouvais que, dans le service, c'était : un tiers pour les patients, un tiers pour les familles, un tiers pour les équipes, en gros. Donc, quand une équipe était en difficulté, j'y allais, on discutait, et caetera. Après, je me suis rendu compte que, quand la psy était en difficulté, ben … je ne savais plus vers qui me tourner, en réalité. Alors, effectivement, j'en parlais en ville, mais pas au CHU. Au CHU, il n'y avait rien qui me protégeais ! Je ne sais pas si, toi, tu as ressenti ça.

manque de soutien de l'équipe
notion de maltraitance de l'institution

- *Emilie : non ... ce que je me posais comme question - et c'est peut-être inhérent à la dynamique de l'équipe et à l'institution - c'est si ç'aurait pu être différent dans une autre équipe, avec d'autres personnalités ... pour toi ?*

- Babette : je pense. Ça tenait certainement à … à des … Oui, je pense, oui.

- *Emilie : parce que, bon ... on se connaît, on connaît le contexte et ... moi, je n'ai pas eu le sentiment d'être mise en difficulté. Par contre, le sentiment que j'avais, c'était que, dans le service, dans l'équipe fixe, le psy était le dernier rempart avant l'explosion totale ...*

Sourires

- Babette : tout à fait d'accord

- *Emilie : ... c'est-à-dire : les familles explosent, les patients explosent, le médecin explose et c'était au psy de tenir encore les digues émotionnelles, on va dire ...*

- Babette : exactement ! Mais … mouais … (long silence) je … Ce qui s'est passé, c'est que … oui, tout à coup, j'ai manqué de protection, en fait. Quand j'ai manqué d'air - j'avais l'impression de manquer d'air - je ne savais plus où reprendre mon air dans ce service, ben …

co-construction pour élaborer le mal-être de Babette comme si pas possible

je pense que je l'ai repris grâce à toi, mais ça a été … il a fallu que j'arrête … Mais, euh … Un moment, j'ai demandé de l'aide et je n'en ai pas eu.

- *Emilie : d'accord, c'est-à dire que tu as demandé de l'aide dans l'équipe …*
- Babette : oui

posture du psy : vue par les autres

- *Emilie : … et que personne n'a …*
- Babette : on m'a dit que j'étais psy et que c'était mon affaire …

notion d'isolement

- *Emilie : mmmh*
- Babette : … que c'était à moi de me protéger , que je n'avais pas à … Alors : toi tu es là pour protéger toute l'équipe, pour, euh … Comme tu dis : tu es le dernier rempart sur les digues, mais toi, quand tu as besoin d'aide, là tu n'as plus grand monde … t'as plus grand monde … Mais bon, je ne vais pas nommer …
- *Emilie : de toutes façons, on garde l'anonymat, donc ce n'est pas très grave. Je pense que, malgré tout, ce médecin-là a mis en difficulté pas mal de personnes, a décrédibilisé beaucoup de psys et que ça ne facilitait pas les choses.*
- Babette : non, mais en même temps, je pense qu'il a … euh … je pense que j'ai plus tenu le choc que certaines personnes vis-à-vis d'elle…
- *Emilie : ah oui !*
- Babette : mais c'était un peu au prix de … ah, c'était le grand écart, hein ! C'était, euh … En même temps, je continuais à avoir son oreille, son écoute, en même temps que celle de l'équipe, mais ce n'était pas facile parce que, comme j'avais celle de A., je ne pouvais pas, euh … je sentais bien que, de temps en temps, c'était difficile pour l'équipe de savoir s'ils pouvaient se confier ou pas, sachant que j'essayais de maintenir de partout …
- *Emilie : la cohésion !*
- Babette : … oui. Et du coup, c'est une position difficile parce que tu … euh …(long silence) Après, c'est la question de la confiance que les gens t'accordent aussi, ou pas …
- *Emilie : Est-ce que tu as le sentiment que - tu disais tout à l'heure que tu t'étais fixé trois ans, cinq ans au maximum - c'est à dire c'est un endroit où tu avais envie d'aller, un service auquel tu avais envie de te confronter, mais que tu savais dès le départ sur un temps limité, est-ce que tu as le sentiment que tu aurais pu tenir plus longtemps si tu avais été dans un autre service ?*

ambivalence de la distance : j'y vais/ j'y vais pas ! J'y suis/j'y restes/ pas...

- Babette : Oui.

- *Emilie : c'est-à-dire le même service mais d'autres personnalités.*

contagion de la mort ? Contagion de la folie

- Babette : oui, oui, clairement. Je pense qu'elle en a fatigué beaucoup. Elle usait beaucoup. Et … En même temps, c'est compliqué pour moi parce que je dois à cette personne d'avoir vécu cette expérience, c'est quand même quelque chose que je suis contente d'avoir vécu. Puis, en même temps, ça s'est un peu terminé, euh … j'étais tellement mal quand j'ai terminé ! Je pensais vraiment mourir, enfin, c'était …

- *Emilie : Mais si mes souvenirs sont bons, tu n'es pas revenue après le moment où on a dit, euh …*

- Babette : non, le jour où tu m'as aidée, où tu m'as dit : "viens dans mon bureau, tu rentres chez toi, j'appelle ton mari, etc…", je ne suis pas revenue.

- *Emilie : tu n'es plus revenue, après ?*

- Babette : non. J'ai eu quinze jours d'arrêt et ensuite j'ai été en vacances, et ensuite j'ai donné ma démission. J'avais juste un mois à donner, mon CDI avait moins d'un an, j'avais été en CDD avant. Donc, oui, j'ai … je ne suis pas revenue. Mais je n'étais pas capable, donc je …

- *Emilie : oui, oui.*

elle donne le soutien qu'elle n'a pas eu dans sa pratique : elle a trouvé la bonne distance.

- Babette : Après, c'est étonnant, parce que c'est en reprenant mon travail ici et en ne retournant pas à l'hôpital que je me suis rendu compte combien c'était … bouffeur d'énergie pour moi. Euh … Mais franchement oui, je pense que ça tient aux personnes, hein. Parce que j'ai continué à y aller, aux soins palliatifs, parce qu'il y a les groupes de parole pour les soignants, une fois par mois à peu près, et j'aime bien, j'adore. Et je me dis, vraiment …

- *Emilie : oui, c'était une façon de garder quand même le lien avec l'intensité de cette pratique.*

- Babette : oui, et puis de garder la notion de travail d'équipe que j'ai beaucoup aimée, que tu n'as plus en libéral de la même manière.

Notion de **Stratégie** protection alors qu'en début entretien dit qu'elle n'est pas assez protectrice

- *Emilie : Mais, tout à l'heure tu disais "je n'ai peut-être pas été assez protectrice de moi". Pour moi, il y a deux niveaux, enfin… Je veux bien éclairer cette notion-là avec toi. Il y a, en effet, le niveau de l'institution avec des personnes assez malveillantes, on va dire ça comme ça, et puis il y a le niveau de l'intensité de la clinique de soins palliatifs. Est-ce que tu penses aussi que cette intensité-là a contribué à l'épuisement ou à la fatigue ?*

- Babette : en deuxième, mais pas en premier, en fait. Parce que quelque part, j'avais des stratégies beaucoup plus protectrices vis-à-vis de moi par rapport aux patients, par rapport à la vision qu'on pouvait avoir de certaines maladies, enfin .. aux odeurs, tout ce que tu connais. J'avais des stratégies pour me protéger qui étaient beaucoup plus performantes, en

factuel qui se transforme en réflexif

Rires partagés

fait : je ne mettais pas mes lunettes, pour certaines visions, euh … comme je suis myope comme une taupe, ça me faisait un flou artistique qui faisait que je ne voyais pas avec des détails, euh … Donc, c'était tout à fait envisageable pour moi … C'était ma manière à moi de me protéger et de pouvoir être quand même à la rencontre de la personne mais de ne pas voir en détail tout ce qui …

- *Emilie : … tout ce qu'il y avait à voir !*
- Babette : c'était très protecteur pour moi, ça.
- *Emilie : ah oui !*
- Babette : Par contre, les odeurs, j'étais quand même moins, euh … (rires). Non, non, c'est vrai, c'est plus compliqué … Alors, je pense que ça a joué parce que … quand j'ai fait mon espèce de burn-out, là, je pense que … j'étais persuadée d'avoir toutes maladies possibles : cancer en phase terminale, … Je pense que ce n'était pas pour rien, le fait de travailler en soins palliatifs, euh … parce que tu as quand même une vision de ce que les gens ont et donc, ton imagination galopante .. en plus quand tu as de l'imagination, c'est difficile … Parce que tu ne la fais pas toujours travailler à imaginer des choses agréables … Voilà, donc euh … Donc ouais, en premier, je pense que c'était plutôt le manque de bienveillance.
- *Emilie : Ce qu'on voit aussi, c'est que, en soins palliatifs, on se confronte vraiment à une réalité, que d'habitude on a quand même tendance à occulter, à mettre le plus loin possible de soi, et c'est la répétition, la récurrence de cette réalité là qui fait que …*
- Babette : ben, c'est comme un trauma, en fait …
- *Emilie : d'accord ?*
- Babette : ben oui, parce qu'on dit qu'un trauma, enfin, un syndrome post-traumatique est d'autant plus fort que la personne a été confrontée de manière répétée à un trauma. C'est à dire que s'il y a un événement unique, c'est traumatisant mais pas de la même manière que si tu le refais, que si tu le revois tous les jours. De la même manière, il y a des gens qui se traumatisent en permanence en regardant BFM TV, parce qu'ils repassent tout le temps les mêmes images de catastrophes …
- *Emilie : oui, donc ça génère de l'angoisse.*
- Babette : … mais les mêmes images, c'est soixante, c'est quatre-vingt fois, c'est … tu vois ? Et ça génère chaque fois une angoisse. Et je pense que le soin palliatif, ça procède un peu de la même manière, c'est à dire que … bon, tu le vois une fois, tu dis "ok, c'est pas sympa, quoi, c'est … sa tumeur au cou, là … franchement …", voilà, mais tu la vois deux fois, tu la revois trois fois … Puis tu vas dans la chambre d'à côté et c'est un autre truc qui te saute à la

figure … Je pense que c'est le fait que ce soit répété. Parce que je pense qu'il y a quand même des images traumatisantes , honnêtement.

- *Emilie : oui, oui, je suis assez d'accord avec toi : il y a des choses qui sont très violentes.*
- Babette : oh oui ! C'est sûr.
- *Emilie : tout à l'heure, tu disais "moi, je vais faire ça un certain nombre d'années, par contre il y a des gens qui peuvent faire ça plus longtemps". Tu dirais que c'est quoi la différence, qu'est-ce qui permettrait aux autres de tenir plus longtemps ? Voire même, j'ai connu des gens qui faisaient ça depuis dix-sept ans et qui n'envisageaient pas d'autre clinique que celle-là. Là, comme ça, comment tu imagines que les autres peuvent tenir ?*
- Babette : et bien, c'est une bonne question. C'est une question que je me suis souvent posée … Alors je me suis posé la question de savoir si c'était une question de sensibilité personnelle, il y a des gens qui sont plus sensibles que d'autres, je ne sais pas … Il y a une autre question aussi, c'est qu'il y a … euh … ce qu'on peut rencontrer aussi, ce sont des gens qui se sentent une vocation. Moi, je n'avais pas de vocation particulière à aller … je n'ai pas rêver quand j'étais petite d'aller faire du soin palliatif ! Voilà, … Honnêtement, moi je ne sais pas comment ils font, quand même, sur la durée. Dix sept ans, ça me paraît extrêmement long … enfin … (long silence) je ne sais pas … euh … J'avais un critère quand je prenais des vacances : pour prendre mes vacances, c'était quand je me mettais à rêver de mes patients, c'était un bon critère pour moi. Je me disais : si je commence à rêver de mes patients, c'est que je dois prendre des vacances. C'est ce que j'ai toujours fait … mais euh … je ne sais plus ce que je voulais dire, il y avait un lien … comment je voulais formuler ça ? … Il y des moments, c'est un peu comme la grenouille, qui est plongée ou dans l'eau froide ou dans l'eau chaude : si tu la mets dans l'eau froide et que tu mets le feu sous la casserole, elle ne sent pas la chaleur monter et elle meurt. Elle est cuite, en fait, progressivement. Une grenouille que tu plonges directement dans l'eau bouillante, elle sort, elle s'enfuit, elle a un réflexe qui la fait sortir de la casserole. Moi, j'ai eu l'impression d'être comme une grenouille dans l'eau froide. D'avoir été dans un contexte où, au départ, tout était "tu vas voir, Babette, ça va être super, machin …", puis, plus ça allait, plus je sentais la … l'eau qui se mettait à chauffer mais sans en avoir vraiment conscience. Et quand tu m'as vu au bout des trois ans, quand tu m'as dit "viens donc par là, ma cocotte, là j'étais cuite, j'avais l'impression d'être "arrrghh" .

stratégie de protection par rapport au rêve

- *Emilie : raide morte !*
- Babette : oui, que j'allais mourir, hein, c'est sûr.

violence du ressenti

- *Emilie : oui, oui, je me souviens vraiment d'une espèce d'angoisse de mort complètement*

envahissante et sidérante.

- Babette : affreuse … affreuse, à tel point que - enfin, je ne t'avais peut-être pas raconté la suite, mais … enfin si, peut-être ? Donc, le médecin m'a vu l'après-midi, quand … tu sais le vendredi matin, tu as dit : "tu rentres chez toi, j'appelle Thibauld". Thibauld est venu, il a appelé le médecin, le médecin m'a examiné, évidemment j'avais des boules partout, enfin c'était … Et je lui ai foutu la trouille aussi, je pense, comme je t'avais foutu la trouille !

- *Emilie : oui, oui, tu as contaminé tout le monde.*

- Babette : Oui. Elle a réussi à me faire passer une écho le lundi matin. Donc le lundi après-midi, Thibauld est venu avec moi, le mec regarde, je passe une mammo et je passe une écho et, il dit : il n'y a rien, ce sont des kystes, il n'y a rien. Il me dit ça … j'étais aphasique pendant six heures. J'étais incapable de sortir un son. Thibauld me dit : "mais c'est super, Babette, t'as rien .. t'as rien !" et je … Et le soir j'ai commencé à reparler un peu mais j'étais, … mais …

- *Emilie : vraiment sidérée.*

- Babette : ah oui, sidérée, totalement. Tu t'es tellement construit à l'idée que c'est la fin, que … des trucs, mais … On était parti en vacances en mai – ça, c'était au mois de juillet, mais quand on est parti en vacances en mai, en Grèce, j'étais d'un calme olympien -c'est le cas de le dire, j'étais en Grèce- et j'étais d'un calme olympien parce que c'étaient mes dernières vacances et il fallait que j'en profite à fond … Mais, c'était pas, euh … C'EST mes dernières vacances … Un truc de dingue … j'avais jamais vécu ça alors je me dis, "mais, c'est en rapport avec quoi ?". Est-ce que l'intensité du trouble était avec l'intensité de ce que j'avais vécu ? Je le mets en rapport, en fait. Ce qui a été difficile, c'est de ne pas pouvoir vraiment faire le tri. D'ailleurs, c'est utile, aujourd'hui, de le faire. Parce que je ne suis jamais vraiment revenue sur ce qui avait causé ça. …(long silence) Je ne sais pas … Et puis, à la fin, ce qui était compliqué aussi, c'est qu'on avait changé de cadre …

entretien dialogique qui permet de mettre en mot un vécu non élaboré depuis l'évènement

- *Emilie : oui, c'est vrai.*

- Babette : … en haut, et que ce n'était pas quelqu'un de bienveillant, qui ne l'est toujours pas, d'ailleurs …

- *Emilie : Mais l'institution est de moins en moins bienveillante, et c'est une problématique des psys aussi.*

- Babette : Là, ils en ont bavé parce que … apparemment, sa maman a été hospitalisée en soins palliatifs, justement. Alors, le discours c'est : "ça sert à rien, je ne vois pas à quoi ce service sert … mais j'amène quand même ma mère".

- *Emilie : oui, c'est ça.*

- Babette : … puis après, je surveille, je regarde partout.

- *Emilie : … et puis occupez-vous en bien parce que, sinon … ah dis donc, c'est très violent et paradoxal comme discours … c'est dur.*

- Babette : c'est pour ça, j'y suis allée lundi et on a parlé de ça avec l'équipe.

- *Emilie : mais on voit bien, j'avais interrogé un autre collègue qui me disait qu'il avait quitté les soins palliatifs au bout d'un certain nombre d'années, peut-être une petite dizaine d'année, quatorze ? Il me disait clairement : "moi, j'ai quitté parce que l'institution était trop violente, pas parce que j'avais un problème avec la clinique mais parce que l'institution était trop violente".*

- Babette : Mais moi non plus, je ne pense pas, bizarrement. Je pense que le fait que ce soit monté en pression, ça a été du fait que l'institution était violente et, de toutes façon, elle est violente et elle est pourvoyeuse de double contraintes, enfin de double lien. En même temps, on te dit : "on n'a pas les moyens de bien vous payer, déjà, mais il faut que vous vous occupiez du mieux que vous pouvez des patients. Il faut que vous ayez du temps … mais par contre, non, en même temps vous n'avez pas de temps parce qu'on vous appelle sur un autre truc. Donc, il faut prendre le temps mais vous n'avez pas de temps …" Donc, c'est indémerdable et c'est hyper violent.

revoir la notion du temps
c'est quoi prendre le temps, avoir du temps, rester ou partir au bout de combien de temps

- *Emilie : Oui, et quand tu dis ça, je pense à la personne qui y était depuis dix-sept ans et qui, elle, était sur un poste fixe d'unité de soins palliatifs, à plein temps, mais qui, elle, était bien dans son institution …*

- Babette : ah mais ça fait la différence.

- *Emilie :…et je pense que c'est ce qui fait la différence.*

- Babette : bien sûr. Je pense que l'être humain peut encaisser et supporter beaucoup de choses si il y a de la solidarité, si on se sert les coudes, si … alors, on se serrait les coudes, hein, avec une grande partie de l'équipe, mais il y avait quand même le cadre, les médecins, les …

- Babette : … des agents toxiques.

- *Emilie : hyper toxiques !*

- Babette : Et avec l'impression, de la part des deux, d'être manipulés.

- *Emilie : oui … Je repensais à une de mes collègues avec qui j'ai travaillé quand j'étais à Paris, qui avait arrêté au bout de sept ans les soins palliatifs, après on avait plus de la cancéro, du tout-venant, de la psychologie de liaison , et elle me disait : "je ne comprends*

pas comment j'ai réussi à faire sept ans de soins palliatifs" et, quand elle me disait ça, c'est comme si c'était une espèce de période entre parenthèses, où il y a un truc qu'on ne sent pas.

- Babette : …(long silence) je pense que la tentation est grande de s'oublier quand on est en soins palliatifs. Parce que tu vis des choses et tu rencontres des gens qui vivent des choses tellement dures que tu as tendance à sous-évaluer tes propres difficultés ou tes propres malaises. Tu te dis "ok, mais ça, c'est rien , c'est rien ! Relativise ! Ce que la personne en face de toi vis, c'est tellement énorme, c'est tellement grand que toi, avec ton petit malaise, tu ne vas pas faire chier le monde, quoi, tu …". En fait, c'est compliqué de …long silence … Même les temps de supervision, on a eu des temps de supervision avec des gens, mais il y avait toujours une monopolisation de la parole, tu ne pouvais pas vraiment dire ce que tu ressentais parce que … tu vois …

dédramatise ses propres pb comme pour les patients libéraux
défaut de protection
réflexif du ressenti !

- *Emilie : oui, ce n'étaient pas de vrais espaces de parole.*

- Babette : ben non, ce n'est pas protecteur du tout, non …

- *Emilie : bien entendu … Et, pour dévier un tout petit peu : qu'est-ce qui a fait que tu as voulu être psy ?*

- Babette : Alors, c'est .. ça vient de loin mais en sous-jacent parce que j'ai fait plein d'autres métiers avant. Déjà, je suis marié à un psychiatre, donc je lisais énormément de choses quand on s'est connus, quand j'avais 22 ans. Thibauld voulait déjà être psychiatre, donc j'étais déjà un peu bercée par les lectures qu'il faisait, que je lui empruntais, etc. Donc, j'avais ça mais je n'avais pas dans l'idée de devenir psy forcément. Ça m'a vraiment travaillée en 92, 93, quand j'ai découvert les approches ericksonniennes. Ça, ça a changé ma vision des choses. Quand j'étais dans ces lectures psychanalytiques que Thibauld faisait, avait, etc …, bon il y avait des choses intéressantes - j'ai adoré Winnicott, j'ai adoré plein de gens comme ça mais Lacan, Freud, tout ça, ça m'intéressait assez peu, en fait, par contre. Je n'étais pas fascinée comme beaucoup de gens étaient fascinés, en fait. Par contre, quand j'ai commencé à lire sur les thérapies systémiques, sur Erickson, tout ça, là ça m'a vraiment, vraiment intéressée. Peut-être parce qu'il y avait un côté plus pragmatique, plus de bon sens qui laissait moins la part à l'interprétation. Parce que pour moi, l'interprétation, ça reposait toujours sur la personne, qui pouvait se gourer, donc euh … c'est compliqué. Autant ce qui ne reposait pas sur l'interprétation me paraissait plus simple quelque part, et là ça m'a vraiment intéressé. Donc j'ai commencé vraiment à lire beaucoup, beaucoup en 93-94 et j'ai commencé à me former en 97, en fait. Mais pourquoi la psy ? On dit qu'on choisit psy pour soigner sa famille, je ne sais pas si c'était le cas ! Je ne crois pas.

- *Emilie : Mais par contre, c'est quelque chose que tu avais en toile de fond …*

- Babette : … petite. J'étais dans une école de … Même avant de rencontrer Thibauld, je m'en rends compte parce que je me suis rappelé d'une anecdote : j'étais au collège et j'avais emprunté à la bibliothèque près de chez moi "Souvenirs d'Anna O" de Freud et je le lisais en douce. J'étais en quatrième, je crois, je lisais ça, je l'avais sur les genoux en classe pendant le cours de français et on m'avait viré de la classe parce que je lisais les "souvenirs d'Anna O". C'est quand même bizarre !

- *Emilie : oui …*

- Babette : Bon, maintenant j'ai lu la version de Jacobsen sur Anna O qui remet bien les pendules à l'heure ! Mais ça me fascinait, je pense, ça me fascinait …

- *Emilie : il y avait déjà une fascination très tôt.*

- Babette : Oui, je pense. J'étais au collège, en quatrième, je crois. J'avais treize ans. J'en avais emprunté plusieurs, en fait, à la bibliothèque. J'avais emprunté Anna O, j'avais emprunté … le petit Hans, là … je ne sais plus comment il s'appelle …

- *Emilie : il avait une phobie, non, le petit Hans, si mes souvenirs sont bons ?*

- Babette : oui … Je trouvais ça fascinant … C'est étonnant, hein ?

- *Emilie : oui … Donc, tu as commencé ton cabinet après ta formation ?*

- Babette : oui, j'ai posé ma plaque en 2001. Et j'ai commencé ma formation en 1996-97. Et après, en 2001, j'ai fait le DU. Donc, j'ai fait 4-5 ans de formation dans le privé et, ensuite, j'ai fait le DU. Voilà.

- *Emilie : donc, tu as eu - en termes de pratique - toute ta pratique libérale, puis tu es arrivée en 2006 à l'hôpital ? Sans avoir eu de contact avec l'institution avant celui-là, en fait ?*

- Babette : Non. Ah, c'est brut de pomme, hein !

- *Emilie : Oui. Est-ce que tu crois que ç'aurait été différent si tu avais connu l'institution ? Est-ce que tu aurais pu t'en protéger plus, ou … euh …*

- Babette : oui, je pense, oui … oui, parce que toi, tu as fait des stages avant, en hôpital ?

- *Emilie : ah, et bien moi j'ai même travaillé en institution avant de … j'ai expérimenté fort !*

- Babette : oui, et est-ce que … Quelque part, je pense que je me suis laissée un peu, euh … Le médecin m'a tannée, vraiment, pendant plusieurs mois, pour que je vienne. Et je disais : "tu sais, je n'ai jamais travaillé à l'hôpital. Tu sais, ça va être compliqué …", et il a vraiment … il y est revenu. Et comme moi, ça venait titiller quelque chose que j'avais envie de faire, je me suis laissée convaincre. Je me suis laissée convaincre, mais je n'avais pas … les armes. Je me rappelle très bien : une fois, on était allées à la cantine toutes les deux et … Les psys

étaient venues te dire bonjour et moi, elles ne m'avaient pas saluée, tu vois ? Et ça m'avait estomaquée. Il y a fait déjà ça aussi, en plus, à vivre et qui n'était pas simple. Mais bon, par il y a des choses que j'ai adorées. J'ai adoré aller dans les salles de soins, parler aux infirmières, parler aux médecins, rencontrer les familles … J'ai adoré ça, vraiment. Les patients, aussi, avant tout …

- *Emilie : ça restera une clinique très, très riche et absolument … euh … exceptionnelle.*
- Babette : oui, c'est ça.
- *Emilie : et j'imagine que c'est ça qui fait que les gens tiennent. Aujourd'hui, si on me demande si je veux venir dans un service plus près …*
- Babette : tu te tâtes, hein ?
- *Emilie : … parce que la distance a beaucoup joué dans mon arrêt de l'hôpital, je serais vraiment très embêtée parce que ça me titillerait encore.*
- Babette : oui, moi aussi parce que, franchement, ce serait dans d'autres conditions, maintenant, je pense que je …
- *Emilie : … tu pourrais y retourner.*
- Babette : oui, je pourrais y retourner. Là, je me rends bien compte à l'unité fixe, même si, tu vois, c'est … Bon, il n'y a plus X, il n'y a plus Y, mais … il y a une fille, je ne sais pas, tu la connais ?
- *Emilie : oui, c'est Nolween.*
- Babette : bon, je ne la connais pas, je ne l'ai jamais rencontrée, mais l'équipe est super contente de travailler avec elle …
- *Emilie : ça ne m'étonne pas, c'est vraiment quelqu'un de super.*
- Babette : beaucoup plus aidante, beaucoup plus à l'écoute, … enfin … la dernière fois, il avait décollé, hein, il avait perdu dix kilos … Il devait sentir qu'il était sur un siège éjectable. Il y a avait une pétition qui … que les filles avaient écrite.
- *Emilie : ah oui, à ce point-là ? Ah, c'est violent … D'un autre côté, il y a des réalités qui sont ce qu'elles sont, mais c'est vrai que c'est violent.*
- Babette : bon, ce qu'il aime, c'est la recherche, mais …
- *Emilie : oui, j'imagine que c'est aussi ce qui permet de tenir, dans certains services, c'est de rajouter des formations, c'est de rajouter de la recherche. Moi, ça m'a permis de garder un lien avec les soins palliatifs, l'air de rien, de continuer la recherche.*

- Babette : oui, c'est sûr. Moi, je trouve que, une fois par mois, comme ça, c'est vraiment super. C'est un moment que j'aime bien. Alors, je ne suis plus confrontée à la violence des situations, des images …

- *Emilie : oui, des confrontations ..*

- Babette : … et des images, par contre il y a ce travail avec l'équipe qui est vraiment intéressant. … Oui, 2006-2009, c'est un espace-temps très particulier … Ça n'a pas duré très longtemps, hein, mais je pense que c'était … A. aurait pu me pousser dans le vide, c'était pareil, quoi …

- … long silence

- et pour avoir été poussée dans le vide, je trouve que ce n'était pas mal. Je pense quand même m'en être tirée … honorablement. Non, ce qui a changé aussi, ce qui a été brutal, … je pense que ça a été déterminant … Cà allait, je sentais bien que ça devenait compliqué, que l'eau commençait à chauffer, mais ça allait … Et puis, vers avril-mai, j'ai commencé à être appelée au pavillon de la mère et de l'enfant et donc d'intervenir pour des … il n'y avait plus de psychologue, et j'ai eu des demandes d'hypnose, de faire des soins, notamment en stérile et tout ça. Et là, ça a été ma barrière à moi … je ne pouvais plus.

- *Emilie : d'accord, c'est à dire … en fait, là tu travaillais à faire de l'hypnose pour les enfants et c'est devenu trop difficile ?*

- Babette : oui, j'ai été appelée deux ou trois fois, le quatrième, j'ai dit non ! D'abord, je ne peux pas ! Il y a plein de psychologues dans les … donc, elles me regardaient de travers, en plus, mais c'étaient les médecins qui m'appelaient.

- *Emilie : en fait, non seulement tu étais obligée de faire quelque chose qui était violent pour toi, c'est à dire : des séance d'hypnose dans un contexte qui était quand même particulier, et en plus il y avait la maltraitance …*

- Babette : … alors, ce n'étaient pas des séances d'hypnose formelle, tu vois, c'était …

- *Emilie : oui, oui, mais il y avait la maltraitance renvoyée par les autres psys dont tu venais marcher sur les plates-bandes.*

- Babette : … qui ne comprenaient pas. Moi, je n'avais pas demandé à venir ! Au départ, on m'avait dit : "c'est parce que la psycho est en arrêt" , puis après, je me suis rendu compte qu'on m'appelait alors qu'elle n'était plus en arrêt, tu vois ? Donc je me suis dit : "qu'est-ce qui se passe ?" … donc, il y avait ça à gérer - mais j'aurais encore pu le gérer, je pense - mais de voir des enfants qui allaient mourir, alors là, c'était …

- *Emilie : toi, c'était ta limite.*

- Babette : ah oui, c'était ma limite. Ça, c'est clair que je n'aurais pas pu travailler dans un service d'enfants. Ça, c'est ma limite, c'est clairement ma limite. Déjà, ça avait été compliqué quand il y avait des jeunes qui avaient l'âge de mes enfants, on avait des jeunes adultes …

- *Emilie : oui, moi aussi c'était une de mes limites mais je me disais … je pense à une collègue qui a commencé à faire du soin palliatif, puis, après, du soin palliatif pédiatrique, et qui n'était pas encore maman, et que j'ai revue après qu'elle soit devenue maman. Et clairement, elle perçoit la différence d'intervenir dans un service de soins palliatifs pédiatriques sans être maman et en étant maman. Il y a peut-être aussi quelque chose de cet ordre là, en termes d'expérience de vie et de relation à l'enfant.*

- Babette : je ne sais pas si c'était ça, mais c'était plus qu'il y avait autant … je pense que c'étaient plus des questions philosophiques et métaphysiques, même si un jeune adulte qui meurt, c'est insupportable, un enfant qui mourait, c'était encore plus insupportable, quelque part. Ça venait heurter mon sens de la justice, si tu vois ce que je veux dire …

- *Emilie : d'accord, ça, c'est vraiment trop injuste.*

- Babette : oui, ça c'était vraiment ma limite, quoi.

- *Emilie : Ce n'était pas un ressenti physique, c'était vraiment : les enfants qui meurent c'est injuste, c'est pas les tripes qui …*

- Babette : oh, il y avait ça aussi, hein ! Il y avait les deux, mais pour moi, il y avait une question …

- *Emilie : de summum de l'injustice.*

- Babette : de quelque chose qui est injuste, quoi. Alors que, honnêtement, quand tu meurs d'un cancer des testicules à vingt-quatre ans, c'est injuste aussi.

- *Emilie : Oui, oui, et puis en fait, quand tu regardes avec un peu de distance … moi, je me suis fait la réflexion par rapport à ma collègue qui est décédée d'un cancer du pancréas : elle venait tout juste d'être grand-mère, et dans le fond, c'est injuste aussi dans la mesure où elle a été vraiment dans quelque chose qu'elle n'a pas partagé … Mais l'enfant reste le summum, a priori.*

- Babette : oui, moi je suis toujours dit … tu vois, même quand j'étais si mal, que j'étais persuadée que j'allais mourir, que c'était mon dernier été, mes dernières vacances, je me dis : « ben … 2009 … tu as quarante-huit ans, OK, tu as quand même déjà vécu quelque chose, c'est pas rien, ça ! ». Tu vois, tu construis ton truc et je trouvais que, comparé à des jeunes

qui meurent à vingt ans, ça va, je n'avais rien à dire, quoi ! Et tu te construis des trucs totalement fous, quoi ! Quand tu y regardes bien, c'est complètement fou. Non, je sentais que, émotionnellement, c'était ma limite. D'ailleurs, A. m'aurait dit : « viens travailler avec les enfants », j'aurais dit « non , c'est impossible. » Et donc, la donne a changé. Et, en plus, il me disait : « Babette, tu ne peux pas dire non, tu sais, s'ils te demandent, c'est bien … » … pffff

- *Emilie : et donc, c'est ce qui a contribué à la bascule.*
- Babette : oui, là, je pense que c'est tout ça conjugué : le fait d'avoir senti l'eau qui chauffe, le fait que … puis, on avait vécu des choses difficiles dans le contexte associatif, à ce moment là …
- *Emilie : en gros, on mettait le couvercle, quoi … il y a l'eau qui chauffe et … et il y a tout qui va exposer, tu sais !*
- Babette : Ah la la … ça a été dur, ça. Oui, je pense qu'il y a une conjonction de choses qui ont fait que … je ne peux pas dire que ce soit le soin palliatif en lui-même, uniquement …
- *Emilie : C'est : le soin palliatif, qui est une clinique particulière et, malgré tout, forte… forte mais intense.*
- Babette : Je pense que les cinq ans, je les aurais faits sans aucun problème.
- *Emilie : oui, si tu avais été dans un contexte plus bienveillant, il aurait pu y avoir des choses.*
- Babette : ah oui, oui… Il y a des services où, je pense, ça tourne mieux. oui … l'institution … je pense que les départs sont très liés à des problématiques d'institution. Là, c'est pareil, hein, c'est .. pfff
- *Emilie : en même temps, je suis partie au moment du changement de chef de service, ce n'est pas anodin, hein ! Je ne voulais pas avoir J. comme chef de service.*
- Babette : Non, je comprends. Mais je comprends complètement, hein !
- *Emilie : Bon, et bien écoute, je te remercie !*
- Babette : Je ne sais pas s'il y a d'autres … il me semble que je n'ai pas fait complètement le clair avec tout ça. Je pense qu'il y a des choses qui se sont tricotées ensemble, c'est comme s'il y avait des raisons, qui s'étaient vraiment … infiltrées, quoi, les unes dans les autres, qui ont fait que ça a fait un mélange détonnant et …
- *Emilie : c'est ce qui fait la complexité de ça, et moi, je me pose aussi la question de … tu sais, je regardais un peu les formations de psy, qu'est-ce que la psychologie, et tout ça, puis je retombais sur l'intelligence lambda, l'intelligence émotionnelle aussi, et je me disais :*

« est-ce que ça peut être en lien avec ça, aussi ? ». Il y a des subtilités.

- Babette : vraiment , je me pose la question, moi je pense : on ne vit pas tous avec la même sensibilité, ça c'est clair et net. Du coup, qui dit hyper-sensibilité dit hyper-imaginaire, hyper-imagination, et donc aussi : quand tu es hyper-sensible, tu hyper imagines des choses qui sont hyper-chiantes. Donc, euh … non mais je pense qu'il y a cette dimension-là aussi.

- *Emilie : je crois que ça, ça joue … mais vraiment, je m'interroge sur cette problématique-là … mais aussi sur le fait que les psys en libéral, ils restent vingt ans, trente ans, quarante ans hyper heureux …*

- Babette : ça dépend lesquels.

- *Emilie : ça dépend lesquels, bien sûr, mais je pense que c'est quand même une grande majorité, enfin j'ai l'impression. Mais je ne peux pas aller du côté des psys libéral, mais ça m'interpelle sur ce qui fait qu'on est psy et comment on est psy au long cours.*

- Babette : en même temps, c'est vrai ce que tu dis, parce que j'étais en train de me rendre compte que j'ai posé ma plaque en 2001, donc ça fait quinze ans, et que je n'ai pas vu ce temps-là passer. Sauf les trois ans que j'ai passés en soins palliatifs. Et c'est la première fois que je me dis que c'est un travail que je vais pouvoir faire jusqu'à la fin de ma vie, alors que les boulots que j'avais faits avant, j'avais toujours un besoin de changer. Quelque part, ça me comblait un moment puis après j'avais envie de faire autre chose. Et c'est vraiment le premier travail où je me dis : « ben ça me comble, ça nourrit ma vie aussi de faire ce travail. »

- *Emilie : et, à la fois, je pense à P. , qui lui n'a pas pu rester en libéral parce que trop de contingences matérielles … financières … et qui font qu'il ne s'y est pas retrouvé. Et il est retourné en soins palliatifs, pour le coup* !

- Babette : Lui, c'était libéral en groupe aussi. C'est peut-être différent que de poser sa plaque tout seul. Je pense qu'il y a une question de personnes. Je pense aussi qu'il a eu plus de mal à s'entendre avec E., parce que c'est elle qui gère la SCM, donc, et elle fait ça hyper bien mais elle n'est pas connue pour sa diplomatie. Elle est connue plutôt pour son franc-parler, et je pense que P. avait besoin de plus de rondeurs. Plus le fait que ce n'est pas quand tu travailles deux jours en libéral, ce n'est pas du tout ..

- *Emilie : surtout dans une SCM*

- Babette : ben oui, tu perds, tu perds vachement. Il faut au moins travailler trois jours, trois jours et demi pour que ce soit valable, c'est ce que je fais, moi.

- *Emilie : Bon, écoute je te remercie !*

Entretien Armelle 2014

- *Emilie : cet entretien fait suite au premier questionnaire auquel tu avais répondu, il y a maintenant 2 ans, en relation avec la pratique et la formation des psychologues en soins palliatifs… C'est un travail que j'ai continué en faisant mon travail de M2R sur la pratique des médecins en soins palliatifs.*

Rires partagés entre narrateur et narrataire

Et aujourd'hui, je me pose la question : qu'est-ce qui fait que l'on est psy en soins palliatifs ? Et qu'est ce qui fait qu'on y reste?

Et comme tu as une expérience assez jeune, cela doit faire 2 ou 3 ans ?

Armelle : Oui, j'ai été recrutée en septembre 2012 sur l'équipe mobile adulte et en octobre 2013 sur l'équipe mobile pédiatrique.

Emilie : Qu'est-ce qui t'as amené à faire des soins palliatifs ?

Armelle : (rires) Et bien, pour être tout à fait honnête, le hasard… Tout simplement, parce que je suis diplômée depuis juin 2011 et donc une jeune professionnelle qui se retrouve à chercher un emploi pendant un an et demi.
Et comme j'étais assez dynamique le réseau des psychologues de R - j'intervenais dans des associations, en fait - je croisais beaucoup un psychologue qui m'avait informé qu'il quittait son poste à l'équipe mobile pour un congé parental et qui m'avait dit de postuler. Il y avait un mi-temps qui s'ouvrait aux candidatures extérieures.

Et donc, voilà, je ne connaissais rien du tout aux soins palliatifs. Je me suis mise à lire des bouquins qui ne sont pas vraiment d'actualité, c'est à dire que j'ai regardé psychologue et soins palliatifs et je suis tombée sur Marie de Hennezel, "L*a mort intime*" et donc j'ai lu ça. Parce que je ne savais pas du tout… Et tout cas, c'est une approche que l'on n'étudie pas du tout à l'université.

moment de sourire commun autour de cet auteur

Donc, j'y vais un peu par hasard avec mes petits bagages, ma petite expérience et finalement cela le fait. Je me retrouve ici. Du coup, j'ai passé du temps avec des collègues que je connaissais, Benjamin que je connaissais parce qu'il était de la même promo que moi et puis Charles-Eric pour savoir comment cela se passe la clinique de la fin de vie. Les soins palliatifs, après, j'ai appris que ce n'était pas forcément la fin de vie terminale, que cela pouvait durer quelques temps.

Il y a beaucoup de choses que j'ai apprises ici, notamment avec les médecins qui m'ont expliqué ce que c'était, avec tous les schémas entre les soins de support et les soins palliatifs. Et mes collègues m'ont dit : "Ne t'inquiète pas, c'est de la clinique comme on en trouve partout en psychologie. Tu verras, cela va le faire. "

Notion de clinique la même partout déjà abordé

Donc, je me suis laissée aller à la rencontre des sujets que j'étais amenée à accompagner en travaillant toujours comme je l'ai appris dans la clinique classique avec des entretiens cliniques, le cadre…

On va dire, ce que j'ai appris dernièrement et qui me questionne beaucoup sur les soins palliatifs pédiatriques : je suis amenée à intervenir à domicile et ça cela m'a beaucoup perturbée sur mon cadre de travail. Tu rentres vraiment chez les gens, il y a d'autres enfants qui sont là, les chiens… Voilà, c'est vraiment une clinique où j'ai du apprendre à poser le cadre. Parce que moi, je suis une jeune professionnelle, alors je me cache derrière le cadre pour que cela soit bien sécurisé pour moi, pour la personne et tout ça… Et donc.. euh… Donc, voilà ce que je peux en dire et donc, c'est le hasard.

mêlé de ressenti

Et finalement, j'y suis restée parce que les situations… on rencontre des choses très compliquées que je ne pensais jamais rencontrer de ma vie. On rencontre des patients, qui souffrent de pathologies dont je ne pensais pas qu'elles existaient, en tout cas pas visuellement comme ça. J'ai rencontré des patients avec des odeurs, c'est ce qui je pense est spécifique à l'accompagnement des personnes malades, pas forcément que des soins palliatifs… En tout cas c'est ce qui m'a le plus surpris et c'est ce que j'ai appris de l'être humain. C'est qu'on pouvait se retrouver avec des choses assez spectaculaires physiquement. Je pense qu'on peut parler, peut-être pas d'un apprentissage, mais d'une sorte d'habitus. Je ne banalise pas, je suis toujours surprise ou impressionnée, mais je ne suis plus effrayée comme au départ.

En pédiatrie, c'est un peu plus récent et puis ce sont des enfants… Je pense que je travaille à peu près dans la même démarche que lorsque je suis arrivée chez les adultes en soins palliatifs. Je pense que ce qui me plait beaucoup et ce qui me fait rester c'est la dynamique de travail en équipe…

En tant que jeune professionnelle, j'avais du mal à imaginer faire ma clinique seule en cabinet, en tout cas pour le moment. Mais je pense que j'y reviendrai. Comme disait Charles-Eric pour faire un bon psy: "il faut dix ans". Donc j'y suis pas encore, j'y reviendrai, mais j'avais un peu peur de me lancer seule dans l'aventure. Du coup, de travailler en binôme avec d'autres professionnels, j'apprends beaucoup, des regards. Ça me permet d'asseoir mes compétences en tant que jeune praticienne, parce que je vois que je suis écoutée. j'apporte des éclairages qui font

avancer les collègues. J'ai besoin de ça, de travailler en équipe, une proximité, d'être ensemble, avec les collègues. Peut-être que c'est différent dans d'autres services plus classique avec des bureaux à part. Mais moi, c'est ça qui me fait rester, ce sont les relations humaines, les collègues et le partage. Les moments de rigolades quand on a des accompagnements très durs et que l'on s'autorise à se poser. Ce sont des situations que l'on rencontrent qui sont difficiles, mais on partage aussi pleins de bons moments.

Emilie : J'ai plein de questions. Ce que tu disais… la clinique qui est un peu la même, dans la relation et puis la réalité des soins palliatifs et de la maladie grave où on touche à des extrêmes du physique et du psychisme que tu as ressenti comme compliqués? souffle...

Armelle : dans l'accompagnement … oui, c'est sûr ! Je me suis sentie en difficulté par rapport à certaines personnes parce que la souffrance était telle… et que le simple fait d'échanger de verbaliser ou d'apporter du soutien ou une présence ne suffisait pas. En fait, je pense que c'est cette confrontation… En fait, pour tous professionnels, c'est d'être confronté à cette impuissance qui, parfois, est très envahissante et qui nous questionne dans notre pratique. Qui nous remet en question, qu'on peut ne pas du tout être satisfait de l'accompagnement, que l'on n'a pas réussi à apporter un apaisement.

Voilà, je me dis : j'y vais pour que cela se passe le mieux possible pour les personnes, c'est un peu ce qu'on se dit tous dans l'équipe, des fois on y arrive pas toujours.

Emilie : tu sens que cette impuissance est inévitable, dans la mesure où à un moment la mort survient ? Tu sens qu'elle peut être difficile à vivre?

Armelle : Je pense qu'au début, j'avais du mal à le vivre en tant que jeune praticienne je pense que j'apprends beaucoup, je pense que j'ai muri depuis ces derniers mois. Je me sens peut-être un peu toute puissante, on pense que le psychologue va être là, on va mettre du baume et puis en fait cela ne suffit pas forcément, ça ne se passe pas toujours comme ça et puis on se laisse guider par le patient et c'est comme cela que l'on essaye d'apporter cet équilibre psychique du mieux qu'on peut.

Aujourd'hui, je le vis moins bien. J'en discutais, ce matin, avec des collègues. Ce qui m'est plus difficile, ce sont des gens que je retrouve complètement prostrés dans leur lit et s'accrocher et que je sens pas du tout confortables et fermés vraiment à l'échange. On relaie beaucoup avec les collègues psychiatres. Quand on sent cette souffrance envahissante dans la chambre, une ambiance particulière, une respiration, une angoisse et nous on arrive avec ce bagage, on est dans l'échange verbal et on soutient ça, on est dans l'observation et on voit que cela ne suffit pas.

Je repense à un patient qui même après le passage des psychiatres a fini sa vie accroché à son lit et c'est ce qui est le plus difficile…

Emilie : Par rapport à ces situations qu'est-ce que tu utilises comme ressources?

Armelle : Je fais de la supervision depuis plusieurs mois… J'ai pas fait tout de suite parce qu'au début j'étais à mi-temps et qu'à mi-temps je n'étais pas payée très cher et que ce n'est pas pris en charge par l'hôpital. J'avais du mal à débourser 50 euro tous les 15 jours ou toutes les trois semaines pour voir un superviseur. C'est un psychiatre d'obédience psychanalytique et qui m'éclaire beaucoup. C'est à dire qu'il y a des moments où je pense que, en tant que praticien… Il y a le coté professionnel et le coté privé, parfois on est amené à accompagner des personnes qui ont le même âge que nous et c'est par rapport aux projections. Les mécanismes de défense que l'on peut mettre en place aussi.

On ne se rend pas compte, on est complètement bloqué dans l'accompagnement et on ne sait pas pourquoi. C'est notre subjectivité qui travaille là-dedans, c'est super, je me permets de dire des choses que je ne me permettrais pas de dire devant les collègues. Je suis une des deux psychologues de l'équipe et on tient à notre place, je ne peux pas m'autoriser à m'effondrer sur une situation qui m'aurait touchée, je ne peux m'autoriser à dire que je suis complètement dépassée par la situation et que je n'arrive pas à gérer. J'arrive à exprimer mes échecs, mes doutes et puis à dire que les projections qu'on peut se faire entre sa vie professionnelle et privée. En travaillant dans l'humain, parfois ces choses-là se mélangent et heureusement que le superviseur est là pour démêler ça, pour nous aider…

(moment d'élaboration ++)

Emilie : Parfois, tu sens qu'il y a des connections qui se font beaucoup avec ta vie personnelle?

Armelle : Pas beaucoup mais il y en a eu. Surtout pour des accompagnements que j'ai fait de personnes qui avaient le même âge que moi… Là, çà a été plus difficile.

Emilie : Des projections peut-être…

beaucoup d'élaboration qui prend de la place et qui donne une difficulté de compréhension du texte

Armelle : Des projections… des jeunes gens qui étaient dans la même vie, dans les mêmes projets de vie, qui étaient en couple et voilà, il y a la maladie grave qui arrive … Cela m'a fait beaucoup réfléchir, vis à vis de moi, je ne sentais que le privé... J'avais du mal à avoir cette place tierce, vraiment extérieure pour la personne. Ce sont des situations qui m'ont bouleversées, plus que d'autres.

Emilie : Les ressources c'est le superviseur … tout à l'heure tu parlais de l'équipe qui pouvait être un soutien

Armelle : Oui…

Emilie : Il y a d'autres choses que tu as mises en place?

Armelle : Oui, quand j'ai des journées très difficiles, je ne rentre pas tout de suite chez moi, quand je suis à l'hôpital du centre, je m'autorise à marcher jusqu'au centre-ville pour me faire un petit café-clope. J'ai besoin de décompresser, d'un petit moment à moi pour repenser la journée, moi toute seule avant de rentrer dans ma vie à moi. Pour pas emmener tout ça avec moi chez moi.

Je le fais plus trop maintenant parce que je suis dans une autre période de ma vie, parce que, avec cette grossesse, je vis les choses encore différemment, mais je le faisais encore il y a trois mois…

Emilie : Et justement, est-ce que tu penses que cette grossesse, qui est un évènement de vie particulier, modifie les relations?

Armelle : Oui, quand j'ai appris cette grossesse là, j'avoue que j'ai eu beaucoup de mal à revenir au travail parce que j'étais un peu dans la vie, j'avais plus envie de ranger mes petites culottes et faire du tri dans mes vêtements que de venir ici rencontrer des situations compliquées. J'ai eu un peu de mal, cela a duré un mois et j'ai eu du mal à revenir au boulot. Surtout en pédiatrie parce qu'on travaille en périnatalité aussi et c'était un peu compliqué. Bon alors, je me suis trouvé une petite astuce… C'est que finalement, la blouse blanche, c'est une bonne barrière de protection. Moi j'avais accepté de la porter parce que tout le monde la porte dans l'équipe, mais je sais que parfois les psychologues sont pas toujours d'accord avec ça et moi finalement, j'y trouve une utilité car non seulement je la porte, mais je la porte même fermée comme ça je fais une barrière symbolique entre les situations que je rencontre et ce qui m'arrive et ce petit être qui est entrain de pousser en moi. J'ai l'impression qu'il est pas confronté à ce que moi … Voilà la blouse blanche me sert beaucoup et cela me permet de retrouver un épanouissement dans mon activité, car cela me perturbait beaucoup au début, il y a un mois, je n'aurais pas dit la même chose.

Emilie : mais tu peux dire que cela a été compliqué…

Armelle : oui, ça a été compliqué.

moment d'échanges de rires autour de la formation

Emilie : Tout à l'heure tu disais, pendant la formation universitaire, il n'y a pas de formation en soins palliatifs. Tu disais que tu étais allée chercher des livres. Est-ce que tu penses qu'il aurait fallu qu'il y ait un ou deux modules concernant les soins palliatifs ou que, tout compte fait, comme un collègue a pu le dire : la clinique c'est de la clinique et après on apprend sur le tas.

Armelle : Je ne sais pas, il y a sans doute un intérêt à mettre quelque chose dans les études de psy parce que c'est une clinique qui est intéressante finalement, et qui, malgré tout, a sa spécificité. Mais cela n'a pas été un frein pour ma pratique aujourd'hui. J'aurais sans doute eu moins d'appréhension peut-être à avoir postulé. J'aurais été intéressée à la rencontrer en tant qu'étudiante, cela aurait été un plus. Indispensable, je ne sais pas. il y a tellement de diversité, on est amené à intervenir dans tellement de champs différents, je pense qu'y répondre…

Moment d'élaboration

Je me suis posé la question s'il fallait que je passe un DU de soins palliatifs et finalement j'ai rencontré une psychologue qui est venue faire son stage de DU en soins palliatifs dans le service. Elle m'a dit qu'avec tout ce qu'on faisait puisqu'on était amené à faire des formations, elle m'a dit :"mais tu ne vas rien apprendre", elle disait que j'allais m'ennuyer. Je dis pas que je sais tout parce que j'apprends toujours encore aujourd'hui mais, mis à part peut-être faire reconnaitre officiellement des compétences que j'aurais apprises sur le terrain, cela ne m'aurait pas beaucoup apporté, enfin selon cette professionnelle. Je n'ai pas plus poussé non plus, j'ai pas… J'y ai pensé, mais peut-être que j'ai pas plus poussé non plus, peut-être que j'y reviendrai, mais le retour de cette psychologue m'a un peu freinée.

Emilie: Tu es jeune professionnelle, tu sors de ta formation universitaire, il me semble que tu as fait de l'art-thérapie?

Armelle : oui, mais alors toute seule, par des lectures…

Emilie: d'accord, par des lectures. Alors, est-ce que tu sens que, à un moment donné, tu vas avoir envie de te former à d'autres choses, d'autres outils ? Ou peut-être tu as l'impression qu'il te manque des outils aujourd'hui et tu te dis qu'il serait bien de les acquérir?

Armelle: C'est sûr qu'il m'en manque, il m'en manque énormément… J'ai envie d'apprendre énormément. La seule chose qui me freine aujourd'hui, c'est qu'effectivement l'hôpital pourrait me financer certaines choses. Et encore, c'est de plus en plus difficile d'obtenir des formations diplômantes, mais c'est financièrement… J'ai des projets… énormément, mais à chaque fois que je me renseigne c'est 5000 euros l'année… Je n'arrive pas à aller au bout de mes projets aujourd'hui mais j'ai énormément envie. Je trouve que la formation de psychologue est bien… mais pas suffisante. Je trouve qu'on arrive un peu sur le terrain quand même, il faut s'accrocher,

faut apprendre, il faut s'autoriser à se tromper… à se poser des questions, à relire. Non, je trouve qu'il manque des choses quand même.

Emilie : quand tu parles des formations, qu'est-ce qui te fait envie aujourd'hui?

Armelle : Il me fait envie de faire une formation d'hypnose et thérapies brèves. J'aime bien aussi la gestalt thérapie, ça m'intéresse beaucoup…

Emilie : Benjamin fait de la gestalt?…Non c'est Charles-Eric, Benjamin fait de la systémie…

Armelle: Oui, Benjamin fait de la systémie et moi ce serait plutôt l'hypnose, mais en premier lieu la gestalt thérapie parce que, dans mes lectures et par rapport au corps et à l'art thérapie, c'est une pratique associé. J'aimerai bien avoir ce statut là, officiel, c'est 5 ans d'études, c'est long, mais ça a l'air d'être génial.

Emilie: c'est à dire qu'à un moment donné, c'est quelque chose sur lequel tu voudras te former ? Et à l'heure actuelle, c'est la question des finances qui t'arrête.

utilisation du pronom « On » alors qu'Armelle est facilement dans le « je »

Armelle: oui et je pense que c'est même une obligation pour tout praticien psychologue d'avoir un… Parce qu'on a le statut de psychothérapeute d'emblée. Mais je ne considère pas aujourd'hui que j'ai une pratique de psychothérapie vraiment spécifique. Il faut vraiment aller plus loin… Comme beaucoup de nos collègues qui se spécialisent soit en thérapies brèves, soit au niveau de l'hypnose, en systèmie… On doit asseoir quelque chose.

Elaboration ++

Emilie: en service de la douleur, tu avais eu accès à cette prise en charge de thérapies brèves.

Rires ?!

Armelle : Oui, oui...j'ai eu accès à plein de choses dans mon parcours sans forcément asseoir ces compétences-là de façon officielle. Du coup, je me questionne toujours sur ma légitimité, sur … pouvoir faire part de tels éclairages ou telles ouvertures par rapport aux situations alors que… … Ça c'est moi, j'est toujours du mal…

Emilie : C'est la posture du jeune psychologue?

Co-construction

Armelle : Oui, il faut encore quelques années de pratique pour avoir plus de confiance en nos compétences.

Emilie : tout à l'heure quand tu répétais ce que disait Charles-Eric, qu'il fallait dix ans pour faire un bon psy… A la fois, je pense qu'on peut faire un bon psy avant 10 ans, mais par contre,

pour se sentir bien dans sa pratique, être plus serein, je pense que 10 ans c'est bien. Je me souviens avoir dit en supervision : "voilà, cela fait dix ans que je suis psy et maintenant je me sens légitime."

Armelle : oui, c'est ce qu'il disait… C'est pour Être aussi. Pour se sentir à l'aise dans sa pratique, aujourd'hui pas encore, je ne dirais pas ça. Mais j'adore ce que je fais.

Emilie : Après, je pense qu'il y a des expériences de vie qui font grandir. Je pense que tu es en train d'en vivre une. Tu penses que cela influence aussi ta pratique et je pense particulièrement aux soins palliatifs pédiatriques car je me demandais si, dans le processus de vie dans lequel tu étais, tu pouvais articuler la pratique avec la clinique pédiatrique et particulièrement cette clinique par rapport à celle des adultes avec laquelle on peut mettre plus de distance. Mais peut-être que je me trompe?

Armelle : Si, si… Je pense que voir un enfant en fin de vie, je pense que c'est plus bouleversant, mais en même temps. Il y a tellement de choses incroyables qui se passent, je fais des belles rencontres, je rencontre des enfants incroyables.

Oui… Je m'étais imaginé… J'avais un peu peur de rentrer dans cette clinique-là et finalement, j'ai été témoin d'histoires incroyables et même si l'issue était la mort, j'ai été témoin de belles histoires et je ne garde pas cela comme des traumatismes. Sauf quand cela se passe mal. Il y a justement une situation qui est compliquée, il y a un enfant qui souffre de douleurs que l'on n'arrive pas à apaiser et c'est terrible, enfin, là ça se passe un peu mieux. C'est terrible pour tout le monde et, en tant que psychologue, on gère l'équipe, on gère les parents… C'était un peu dur, c'était un peu éprouvant. Là, j'avais besoin d'aller m'aérer. Je ne suis pas aller prendre un petit café-clope, parce que dans mon état, je ne fume plus. Je suis allée faire du shopping pour moi !!! Voilà, c'est ce que j'ai fait. nouveau moment d'élaboration

Et par rapport à ma situation personnelle, pour l'instant, je ne le sens pas bouger mais je pense que cela va changer et je pense qu'au début j'oubliais que j'étais enceinte. Je pense qu'il y a eu des fois où j'ai oublié que j'étais enceinte. Mais plus cela va aller et je vais avoir du mal à oublier car cela va prendre de plus en plus de place et je vais le sentir de plus en plus. Je ne sais pas trop… Cela ne m'inquiète pas pour le moment. Les situations que je rencontre… Ce n'est pas mon histoire à moi, je vais à la rencontre d'histoires qui sont difficiles, mais ce n'est pas mon histoire. C'est comme cela que je le dis aujourd'hui, je ne sais pas comment cela sera plus tard. Je sais que si, psychologiquement, cela devient difficile de devenir maman et de rencontrer des situations compliquées en pédiatrie, je m'autoriserai à m'arrêter avant. Si j'ai besoin de prendre plus de distance… Je ne sais pas trop comment répondre à ça. Pour le moment cela va!

Emilie: Tout à l'heure, tu disais que c'est par hasard que tu t'es retrouvé en soins palliatifs, et c'est ce que j'ai observé par rapport aux jeunes psychologues. On se retrouve dans un service parce que c'est le premier poste qu'on arrive à avoir. Cependant, moi, je me disais qu'il y avait certains périodes de vie où l'on peut faire certaines choses et d'autres périodes de vie où l'on peut faire d'autres choses. Est-ce que tu sens qu'il peut y avoir ce processus là pour toi, c'est à dire qu'il y a un temps pour tout. Et que cela puisse t'arrêter?

Armelle : Je ne pense pas que je m'arrêterai avec la naissance de cet enfant parce que mes collègues sont jeunes mamans aussi donc j'ai l'impression que c'est possible. Mais d'un autre côté, je me suis engagée dans ce poste là en leur disant d'emblée que j'avais ce projet d'être maman… Parce que, en effet, elles étaient venues me chercher parce que j'avais fait des remplacements comme ça et puis elles sont venues vers moi pour que j'intègre l'équipe et je leur avais dit que j'étais dans ce projet-là et je serai sans doute absente à un moment… Oui, je ne sais pas trop…

Je sais, par contre, que je ne ferai pas ça toute ma vie. Je sais que je ne ferai pas toute ma carrière en soins palliatifs. Je sais que j'aurai envie d'autres choses. Je me construis en tant que psychologue dans ce contexte-là et, en même temps, je monte pleins de projets en pédiatrie, je fais beaucoup de choses. Cela m'amène à beaucoup créer et à penser. Là, je travaille avec des bénévoles pour les intégrer dans l'accompagnement de fin de vie d'enfant. Il y aussi cette idée de faire des suivis de deuil, parce que j'ai cherché et il n'y a pas grand chose. J"ai envie de créer ça et de proposer cela pour la région en collaboration avec d'autres psys… Voilà, il y a pleins de choses qui m'animent. Je n'ai pas du tout envie d'arrêter pour le moment. Mais je me dis que j'étais contente de faire ce que je fais aujourd'hui, cela me plait. Mais je sais que je ne ferai pas cela toute ma carrière. Je ne sais pas quand cela me prendra, mais je sais que je ne ferai pas cela toute la carrière. Cela s'arrêtera forcément !

Emilie : Tu sais qu'il y aura une fin à cette clinique. Dans cette certitude, qu'est ce qui te dit que tu es sûre que tu ne feras pas cela tout le temps?

Armelle : Parce que je pense qu'à un moment, j'aurai envie d'accompagner d'autres personnes que uniquement que pour la mort.

Emilie : A un moment donné, tu auras envie de faire une autre clinique que celle de la mort.

Armelle : Et c'est vrai que je me suis dit ça très vite, même si c'est une clinique qui me plait. Je ne ferai pas cela tout le temps. Je ne sais pas depuis combien de temps je fais cela… 2012,

13,14, cela fait 2 ans et demi. Pour l'instant, cela va… Je ne resterai pas dix ans dans les soins palliatifs. Je dis cela aujourd'hui, mais pour le moment cela va. Je ne sais pas… Je pense qu'à un moment donné, j'aurai envie de voir autre chose.

Emilie : Tu penses que cela peut créer une fatigue ou une usure, cet accompagnement?

Armelle : Tant que… Je pense être à mon écoute. Tant que j'ai cette supervision, tant que j'ai des ressources qui me suffisent et suffisantes autour de moi, ça va. Peut-être le jour où je sens que cela prend trop de place, peut-être que j'arrêterai. Non, pas pour le moment…

Emilie : Par rapport à mon expérience, moi je sentais que je commençais à avoir des angoisses, des projections, tout le monde va être malade autour de moi et c'était, pour moi, un signe de fatigue, c'est à dire le temps de prendre des vacances et même à un moment donné de se dire qu'il va être bientôt temps d'arrêter de travailler en soins palliatifs. Est-ce que toi, tu as des petits signaux d'alerte qui te disent : " il est temps de partir en vacances ?"

Armelle : Oui, là, oui. Les vacances sont loin, mais c'est de ma faute, je prends toujours mes vacances fin août, début septembre. Mais, là oui, je sens ça quand je sens que j'ai la flemme d'aller dans une chambre, quand je connais la situation et que je sais que c'est lourd et que j'y vais à reculons, là je sais que j'ai besoin de m'arrêter, de changer d'air… D'ailleurs quand je suis en vacances, je ne lis rien en rapport avec la psychologie, je lis tous les magazines les plus "filles" possible. Je change de lecture, d'ailleurs, je ne suis plus du tout psychologue. Je ne prends pas le temps de lire des bouquins. Elaboration

Bref, Je coupe complètement, j'ai besoin de me ressourcer. Après, de penser que cela puisse arriver à mon entourage, oui… Mais pour le moment, cela ne m'inquiète pas plus que cela. Parce que j'ai des évènements personnels qui sont arrivés avec des drames familiaux et en fait, j'ai une vision de la vie différente qui fait que ces choses-là font partie de la vie. La maladie, la mort font partie de la vie. Donc, j'aurai de l'inquiétude et je serai malheureuse si cela devait arriver à quelqu'un de mon entourage, mais sans m'inquiéter plus que cela.

émotionnellement fort

Emilie : est-ce que cela t'embête de parler de cette situation? Parce que je vois, à la fois que cela fait partie de ton processus de vie, mais c'est aussi ce qui fait ressource aujourd'hui pour faire face.

Armelle : Oui, enfin, je ne sais pas comment tu vas t'en servir… C'est anonyme.
Oui, ce qui m'a fait grandir, c'est que j'ai perdu 4 membres de ma famille quelques mois après que je sois en soins palliatifs. Donc… en fait… C'est toujours difficile d'en parler…

transformation de l'expérience de vie

Emilie : si c'est trop difficile …

Armelle : c'est difficile, parce que j'ai toujours peur du jugement, mais je sais qu'avec toi… C'est mon oncle par alliance qui a pété un câble, qui a tué sa famille et puis qui a mis le feu à sa maison et donc j'ai perdu 4 personnes de ma famille dans ce drame, dans ces circonstances très compliquées. Ce qui fait que je regarde la vie différemment avec ça. J'ai peut-être quelque chose qui m'habite, je travaille ceci en psychothérapie, parce que je suis aussi en psychothérapie en dehors de la supervision. Et je sais que j'ai peut-être quelque chose comme ça qui m'anime parce que je sais que ma tante et mes deux jeunes cousines sont décédées dans des circonstances atroces et du coup j'ai comme quelque chose… Je ne sais pas si je fais de la réparation, mais, je mets un point d'honneur à ce que cela se passe le mieux possible pour les personnes qui partent. Parce que j'ai eu des proches qui sont partis dans des circonstances terribles et que cela m'est difficile et que j'ai sans doute du mal à accepter. Il y a quelque chose comme ça qui m'habite et qui me fait rester encore aujourd'hui. J'ai fait du lien comme ça.

Emilie : C'est à dire que tu as réussi à vivre cet évènement terrible tout en étant en soins palliatifs, cela veut dire que tu as réussi à trouver l'équilibre entre clinique qui n'est pas simple et une histoire de vie qui venait de te confronter au réel de la mort…

Armelle : parce que, sans doute, j'ai cette vision-là. Il y a mon histoire à moi et il y a l'histoire des personnes que je rencontre. Mais, il y a cette histoire de lien où je fais en sorte le plus possible que les personnes partent dans les meilleures conditions possibles en lien avec ce drame-là. Je ne pense pas, je pense que j'aurais fait, j'aurais vu la clinique autrement si je n'avais pas eu ce drame-là… Je ne sais pas. En tout cas, je sais que cela m'habite. rires

Emilie : ce que j'ai déjà retiré de cette recherche, c'est que les histoires de vie viennent construire, former, modifier la pratique, l'être en profondeur et je pense que c'est sûr que c'est ce que, toi, tu as vécu. Et quand tu dis : "je fais la différence entre le personnel et le professionnel", je pense que à la fois, c'est important mais c'est aussi une limite hyper perméable…

Armelle : Fine, oui…

Emilie: Et peut-être que d'avoir conscience de cette perméabilité, c'est ce qui permet de la gérer ?

Armelle : oui.

Emilie : de faire des liens de temps en temps, et puis de parfois ne pas en faire parce qu'on a pas envie d'en faire et que c'est bien comme ça.

Armelle: oui, pas toujours… Oui, c'est vrai que cela m'est arrivé quelques mois. Je me suis mis en arrêt 2 mois. Mais, après j'ai repris mon activité, sans doute, au départ avec des gros mécanismes de défense… mais je n'espère pas en tout cas, mais j'ai fait en sorte d'être le plus professionnel possible, mais on est humain, un psychologue est un être humain, on fait aussi avec ce qu'on est, notre histoire. Je ne sais pas si je fais ce lien-là constamment tout le temps.

Mais je sais que j'ai accepté ce poste-là en pédiatrie, j'ai travaillé cela avec mon thérapeute. Et au départ, je voulais réparer quelque chose qui était arrivé à de jeunes enfants, que je trouvais cela terrible… Et je me disais que ces enfants là, ils partiraient dans d'autres conditions. Quelque chose d'un peu irrationnel, incohérent… Aujourd'hui, je n'accompagne pas un enfant avec cela dans la tête ou de façon inconsciente, mais à un moment, cela a été.

Elaboration dans le Ah oui... pec

Emilie : Cela te permet peut-être une vigilance à faire du mieux possible… tout simplement?

Armelle : Oui, c'est ce qui explique sans doute, pas cette envie, mais ce qui a motivé mon travail en pédiatrie. Ce qui m'a fait accepter ce poste en pédiatrie, peut-être que je l'aurais refusé sans ces circonstances. Parce que les enfants, c'est compliqué, c'est effrayant, c'est tout ce qu'il y a de plus injuste. Et sans doute que cette histoire de ma vie, cela m'a fait accepter ce poste-là. Ah oui… probablement…

Emilie : Et qu'est-ce qui a fait que tu as voulu être psychologue?

Armelle : Ça aussi c'est lié à ma vie privée, je suis arrivé en psycho, tout simplement parce que je cherchais des réponses liées à mon histoire personnelle, parce que j'ai un papa qui a traversé des dépressions très sévères, avec des tentatives de suicide, qui s'en sort plus ou moins bien aujourd'hui, mais en tout cas, j'ai vécu cela pendant toute mon adolescence, sans vraiment bien comprendre ce qui m'arrivait, ce qui arrivait à mon père. Mes parents avaient peu de moyens pour assurer des études supérieures, l'université semblait être ce qu'il avait de plus facile d'accès. J'ai volontairement choisi la psychologie parce que j'avais énormément de question et une volonté de comprendre pourquoi il voulait interrompre sa vie, alors qu'il avait autour une famille qui l'aimait. C'étaient des choses qui me tourmentaient beaucoup, adolescente. Et puis finalement, j'ai eu certaines réponses, et puis j'ai été très intéressé par cette matière, par les professeurs, les gens que j'ai rencontrés. C'est à dire qu'après avoir réglé un peu ça, je suis

tombée dans la marmite et je n'ai plus eu envie d'en ressortir. Cela me plaisait beaucoup. Après, j'ai une maman qui est psychomotricienne. J'ai toujours adoré discuter avec ma maman par rapport aux prises en charge qu'elle avait, son regard moteur, et son regard un peu psy aussi qui me plaisait beaucoup. J'ai commencé psycho pour une réflexion pour moi, pour comprendre ce qui c'était passé dans ma famille et puis après j'y suis restée pour moi, parce que j'aimais beaucoup ce que je lisais, tout ce que j'apprenais.

Emilie : Tu as fait toutes tes études à A ?

Armelle : A A, heureusement pour moi, parce que je me suis toute assumée financièrement et cela aurait été difficile. J'ai toujours travaillé à côté de mes études. Je ne l'ai pas fait forcément par choix, on va dire que j'ai suivi, là où c'était le plus simple pour moi. Rires ironie par chance...

Emilie : Quand tu dis par choix, tu veux dire que tu aurais aimé avoir d'autres approches?

Armelle : Oui. Je pense que j'aurais été plus loin dans… Je n'ai pas énormément postulé pour d'autres universités plus loin. J'ai postulé pour tout ce qui était de plus près. Financièrement, c'était trop compliqué. Et je me serais autorisé à postuler dans d'autres masters parce que l'enseignement me plaisait et je ne l'ai pas fait pour des questions financières… Rires et silence qui démontre l'ironie
Donc, j'ai tout fait à A… Par chance…

Emilie : Par chance?

Armelle: matériellement…
Et puis finalement, je n'ai pas trop regretté, même si à la période où je suis passée, il y avait pas mal de conflits. C'était compliqué à A. C'était dommage ces guerres de tranchées. Enfin, cela ne m'a pas empêché de m'épanouir dans mes études… Je ne sais pas comment c'est aujourd'hui…

Emilie: Je ne sais pas … ils creusent de nouvelles tranchées? Rires

Armelle: oui… J'ai tout fait à A en faisant mon master 1 en 2 ans parce que j'avais besoin de travailler. Je ne pouvais pas tout faire… Voilà mon parcours…

Emilie : Merci de ta participation à cet entretien. Comment as-tu vécu cet entretien?

Armelle : C'était bien… je parle beaucoup, je suis bavarde. Non, c'est intéressant, parce que cela permet de se poser des questions, pourquoi on est là, qu'est-ce qu'on fait là? Parce qu'on est pris

par cette routine d'activité. De se poser, de réfléchir à notre parcours, en tout cas à mon début de parcours de vie professionnelle, de questionner, de faire du lien avec des choses qui sont profondes pour moi, qui sont intimes. C'était pas désagréable…

Emilie : Il est possible que je te re-sollicite pour un nouvel entretien parce que j'aimerai bien revenir te voir après ta grossesse.

Armelle : oui, on verra. Ça influence beaucoup... et c'est vrai qu'en échangeant avec toi... C'est vrai que j'avais oublié ma démarche d'avoir accepté mon poste en pédiatrie, qu'il était lié à mon histoire personnelle. Donc, c'est vrai que cela peut modifier... On verra ça... Rires

Emilie : on a une approche différente, une sensibilité ou une perception différente en devenant maman. Il a des choses auquel on a pas accès, c'est à dire que le lien maternel...

Armelle : Il est complètement inconnu...

Emilie : On l'imagine, mais c'est quand même une expérience assez étonnante.

Armelle : On apprend tous les jours, on apprend tous les jours... A voir. Ce serait intéressant d'en reparler dans quelques années. Et puis je pense que cela va bouger, c'est sûr que cela va bouger. Je ne me sens pas assise dans ma pratique. C'est vrai que je suis en pleine éclosion...

Entretien Armelle septembre 2015

Emilie : On se retrouve un peu plus d'un an après notre premier entretien, donc. Je travaille toujours sur la durée de vie des psychologues travaillant en soins palliatifs. Est-ce que tu peux me parler de ton parcours depuis que nous nous sommes vu?

Armelle : Depuis que l'on s'est vu, j'ai eu un congé maternité, j'ai eu ma fille. Mon poste sur l'équipe mobile adulte s'est arrêté parce que j'étais sur un poste de remplacement. Donc, mon collègue est revenu. Je me retrouve à mi-temps sur l'équipe ressource soins palliatifs pédiatrique, mais pas par choix. Cela s'est fait un peu comme çà. Et j'ai même vu qu'il y avait une offre d'emploi sur l'équipe mobile de soins palliatifs d'un CHR à proximité et je me demande si je ne vais pas postuler. Je cherche à compléter mon mi-temps.

Emilie : Tu n'as pas d'autre mi-temps pour l'instant ?

Armelle : Je n'ai rien d'autre et je m'aperçois que mon CV, un peu par hasard, s'est orienté soins palliatifs et cela me ferme des portes. Je ne sais pas comment je dois le présenter, mais sur mon expérience professionnelle depuis que je suis diplômée, il y a beaucoup d'années où j'étais en soins palliatifs, il y a donc, comme une spécificité et j'ai du mal à faire dans autre chose.

Emilie : Tu as envie de faire autre chose?

Armelle : Oui, j'ai envie de faire autre chose.

Emilie : qu'est-ce qui fait que tu as envie de faire autre chose?

moment d'hésitation réflexives

Armelle:… Peut-être… Peut-être que depuis que je suis maman, je vois les choses différemment. Déjà parce que j'ai la sensation de trop me spécialiser dans un type d'approche et une pratique et du coup, je me dis que j'ai une grande carrière devant moi et que je n'ai pas envie de me fermer des portes et donc, j'ai cette prise de conscience-là. Je m'en suis rendu compte depuis que je suis maman, mais aussi depuis que je cherche à compléter mon temps. Je suis désolée de voir que mon CV est très spécialisé et qu'il me ferme beaucoup de portes. J'essaye de pousser les portes d'à côté par envie d'enrichissement de pratique professionnelle et aussi pour voir autre chose, pour apprendre autre chose, par envie, par motivation… Donc… Et si cela se trouve je vais peut-être encore me retrouver qu'en soins palliatifs.

toujours hésitation

Emilie : Et le fait d'être maman, cela a changé quoi pour toi dans ta pratique?

Armelle : Cela a changé beaucoup de choses et particulièrement en pédiatrie. Je ne ressens plus les choses de la même manière. Tout simplement, même en dehors des situations de soins palliatifs, mais par exemple, rien que pour arriver au bureau, ici, des fois il y a des enfants qui pleurent, et bien cela me fait mal au ventre. Alors qu'avant cela ne me faisait pas mal au ventre. Je ressens comme une petite sorte d'angoisse, on va dire que la subjectivité a tendance à prendre plus facilement sa place, je trouve, qu'avant. Donc, voilà… La distance, les questions de parentalité, j'ai pris conscience de pas mal de choses depuis que je suis maman, depuis que je suis à cette place-là. j'avais conscience de certaines choses auparavant de manière beaucoup plus théorique. Maintenant, je le vis aussi. Ce que je vis, moi, de manière privée, ne correspond pas à ce qui se passe dans toutes les familles. Cela donne un autre regard. Cela m'a changé au niveau de ma posture. Je n'aborde plus les suivis de deuil de la même manière. Je ne rentre plus en contact avec les parents de la même manière. Alors, je ne sais pas si je change vraiment quelque chose au niveau des mots que j'aborde. Mais en tout cas, émotionnellement, je ne rentre plus en contact. Ce n'est plus pareil. rires

hésitations

Emilie : Tu sens que cela modifie quoi en toi?

Armelle : Euh… On va dire que j'ai tendance plus facilement, peut-être parce que je n'ai pas repris la supervision, j'ai tendance à être plus facilement dans l'empathie, à me mettre dans les chaussons de l'autre, à côté, le petit pas de côté. Et aussi je pense que parce que j'ai des angoisses de maman propres et que je suis témoin d'histoires qui sont terribles et naturellement si cela m'arrivait, si cela arrivait à ma fille. Parce qu'en suivi de deuil, je suis amenée à suivre des couples qui ont perdu un enfant suite à une mort subite du nourrisson et cela arrive jusqu'à relativement tard… Ma fille a neuf mois et j'ai suivi des parents qui ont perdu leur fille a huit mois. Donc, personnellement, c'est pas facile de… élaboration

Emilie : est-ce que tu as l'impression que tu ramènes plus de choses à la maison?

Armelle: Ça, on va dire que j'ai tendance plus facilement, peut-être parce que je n'ai pas repris la supervision, j'ai tendance à être plus facilement dans l'empathie, à me mettre dans les chaussons de l'autre, à côté, le petit pas de côté à non, par contre, cela n'a pas changé. J'ai mon compagnon qui fait totalement autre chose qui n'a rien à voir avec le soin, avec le psy et cela doit m'aider et puis je me fais toujours des petits rituels facilement. C'est à dire que, quand je sens que la journée a été trop forte, je m'arrête facilement à un café pour me poser et me boire un café ou je m'arrête sur le bord du fleuve. J'ai repris mes mauvaises habitudes, je fume et donc je me grille

une petite cigarette. Je repense à ce que j'ai fait dans la journée. Une fois qu'elle est écrasée, c'est terminé et je peux rentrer à la maison.

Emilie : Donc, çà, c'est une habitude que tu as gardée.

Armelle: Ah oui, çà c'est une habitude que j'ai continuée. Quand j'arrive à la maison, je peux évoquer à mon compagnon ce que j'ai vécu si c'est une journée un peu difficile. Mais, en fait, j'ai pas envie vraiment de raconter. Je lui déverse pas tout ce que je vis. Je suis vraiment dans l'ici et maintenant. Jusqu'ici, c'est vrai, j'arrive à… Cà n'a pas envahi mon domicile en tout cas. Non, pas du tout… Enfin, toujours pas. Cà n'a jamais été le cas, mais aujourd'hui, ce n'est pas le cas non plus. Voilà…

Emilie : Donc, tu disais que le fait d'être maman cela a modifié ton approche des parents ? Et des enfants aussi, j'imagine ? Est-ce que tu saurais m'en dire un peu plus?

Moment d'élaboration, avec des silences et des hésitations.

Armelle : Euh… C'est peut-être… on va dire que … En fait, c'est ma vie de femme qui s'est bouleversée avec l'arrivée de ma fille et qui fait qu'il y a une sorte de maturation dans ma vie privée, personnelle, de femme et qui, du coup, a saturé ma vie de femme professionnelle. Il y a quelque chose qui a changé en moi, il y a quelque chose au niveau du statut… Avant, j'étais la fille de ma maman et c'était resté là, même si j'étais âgée, indépendante avec une vie épanouie de couple et tout cela. Maintenant, j'ai une place et je suis responsable de mon enfant et voilà… Je suis maman… Et donc, cela a beaucoup travaillé pour moi, ce changement de génération, de place dans la famille, dans ma vie personnelle. Et qui fait que lorsque je suis revenue ici, il y avait quelque chose qui avait en changé. Je m'en souviens : dès le premier jour quand j'ai traversé le couloir, j'avais déjà une petite appréhension parce que je trouve que, en tant que maman, on reprend très vite le travail - même si je m'étais rajouté quelques vacances. On reprend très vite, surtout pour un premier enfant le travail et, finalement, ce mi-temps qui n'était pas voulu, m'a bien arrangé quand même. Je m'étais bien installée dans cette vie de maman et je trouvais tout juste mon équilibre quand j'ai repris le travail. Je me souviens de la première sensation et quand j'ai traversé le couloir : j'ai entendu ces enfants pleurer et, tout de suite, j'ai pensé à ma fille et je me suis dit : « qu'est ce que je fous là ? C'est pas ma place ».

Moment de rires

J'avais qu'une envie c'était de me barrer et de rejoindre mon enfant. Mais après, c'était tout de même… j'étais quand même assez contente de retrouver mes collègues. Et j'étais aussi un peu épuisée d'être dans ce monde de couches. J'avais un peu envie de sortir de cela et de voir autre chose. J'étais très tiraillée par la culpabilité de laisser mon enfant, en entendant ces enfants pleurer, et « est-ce que çà se passe bien pour elle ? » et le fait que j'étais, moi, contente de

reprendre à travailler et cela m'a fait beaucoup de bien aussi.

Emilie : C'est à dire que même si c'est un service difficile, cela a été une bonne chose de reprendre le travail?

Armelle : Oui.

Emilie : Est-ce que tu penses que si tu avais eu le plein temps, c'est à dire d'être aussi sur l'équipe adulte de soins palliatifs, cela aurait été plus compliqué?

Armelle : Oui, j'en suis persuadée. Cela aurait été sans doute beaucoup plus lourd. Parce que, déjà, je sentais cette fatigue physique et un plein-temps à assumer en soins palliatifs, c'est quand même pas rien. Euh, j'étais quand même assez fatiguée, en tout cas physiquement, parce qu'avec la grossesse, on est un peu plus … , c'est un peu plus dur. Mais je pense qu'avec cette construction de moi, de jeune maman, avec ce travail-là, je pense que cela aurait été un peu difficile. Là aujourd'hui, je me vois pouvoir assumer un plein temps, mais pas au départ. Non, je l'aurais sans doute très mal vécu. On va dire que cela me va bien ce mi-temps là ,parce que je fonctionne avec 2 jours une semaine, 3 jours une autre semaine et c'est super. Du coup, c'était un petit peu de travail et donc, si une situation était complexe et que je l'appréhendais particulièrement - surtout toutes les situations de mort inattendue du nourrisson - alors là, j'avoue que je ne suis toujours pas très à l'aise … Et d'ailleurs, j'ai compris que toutes les psychologues à l'hôpital mère-enfant, fuyaient ces situations…

Emilie : d'accord.

Armelle : Je cherche même à entrer en contact avec d'autres psychologues d'autres établissements pour comprendre leur pratique, savoir un peu si ils ont une approche particulière dans ce type de situation, de la clinique du traumatisme. Mais bon, je n'ai pas trouvé trop d'aide pour l'instant, mais je ne perds pas espoir.
Mais pour répondre à ta question, je pense que j'aurais sans doute été très mal.

Emilie : Cela aurait vraiment créé un épuisement rapide?

Armelle : Oui, professionnellement, oui. Et puis cela aurait déteint sur ma vie privée. La reprise de travail a été bien mais difficile, je n'aurais pas supporté un plein temps, je pense.

Emilie : Tu n'aurais pas supporté un plein temps, ou tu n'aurais pas supporté le plein temps en

soins palliatifs tel que tu l'avais avant ta grossesse ? C'est à dire, est-ce que tu aurais pu le supporter si tu avais eu le mi-temps soins palliatifs et un autre mi-temps?

Armelle : Oui, je pense que tu as raison, je pense que c'était lié aux soins palliatifs.

Emilie : Si tu avais eu un mi-temps bouffée d'oxygène?

Armelle: Oui … par exemple, bosser en maternité, même s'il y a des moments compliqués, c'est pas la majorité… En général, notre profession ne rencontre pas des situations où cela va bien. En général, quand on vient nous voir c'est que cela ne va pas. Donc…

Emilie : oui mais c'est quand même plus ou moins léger… En soins palliatifs, c'est quand même une clinique de l'extrême !

Armelle : Oui, voilà, c'est ça.

Emilie : Et puis moi j'ai le sentiment que le soins palliatifs enfants, c'est l'extrême de l'extrême.

Armelle : Oui. Ben, c'est vrai que c'est ce qui est encore plus… C'est vraiment pas dans l'ordre naturel des choses… On ressent beaucoup d'injustices dans les accompagnements palliatifs, en tout cas c'est l'impression que j'ai par rapport aux accompagnements adultes. Oui, c'est ce sentiment d'injustice… Il y a quelque chose qui nous échappe… C'est surtout la violence… Et puis, les enfants, quand on a du mal à calmer leurs douleurs. Et puis, il y a aussi cette douleur de l'enfant ... Mais en soins palliatifs pédiatriques, il y a l'enfant, mais il y a aussi beaucoup les parents. C'est à dire que… et puis toute la fratrie… Voilà, on porte un enfant qui supporte une maladie qui est terrible, on essaye d'apaiser les symptômes les plus difficiles à supporter et on n'y arrive pas toujours. c'est quand même pas simple. Et il n'y a pas que cette douleur-là aussi, il y a toute la famille qui est derrière qui fait que le poids de l'accompagnement est plus lourd que chez les adultes. Même si je me dis que chez les adultes, peut-être qu'on a tort de n'entrevoir que le patient.

Emilie : J'entends ce que tu me dis, mais moi, ce que j'ai vécu en soins palliatifs dans une unité fixe, c'est que c'est vraiment le poids des familles qui m'a fait lâcher. C'est de dire :" Je n'ai plus envie de voir ces chagrins-là". Le patient, en lui-même, n'était pas problématique, mais de se confronter au chagrin régulier des familles…

Armelle : Je partage ton avis, je trouve que c'est parfois ce qu'il y a de plus difficile à Sourires

accompagner. Parce que l'enfant, il est dans un autre état et il est très dans un ici et maintenant. Il y a des choses qui se passent et puis on est, naturellement même, surpris par les personnes qui sont en fin de vie, il y a une sorte d'acceptation, en tout cas, çà se poursuit. Mais il y a ce sentiment d'injustice de vouloir toujours sauver son enfant par la famille qui est très difficile. Et c'est vrai, moi, j'ai plus de mal, en tout cas c'est plus lourd l'accompagnement de l'entourage que l'accompagnement de l'enfant.

Emilie : Et puis, j'imagine, puisque tu es maintenant maman, tu perçois d'autant plus les émotions par lesquelles les parents peuvent passer…

Armelle : C'est ça.

Emilie : Quand on n'est pas parent, on arrive à limiter…

ressenti dans du factuel

Armelle : En fait, c'était une sacré forme de protection. Je me dis que je ne connaissais pas… Après, je sais bien que tout parent ne ressent pas cela comme çà, mais c'est vrai que je ne connaissais pas … On va dire que la définition de l'amour a changé depuis que je suis maman, je conçois plus ce que cela veut dire aujourd'hui que je suis maman qu'avant. Donc, quand je rencontre des parents qui parlent de l'amour de leur enfant qui va décéder et bien oui c'est lourd. C'est à dire que je sens même que physiquement j'ai les larmes qui montent plus facilement aux yeux.

Emilie : Cà réagit plus…

Armelle : Ah ben oui… Cà c'est sûr que c'est … Oui, la blouse blanche tout çà, c'est…

Emilie : Protecteur?

Armelle : Non, c'est pas assez protecteur ! Non, vraiment les émotions, c'est plus naturellement … J'ai d'ailleurs appris ... çà m'a beaucoup touchée … : j'avais accompagné des parents pendant ma grossesse, juste avant mon arrêt, sur… - j'en parle parce que cela me touche énormément… Les collègues ne m'en ont pas parlé avant mon retour, elles ont bien fait d'ailleurs… - leur fille est décédée et c'était très difficile pour ces parents-là parce que c'était un enfant qui avait été conçu par FIV, un enfant très désiré et cette petite fille décède ... Et en fait j'ai appris que deux mois après la mère s'était suicidée et ça, cela m'a… ça m'a quand même scotchée… Quand je suis rentrée chez moi - d'ailleurs j'ai eu du mal à rentrer chez moi : à un moment, il a fallu que je m'arrête sur le chemin du retour - j'ai pleuré. Je pense que j'ai quelque chose… J'ai été touchée,

parce que je me disais :" Est-ce que je n'ai pas fait assez ?…" Et puis après, je me dis :" C'est leur histoire ..."

Le papa, les filles l'avaient rappelé justement au décès de la maman et il avait une philosophie… rires Un retour qui disait: " Ben voilà, elle n'a pas supporté que sa fille soit partie, elle est partie avec". On voit que c'est l'histoire d'une famille et …

Emilie : C'est vraiment la confrontation à la désespérance… Parce que l'on peut percevoir dans un petit coin de nous ce que cela peut générer…

Armelle : Ah, oui… oui… Il y a quand même une écoute, on utilise aussi nos émotions pour contenir un entretien. On est psychologue avec ce qu'on est aussi… Et aujourd'hui, je le suis différemment…

Emilie : c'est cela qui m'intéresse ... rires

Armelle : Et bien, cela a beaucoup changé depuis ma grossesse et puis je me sens aussi, je ne sais pas pourquoi mais ce statut de maman me légitime plus dans ma fonction de psychologue. Je ne sais pas pourquoi, mais je me sens beaucoup mieux professionnellement, il y a quelque chose qui a changé… Je ne sais pas trop, est-ce que c'est le regard des autres collègues?… rires

Emilie : Est-ce que c'est l'expérience humaine qui légitime? Parce que c'est une expérience… rires

Armelle : En tout cas cette expérience, oui, en tout cas je me sens d'autant plus légitime à travailler en pédiatrie depuis que je suis maman. Je ne sais pas mais il y a une sorte de légitimité à ce travail là.

Emilie : Et à la fois c'est plus légitime, mais cela te demande plus d'énergie?

Armelle: Oui, oui

Emilie : Est-ce que cela veut dire que s'occuper des enfants, c'était plus facile avant, quand tu n'étais pas maman, parce qu'il n'y avait pas les tripes qui parlaient à longueur de temps ?

Armelle : oui c'est ça, il n'y avait pas les tripes qui parlaient, c'était plus simple…

Emilie : tu sens qu'il y a une légitimité, parce que tu sais de quoi tu parles, mais émotionnellement, cela réagit fort.

Armelle : Émotionnellement cela réagit, oui. D'autant plus en soins palliatifs, je sens que cela réagit…

Co-construction

Emilie : Moi, il y a une expérience que j'ai vécue particulièrement aux soins palliatifs, je vais te la raconter. Au tout début où j'ai fait du soins palliatifs, j'ai fait un rêve : il fallait que j'annonce à ma famille que j'allais mourir et vraiment un truc pas… et je me souviens encore de l'angoisse au moment du réveil et du soulagement en me disant que ce n'était qu'un rêve et en fait, j'ai toujours utilisé cette expérience particulière à l'inverse avec les patients, c'est à dire en leur disant : "ben eux quand ils se réveillent cela s'est un peu calmé et c'est à ce moment là qu'ils disent : "les cauchemars recommencent".

C'est quelque chose que j'ai utilisé avec les patients, dans la relation avec eux, parce que j'avais expérimenté quelque chose à un moindre niveau, on est d'accord, mais cela alimentait quelque chose de l'ordre de la sensation… Tu crois que c'est quelque chose de cet ordre là pour toi ?

Rires

Armelle : Oui, je pense que j'utilise ce que j'ai appris de moi-même avec ce statut là dans ma vie, oui effectivement, je l'utilise, ce que j'ai appris, oui … Après, en réfléchissant un peu à l'impact que cela a ... Ce n'est pas plus tard qu'hier soir … : ma fille, je voyais qu'elle était pas très bien, je voyais qu'elle ne mangeait pas trop - je me rends compte que ma pratique de psychologue en soins palliatifs, peut-être dans un service où cela a un impact dans ce sens là, mais finalement cela a aussi une répercussion dans ma vie privée. En discutant avec toi… - Tu vois des petits symptômes d'un bébé qui ne va pas très bien, on décide d'appeler SOS médecins. Le médecin se déplace tard, je réveille ma fille, voilà, il l'ausculte, et elle avait rien du tout, il me dit une rhino-pharyngite, je dis un petit rhume quoi… Bon effectivement, elle devait être un peu gênée, donc un peu moins d'appétit. Mais j'avoue que j'étais très angoissée toute la soirée à attendre ce médecin. J'étais là : "mais si il lui arrive quelque chose de grave ... pourquoi elle mange pas ? ... mais il lui arrive quelque chose de grave". J'entends tellement de choses horribles, mais tu vois je me rends compte en discutant avec toi. Tu vois le truc…

Rires

Est-ce que c'est de l'angoisse naturelle de parent, je ne sais pas. Je pense que oui, j'imagine que tout parent a cette angoisse là naturelle pour son enfant. Après, je vois tellement de situations où cela ne se passe pas bien, où les situations ne se terminent pas bien, que j'ai quand même une sorte d'inquiétude permanente pour ma fille, qui doit se confondre avec ce statut de jeune maman, premier bébé…

Emilie : Oui, cela fait beaucoup de choses, on sait bien que les jeunes parents de premier

enfant sont toujours un peu inquiets. Mais c'est parce qu'on n'a pas l'expérience. C'est à dire qu'au bout de ta 5 ème otite, tu commences à gérer le truc. La première, t'es paniquée…

C'est la notion d'expérience et, forcément, pour le deuxième, on est moins inquiet. Et toi tu cumules ton statut de jeune maman avec une expérience professionnelle qui est lourde. C'est clairement ce qui a fait que je ne voulais pas travailler chez les enfants parce que je me voyais pas m'occuper des enfants qui allaient mal puis rentrer à la maison et m'occuper de mes enfants. Je pense que c'est difficile…

Armelle : Aujourd'hui, je ne sais si c'est un poste que j'aurais accepté si j'avais déjà été maman. Aujourd'hui, je m'y épanouis et j'y resterai parce que j'ai une dynamique de travail avec mes collègues. On monte des formations, il y a tout ce travail d'acculturation en soins palliatifs qui me passionne énormément. Donc je m'épanouis dans ce que je fais, j'en suis convaincue. mais aujourd'hui, je ne suis pas sûre que j'aurais accepté un poste comme celui-là si j'avais été maman. Aujourd'hui, j'y suis, j'y reste…

Emilie : Mais en étant toute jeune maman, tu n'aurais pas accepté !

Armelle : Non, non, je ne pense pas que j'aurais… hum. Oui, aujourd'hui, je peux dire cela, d'autant que je suis arrivée là un peu par hasard, c'était les filles qui étaient venues me proposer, ouais, non… Aujourd'hui, je n'aurais pas… j'aurais sans doute chercher autre chose.

Emilie : Ce qui veut dire que les soins palliatifs dans ta vie c'est par hasard?

Rires

Armelle : oui, vraiment… C'est le premier poste, que jeune diplômée, en galère ... et puis c'est pas facile de trouver son premier poste et puis il y a cette question de légitimé parce qu'on n'a pas l'expérience de terrain et puis il faut dire la formation de psy… Je trouve qu'il manque un peu de pratique, on se démerde beaucoup tout seul… Parce que, moi, j'ai fait la formation à la faculté de B, je ne veux pas balancer l'université de B, mais bon… Je sais que d'autres étudiants qui sortent d'autres universités quand ils arrivent sur le terrain, ils galèrent moins que nous… Et donc oui, effectivement, j'ai postulé. C'était grâce à un collègue psychologue qui m'avait informé qu'il laissait son poste vacant pour un congé parental et, effectivement, on était trois à poser notre candidature dessus. Mais j'ai été prise là parce qu'il y avait un 50% qui se proposait… Mais, et encore, c'était par le réseau, je n'avais même pas trouvé par les offres d'emploi. C'était parce que ce collègue me connaissait et donc cela a peut-être rassuré les recruteurs aussi, je suis arrivée vraiment par hasard. Ce n'était pas un choix d'arriver en soins palliatifs. J'ai vraiment appris mon métier de psychologue avec les soins palliatifs.

Emilie : Oui, j'ai une maître de stage qui disait que quand on a fait du soins palliatifs, on peut tout faire…

Armelle : A bah, c'est bien.

Emilie : et je suis assez d'accord parce que tu auras tellement appris à mener des entretiens difficiles, parce qu'il faut

Armelle : poser les mots justes…

Rires

Emilie : Oui il faut poser les mots justes, il faut une vigilance qui fait que mener un entretien dans un autre cadre c'est presque d'une facilité déconcertante… C'est mon vécu, mais elle m'en avait parlé…
Et pour toi aujourd'hui, c'est un choix d'y rester !

Armelle : Je pense que… je viendrai en libéral. J'ai essayé de monter un projet, mais en fait, cela me fout les boules de bosser toute seule. En fait, ce qui me plait aussi en soins palliatifs, c'est …- je ne sais si j'aurais cela dans d'autres services - c'est qu'il y a une culture de la pluri-disciplinarité qui est vraiment très confortable. La richesse… J'adore bosser en équipe et même si parfois, j'ai un peu de frustration, il me manque un peu de travail pur de psychologue, c'est à dire en dehors des suivis de deuil, je fais beaucoup de soutien, et la notion de psychothérapie, c'est presque inexistant. Ce sont des situations un peu d'urgence, on essaye d'apaiser … Mais il n'y a pas ce travail de fond clinique… Et peut-être que j'y viendrai… Et peut-être que l'institution… Mais là je vois que mon CV, il est très orienté soins palliatifs. Si l'institution n'arrive pas à m'ouvrir d'autres portes, je m'ouvrirai une autre porte moi-même par le libéral…

Emilie : et en terme de formation, tu en es où ? Il y a la formation de la vie, qui apparemment a été sacrement enrichissante…

Armelle : oui

Emilie : surtout cette dernière année, et tes rêves de formation, ils vont vers quoi?

Armelle: Mes rêves de formation ? Là, j'ai réussi à décrocher une formation pour me former à l'analyse de pratique avec une structure. Pour une formation à plus long terme, je m'interroge toujours sur le fait de passer un DU en soins pal parce que je voudrais aussi légitimer - euh, je parle toujours de légitimer, mais ... - en tout cas prouver mes compétences avec un diplôme. J'ai

m o m e n t d e construction réflexive

beaucoup appris sur le terrain, mais après, est-ce que c'est reconnu ? J'avais rencontré une autre psy qui m'avait dit : "fais pas ça, tu vas t'ennuyer !". Bon, moi, ce que je rêve de faire, c'est de me former en gestalt thérapie, c'est quelque chose que j'avais découvert en formation de psy et je reste toujours bloquée là-dessus. Mais, j'ai laissé ça de coté, du coup, parce que financièrement c'est pas possible et l'institution ne me payerait jamais ça, en tout cas, je n'ai encore jamais proposé. J'aimerais beaucoup faire l'institut d'hypnose et de thérapie brève, aussi. Parce que je trouve que c'est une formation qui correspond bien à la pratique que l'on peut avoir et surtout dans le milieu hospitalier, où c'est de la clinique du court terme. Voilà, cela doit donner des outils d'accompagnement qui pourraient beaucoup m'enrichir dans ma pratique. On en entend tellement parler par les psys, par d'autres professionnels. Sans forcément me spécialiser dans l'hypnose parce que j'ai une collègue qui a cette fonction-là dans l'équipe, mais en tout cas l'utiliser…

Emilie : … avoir une ouverture sur les thérapies stratégiques, solutionistes, systématiques…

Armelle : … d'avoir ce regard-là qui me manque dans ma pratique aussi, du moins j'ai du mal à le mettre en évidence parce que je l'ai appris sur le terrain avec la pratique de terrain que l'on rencontre… J'aimerai beaucoup la faire… Et puis j'aimerai toujours un peu ce projet d'art thérapie… Mais je n'avance pas plus.
J'ai avancé dans ma vie privée. Professionnellement, c'est pour plus tard…

Emilie : C'est comme les enfants : quand ils font leurs dents, ils ne parlent pas et quand ils marchent … Il y a des moments d'apprentissage comme ça. En tout cas, ce qui a vraiment fait le grand saut, c'est tout cet apprentissage personnel, émotionnel qui modifie en profondeur ta façon d'aborder la relation. Tu parlais d'empathie en disant j'en ai plus ou…

Armelle : … différemment, j'ai vraiment la sensation d'en mettre…

Emilie : Et tu crois que c'est problématique?

Armelle : Non, vraiment c'est ce qui, dans ma profession m'a le plus dérangé, c'est que j'avais de sacrées protections… Et puis cette non connaissance de cette place là.

Emilie : et puis de prendre conscience que tu étais passé à côté de quelque chose?

Armelle : Je me protégeais beaucoup des émotions… En fait, j'ai été surprise des émotions que j'ai pu ressentir au retour de la maternité… J'ai dit :"ouais.., est-ce que ça va aller ?!". Je me suis

dit cela !

Emilie : Et tu sens que maintenant cela peut aller?

Armelle : Oui, maintenant, cela peut aller, même si… En fait aujourd'hui, j'ai peu de pratique clinique, je vais dire au chevet du patient. J'ai plus une pratique ... je ne sais pas si c'est défensif mais, en tout cas, naturellement, je suis plutôt en second plan dans les accompagnements. Je vais soutenir mes collègues qui y sont déjà… En fait, on a peu de choses qui sont à domicile. Donc, comme il y a déjà pleins de psychologues dans les services, en fait, je viens en plus, en ressource… Je suis moins confrontée aux situations. J'ai plus le travail d'acculturation et de formation.

rires

Emilie : Donc, tu es moins en contact, mais tu sens quand c'est le cas, cela a vraiment modifié totalement quelque chose…

Armelle : Cela m'a fait un peu peur au début… J'avoue ! Je me disais : " Oh, lala!". Non, je ne sais pas. Je sais qu'il faut que je reprenne la supervision, ça c'est sûr. Je veux pouvoir y déposer mes émotions, justement quand je craque. Là, ça va et j'aime tellement ce que je fais que ça va aller. Ça va aller. Je me soutiens… Ça va aller…

co-construction

Emilie : donc, pour l'instant, tu es toujours une psychologue qui survit en soins palliatifs !

Armelle : Je survis en soins palliatifs… En fait, cela me va bien et je n'ai aucune perspective de quitter ce poste. Je n'ai vraiment pas envie de partir… Ce ne serait pas par choix… Comme ce qui m'est arrivé chez les adultes. J'ai eu du mal à quitter, j'aimais la dynamique de travail… C'est comme ça. Cela permet de m'ouvrir à d'autres choses. Et puis, cela pose question … Qu'est-ce qu'on fout en soins palliatifs?

Emilie : qu'est-ce qu'on fait en soins palliatifs? Qu'est-ce qui fait qu'on y reste?

Armelle : Ah lala, oui, qu'est-ce qui fait qu'on y reste ? Oui, je vais peut-être réfléchir sur la maturation de la place en soins palliatifs ? Qu'est-ce qui fait qu'on reste ?

Emilie : Oui, c'est vraiment une question qui m'interpelle. Je ne sais si j'aurai des réponses, mais si j'en ai je te dirai !! Je reviendrai te voir avant de finir !

Armelle : cela aura encore changé, bougé…

Emilie : oui, cela continue d'évoluer, et puis : à quel moment çà s'arrête ou cela ne çà s'arrête pas ? J'ai rencontré des collègues qui y sont depuis 17 ans et ils n'envisagent pas d'arrêter !

Armelle : Oui, il doit y avoir quelque chose de cet ordre-là. On investit tellement une place qui est importante ... Et puis, en plus, dans l'équipe, il y a eu beaucoup de changements de collègues, cela a été difficile… Et là, je suis bien assise dans mon siège de psychologue dans l'équipe, je ne me vois pas partir. Et aussi parce que je pense au travail qu'on fait en équipe. Mais… Mais, par contre, je n'y resterai pas toute ma carrière, ça, j'en suis persuadée, parce que c'est lourd, parce que j'aurai envie de voir le monde, un peu plus de douceur que des choses… Parce que c'est vraiment violent ce que l'on rencontre. Je ne suis pas sûre de le porter comme cela pendant 17 ans. Je ne pense pas. élaboration

Emilie : La personne qui me disait cela me racontait que, comme ce qu'on vit est tellement intense, toute autre clinique serait fade… Et à la fois, j'y pense mais j'ai tellement peur que cela soit fade à côté que … Je reste là…

Armelle : Peut-être que je changerai, peut-être que dans 20 ans j'y serai encore… Qui sait !

Emilie : je ne pourrais te souhaiter l'un ou l'autre, je crois que c'est quelque chose d'intime… Moi, je suis très contente d'avoir quitté les soins palliatifs, je suis contente de rester un peu en lien par cette thèse, mais je ne sais pas si j'y retournerais… Mais, à la fois, j'ai une collègue médecin qui m'a dit :" tiens, il y a un poste… Ça t'intéresserait". Je lui ai dit : " Ne pose pas la question parce que je serai très embêtée de choisir." Parce qu'il y a les enjeux professionnels et perso.. Si je ne comptais que le perso : NON ; si ce n'était que le professionnel sans le perso… clairement, j'y retournerais !

Armelle : Oui, je pense que c'est plus le perso qui pourrait me freiner. Euh, parce qu'on renvoie quelque chose à notre entourage, cette clinique qui est difficile, on sent que le regard est différent… Je ne sais pas comment exprimer cela… Il y a beaucoup de projections : cela doit être horrible. Il n'y a pas que cela dans notre pratique, même si on est confronté, témoins de situations dramatiques parfois violentes… J'ai quand même de bons souvenirs d'enfants que j'ai croisés et qui sont aujourd'hui décédés et … voilà, on a rigolé, on a joué… Il y a beaucoup d'humain.

Emilie : Il y a beaucoup de cadeaux!

Armelle : oui, voilà, c'est ça. En tout cas la relation humaine est beaucoup plus forte et c'est ce qui me plait dans cette clinique… Je ne sais pas… En tout cas, tes questions … cela me fait réfléchir sur ma posture de « qu'est-ce que je fais là, pourquoi je suis là, comment je suis là ? »… Ouais… Avoir ce regard sur notre profession dans un contexte particulier… Cette clinique de l'extrême, du bout du bout…

Emilie : On peut faire l'autre bout aussi … Moi, j'ai eu une période où je ne voulais que de la néonat ou du soins pal.

Armelle : C'est ce que je pensais, j'avais des envies d'aller travailler en maternité… Travailler sur la place de parent, la parentalité… Tout ce que j'ai découvert là, cela m'aurait bien plu…

Emilie : Je te remercie, je n'ai qu'une envie c'est de revenir te voir l'année prochaine.

Table des matières

Remerciements **3**

Avant-Propos **5**

Introduction : Première respiration **7**

Pourquoi en Sciences de l'Education ? 7
Origine de la problématique et hypothèse 10

1. Juste avant **13**

1.1. La mort et les soins palliatifs 13
1.1.1. L'homme face à la mort 14
1.1.2. Regard au fil du temps sur la mort 17
A. La mort apprivoisée 17
B. La mort rupture 18
C. La mort inversée 18
Synthèse **21**
1.1.3. La création des soins palliatifs 21
A. Les pionnières 22
• Les prémices des soins palliatifs : Jeanne Garnier 22
• Cicely Saunders : un parcours de vie qui mène aux soins palliatifs 23
• Elisabeth Kübler-Ross : une pionnière de l'accompagnement et de la formation 27
Synthèse **30**
B. Définitions de l'organisation mondiale de la santé 31
• Définition de 1990 31
• Définition de 2002 32
1.1.4. Les soins palliatifs en France 35
A. Historique 35
• Quelques marginaux émettent de nouvelles techniques ou théories 35
• Des individus qui s'approprient les techniques de façon archaïque 37
• Stabilisation des règles du jeu avec une perte de la poussée novatrice 39
B. Des "Unités de Soins Palliatifs" aux lits dédiés 43
C. La philosophie des soins palliatifs 46
• Le devoir de non-abandon du patient 46
• Une sollicitude inventive 47
• Une excellence professionnelle qui refuse la démesure 47
• Une juste présence 48
• Une certaine qualité de regard 48
• L'importance d'un compagnonnage 49
Synthèse **51**
1.2. Du côté de la psychologie 52
1.2.1.La psychologie dans l'Antiquité 52
1.2.2.La psychologie à l'aube du 20 ème siècle 53
1.2.3.Prémices de la psychologie en France 54
1.2.4.Relation complexe entre la psychologie, la psychanalyse et la fonction du psychologue 55
1.2.5.Psychologie, formation et savoirs 56
A. Psychologie et formation 56
B. Psychologie et savoirs 57
1.2.6.Définitions de la psychologie 59
1.2.7.Définition et formation au métier de psychologue 60
1.2.8.L'empathie comme intelligence émotionnelle 63
1.2.9.Peut-on apprendre l'empathie? 64
Synthèse **65**
1.3. Evaluation de la formation et de la pratique des psychologues en soins palliatifs : questionnaire. 66
1.3.1.Quelle est votre formation universitaire pour l'obtention de votre diplôme de psychologue ? 67
1.3.2.En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ? 67

1.3.3.Depuis quand exercez-vous en tant que psychologue ? 68
1.3.4.Dans quel type de structure exercez-vous ? 69
1.3.5.Depuis quand exercez-vous en soins palliatifs ? 70
1.3.6. En tant que psychologue clinicien, votre orientation est plutôt ? 71
1.3.7.Dans votre pratique quotidienne quelle est votre activité ? 72
1.3.8. Pouvez-vous, en quelques lignes, aborder votre dispositif d'intervention ? 73
1.3.9. Quelles sont vos formations supplémentaires ? 74
1.3.10. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans votre pratique quotidienne ? 75
• Le manque de temps 75
• La place du psychologue dans une équipe pluridisciplinaire : 75
• Les enjeux institutionnels 76
1.3.11. Que voulez-vous faire remonter pour la réalisation de ce référentiel sur les pratiques des psychologues ? 76
• Une démarche positive : 76
• Une appréhension : 77
Synthèse 78

Intermède : NDE (Near Death Expérience) : Récit de vie 79

Bilan 89

2. Pendant 91

2.1. La démarche clinique et des histoires de vie 91
2.1.1.La clinique-dialogique, une origine complexe 93
2.1.2.La clinique-dialogique dans la recherche en Sciences de l'Education 96
2.1.3. Les acteurs de la clinique-dialogique 98
2.1.4.Les histoires de vie 100
A. Les histoires de vie en formation 102
B. Les histoires de vie en recherche 103
2.2. Présentation des Narrateurs et synthèse des lieux d'entretiens 105
2.2.1.Alexandre 106
2.2.2.Sophie 106
2.2.3.Armelle 107
2.2.4.Babette 107
Synthèse 108
2.3. Ma posture de chercheuse 108
2.3.1.Contrat 109
2.3.2.Une écoute empathique 110
A. Suis-je authentique et ai-je bien conscience de qui je suis ? 110
B. Ai-je la force d'être distincte de l'autre ? 111
C. Suis-je capable de relation positive? 112
D. Ai-je assez de sécurité intérieure pour laisser libre l'autre? 113
2.4. Analyse des entretiens 114
2.4.1.Alexandre 116
A. Alexandre, son parcours de formation 117
B. Alexandre : la vie et la mort 120
C. Alexandre et les soins palliatifs 123
D. Alexandre, la formation du psychologue et la clinique 125
E. Alexandre, violence et protection 126
Tableau récapitulatif 127
2.4.2.Sophie 129
A. Sophie, son parcours de formation 130
B. Sophie : la vie et la mort 132
C. Sophie et les soins palliatifs 134
D. Sophie et les choses 136
E. Sophie et la protection 137
F. Sophie et l'empathie 138
Tableau récapitulatif 140
2.4.3.Babette 141

A. Babette, son parcours de formation 141
B. Babette : la vie et la mort 143
C. Babette : la clinique, lien entre la vie et la mort 145
D. Babette, l'univers « santé » en lien avec le temps 146
E. Babette : violence et protection 148
F. Babette, le burn-out 151
Tableau récapitulatif 153
2.4.4.Armelle 2014-2015 154
A. Armelle, son parcours de formation 155
B. Armelle : la vie 157
• La vie - premier entretien 158
• La vie - second entretien 160
C. Armelle, la mort 163
• La mort - premier entretien 163
• La mort – second entretien 166
D. Armelle, « La chose » 167
• La chose - premier entretien 167
• La chose - second entretien 168
E. Armelle, la santé 169
• La santé, premier entretien 169
• La santé, deuxième entretien 170
F. Armelle, ressources et Protection 171
G. Armelle, apprentissages et formation de soi 174
Tableau récapitulatif 177
2.4.5.Emilie 178
A. Emilie, la vie et la mort 178
B. Emilie et les soins palliatifs 182
C. Emilie et la formation 183
D. Emilie et les ressources 184
Tableau récapitulatif 184
Synthèse **185**

3. Juste Après **187**
3.1. Au fil du Temps 193
3.1.1. Le temps à l'épreuve du vécu 193
3.1.2. Le temps : expérience du récit par l'autre 196
3.1.3. Le temps de travail et le temps de la société 198
3.1.4.Du temps pour soi : une ressource 200
3.1.5. Notion de hasard : choix/non choix 202
Synthèse **205**
3.2. Autour de la formation 206
3.2.1.La formation universitaire face à l'activité professionnelle 207
3.2.2.Expérience professionnelle 210
3.2.3. Expérientiel pour soi 213
Synthèse **217**
3.3. Empathie et protection 218
3.3.1.L'empathie 218
3.3.2.De la violence 220
3.3.3.La vie, entre protection et ressources 222
A. La rencontre, une ressource 223
B. Mais comment faites-vous? 225
Synthèse **227**
3.4. Limites de la recherche 227
Synthèse pour aller plus loin **229**

Conclusion : Dernier soupir **233**

Index des Figures et des Tableaux **241**

Bibliographie **243**

Index des sigles **251**

ANNEXES : **253**

ENTRETIENS **253**

Présentation des narrateurs 255

Table des matières **257**

UNIVERSITE BRETAGNE LOIRE
EDUCATION
LANGAGES, INTERACTIONS
COGNITION, CLINIQUE

UNIVERSITÉ DE NANTES

Titre : Durée de vie des psychologues en soins palliatifs : apprendre à vivre par la mort

Etude qualitative de 5 entretiens clinique-dialogique

Mots clés : mort, psychologue, soins palliatifs, formation, temps, clinique-dialogique, expérience

Résumé : L'accompagnement de la fin de vie est une clinique qui s'est développée en France, avec l'émergence des services de soins palliatifs, à la fin des années 80. Alors que la mort avait été laissée pour compte pendant plusieurs décennies, des professionnels de santé (dont des psychologues, profession toujours en construction à l'époque) ont ainsi commencé à accompagner ce temps de passage.
Cette étude pose une question centrale : combien de temps un psychologue peut-il exercer dans un service d'accompagnement à la mort sans être mis en difficulté ? Cette interrogation est devenue un point de départ vers d'autres, telles que : pourquoi et comment exercer comme psychologue en soins palliatifs et en continuité, quelle formation adopter pour soutenir une telle pratique ?
L'hypothèse générale qui, dès lors, a sous-tendu notre recherche, est que la clinique de la fin de vie est une pratique éprouvante qui nécessiterait des ressources encore à découvrir ainsi qu'une capacité à s'interroger sur son expérience de vie, afin d'en tirer un savoir expérientiel réflexif pour assumer d'accompagner au plus près et sans en être trop affecté, la personne qui va mourir.
Dans cet objectif j'ai effectué, avec 4 psychologues exerçant ou ayant exercé en soins palliatifs, des entretiens « cliniques-dialogiques ». Ceux-ci, par leur spécificité, permettent de faire émerger des espaces de co-construction de savoir. Ce travail interroge la notion de formation tout au long de la vie – et jusqu'au bout. Car il apparaît que la mort vient mettre en lumière différentes temporalités et différents espaces de savoirs à explorer.

Title : The *'life-expectancy'* of a psychologist in the domain of palliative care : learning how to *'survive'* with some help from death itself.

A qualitative study of 5 clinical-dialogical interviews

Keywords : death, psychologist, palliative care, training, time, clinical-dialogical experience

Abstract : End-of-life care and support is a clinical practice which developed in France with the emergence of palliative care services at the end of the 80s. Whilst death itself had been 'set-aside' for several decades, health professionals (including psychologists, whose profession was still evolving at the time) began to support patients during the final phase of life.
This study raises a major issue: how long is a psychologist able to practice in an 'end-of life' department without suffering the consequences of dispensing this care him/herself? This central question gave rise to others such as: what is the rationale behind providing such support as a psychologist in the domain of palliative care and how do we go about it? And in the longer term which type of training would be best adapted to enable us to carry out this type of care.
The underlying hypothesis which under-pins our research is that working in an 'end-of-life' care service is a highly demanding practice which requires resources which have yet to be defined as well as the capacity to ask oneself questions based on our own life experiences, in order to derive from it a reflexive and pragmatic attitude so that we can undertake this support in the best conditions and without being too strongly affected by the patient who is nearing death.
With this as my objective I carried out, along with 4 other psychologists who are, or who have practiced in palliative care services, some 'clinical-dialogical' interviews. The latter, by their specific nature, facilitate the development of collaborative thinking and knowledge. This study raises the question of the importance of life-long-learning - and that to the ultimate end. It would appear that the notion of death itself focuses attention on a variety of temporalities and areas of knowledge which merit exploration.