



# La pratique clinique en soins palliatifs

## Accompagnement psychothérapeutique ou psychanalyse appliquée ?

**Caroline Doucet**

DANS **PSYCHOTHÉRAPIES 2008/2 Vol. 28**, PAGES 121 À 126

ÉDITIONS **MÉDECINE & HYGIÈNE**

ISSN 0251-737X

DOI 10.3917/psys.082.0121

Date de mise en ligne : 12/06/2008

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-psychotherapies-2008-2-page-121?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# LA PRATIQUE CLINIQUE EN SOINS PALLIATIFS: ACCOMPAGNEMENT PSYCHOTHÉRAPIQUE OU PSYCHANALYSE APPLIQUÉE ?

Caroline DOUCET<sup>1</sup>

## Résumé

La notion d'« accompagnement psychothérapeutique » fréquemment utilisée pour décrire la pratique du psychologue auprès des patients en fin de vie suffit-elle à rendre compte de l'acte du clinicien à l'hôpital? La confrontation au réel de la mort accélère le temps logique, nécessitant la présence du clinicien comme objet et pas seulement comme simple écoute. Cette contribution se donne pour objectif de donner des indications concernant l'acte clinique en ce lieu: réintroduction de la contingence, mise en forme de la question du sujet, focalisation, entretien à durée variable, traitement de la demande, recherche d'un effet thérapeutique rapide, clinique de l'instant. Par nécessité clinique une distanciation s'impose d'avec l'accompagnement, certaines formes de psychothérapie et la cure analytique pure. Il s'agit plutôt d'une forme de psychanalyse appliquée en service de médecine.

## Summary

Can the notion of « psychotherapeutic support » – frequently used to depict the psychologist's practice with their dying patients – be sufficient to account for the clinician's act in an hospital? Confrontation with the reality of death accelerates logical time, requiring the clinician's presence as an object and not solely as a mere listener. The purpose of that contribution is to bring information about the clinical act in that particular place: reintroduction of contingency, setting of the subject's question, focusing, variable-duration discussions, treatment of the demand, research of a quick therapeutic result, instant clinic. Clinical necessity requires some distance from care, certain psychotherapy forms and true analytical treatment. This is mostly a form of applied psychoanalysis within medical premises.

## Mots-clés

Accompagnement – Psychothérapie – Psychanalyse appliquée – Soins palliatifs – Acte clinique.

## Key-words

Support – Psychotherapy – Applied psychoanalysis – Palliative care – Clinical act.

<sup>1</sup> Maître de Conférences de Psychopathologie, Université Rennes 2, membre de l'Equipe d'Accueil 4050: recherches en psychopathologie, nouveaux symptômes et lien social; Psychologue clinicienne.

L'« accompagnement » constitue le cœur du projet des soins palliatifs (Mino, 2007, p. 72) s'imposant à toutes les personnes – soignants, psychologue, bénévoles, famille – impliquées dans cette démarche<sup>2</sup>. Il consiste à évaluer la situation du malade, à prendre en compte, au-delà de la douleur physique, sa souffrance psychologique, sociale et spirituelle afin de l'accompagner dans cette période pleinement signifiante de l'existence. « Aider les personnes malades à la prise de conscience de la situation est au cœur de l'accompagnement. Il s'agit de chercher à préserver leur lucidité tout au long du « mourir » et de leur donner l'occasion de régler leurs affaires matérielles et affectives, bref de vivre leur vie jusqu'au bout » (Mino, 2007, p. 65). Les psychologues sont appelés à contribuer à cette tâche par le biais de l'accompagnement psychologique ou accompagnement psychothérapeutique qui semble faire consensus. L'acte clinique en service de médecine se réduit-il pour autant à un « accompagnement psychothérapeutique » ?

## L'ACCOMPAGNEMENT : CONCEPT FLOU D'UNE CLINIQUE ADAPTATIVE

La notion d'accompagnement, dont on peut noter le succès dans la pratique auprès des patients, n'est cependant pas sans poser problème. Son utilisation transdisciplinaire, son incapacité à représenter précisément l'objet auquel l'accompagnement s'adresse nécessitant l'ajout d'un qualificatif, ainsi que sa définition étymologique – « aller de compagnie avec », conduire, guider – contribue à entretenir un flou relatif à la diversité des pratiques qu'il recouvre. Dans le champ psychologique, son utilisation grandissante témoigne de la dévalorisation de

<sup>2</sup> C'est d'ailleurs sous l'intitulé « Mission fin de vie et accompagnement » que se range le rapport de M<sup>me</sup> de Hennezel, octobre 2003.

la théorie et de la difficulté à cerner les attendus et enjeux de l'acte clinique du psychologue. Il se présente comme l'indice de la dispersion de la clinique, traduisant un brouillage des repères conceptuels et pratiques psychopathologiques. Par ailleurs, son association au qualificatif psychothérapique – *accompagnement psychothérapique* – ne vient qu'imparfaitement délimiter le champ d'application. Le terme « psychothérapique » est lui-même imprécis du fait de l'absence d'unité de la psychothérapie couvrant une palette variée des pratiques de l'écoute et de la parole. Psychothérapie de soutien, psychothérapie comportementale, psychothérapie psychanalytique, brève ou focale, sont les pratiques les plus fréquemment référencées dans le cadre hospitalier, auxquelles s'ajoutent les pratiques psychothérapiques qui se veulent éclectique, trans-théorique ou encore a-théorique. Sous-tendues par un objectif thérapeutique commun centré autour de l'aide de la personne à supporter ce qui lui arrive et non celui d'une modification de la personnalité, elles s'appuient sur diverses méthodes qui ont scandé l'histoire de la psychopathologie, trouvant un écho dans les pratiques soignantes au sens large. C'est le cas de la relation d'aide « très usitée dans les services de soins et dans les milieux où sévit la psychothérapie » (Plon, 2004, p. 52). Rappelons juste l'origine du terme « aider », du latin *juvare* qui signifie « faire plaisir », un terme qui n'est pas sans ambiguïté quant aux visées de l'acte clinique et à ses motivations. La compréhension empathique, quant à elle, centre son action thérapeutique sur le présent, le potentiel évolutif du sujet, plus que sur l'analyse du passé. Elle « permet de proposer des ouvertures, d'orienter son patient sur le chemin de l'individuation en favorisant les rapports du sujet avec ses forces créatrices internes » (Brusset, 2003, p. 21). Une autre technique consiste en une rééducation émotionnelle<sup>3</sup> – issue des travaux d'Alexander – et l'expérience correctrice émotionnelle. Il s'agit d'« aider le patient à exprimer ses sentiments puisque, en exprimant ce qu'il ressent, il peut évoluer dans son registre émotionnel » (Pillot, 1999). Enfin, le soutien psychologique vise l'analyse des mécanismes de défense et leur reconstitution (Ruszniewski, 1997) moyennant quoi il doit permettre le travail de deuil et prévenir les deuils pathologiques. Cependant,

la diversité des techniques utilisées masque mal la stratégie de prévention, la stratégie réparatrice et d'adaptation normative qui les fonde : conformer le patient au modèle contemporain du bien mourir<sup>4</sup>. Ces techniques se rassemblent sur plusieurs points : elles prétendent toutes à la production de sens, à la réduction du symptôme et font un usage suggestif du pouvoir d'être audité.

Une autre perspective, épistémique, pratique et éthique, se dessine lorsque le psychologue clinicien choisit d'orienter sa pratique en référence au discours analytique. Elle se distingue alors des pratiques indifférenciées de la parole. En tant qu'il consent à une perte dans le registre du sens, le clinicien tient compte des limites de la parole, de l'impossibilité du symbolique à couvrir le réel. Au contraire des pratiques de parole contemporaines, la question du sens n'est dès lors pas centrale puisque la pratique s'oriente plutôt du hors-sens dans l'abord du réel. Cela contrevient à l'idée largement répandue dans l'opinion que la psychanalyse serait une herméneutique qui étudierait et viserait à produire le sens. Le clinicien tient compte « du pouvoir discrétionnaire de la parole » (Lacan) et ne se contente pas des bénéfices thérapeutiques obtenus du simple fait de parler.

Madame A. est hospitalisée dans le service de pneumologie pour une récurrence de cancer du sein avec échappement thérapeutique. C'est une infirmière du service qui lui a proposé de rencontrer la psychologue suite à une demande de la patiente pour la prescription de médicaments pour traiter son angoisse. L'entretien a lieu en face à face. La patiente décrit son corps marqué par la maladie : l'ablation du sein, les métastases dispersées sous sa peau, la chute des cheveux. Elle évoque l'aggravation de son état et ses craintes quant à la progression de sa maladie. Elle insiste alors sur sa peur des traitements à venir ainsi que sur la prise en charge médicale lors des premières chimiothérapies : « Je leur disais, aux médecins, que ça repoussait entre les chimio, ils me disaient que c'était pas possible. D'ailleurs j'aurais dû ne plus avoir mes règles et pourtant je les ai. Ils disent qu'ils ont jamais vu ça. Les traitements n'ont pas agi, mes cheveux repoussaient pendant la chimio. Je sentais que ça n'agissait pas, je sentais la tumeur qui continuait à pousser ». Elle poursuit : « Les gens dans mon entourage me disaient : il faut que tu te laisses faire par le

<sup>3</sup> Alexander et French (1956) font de la rééducation émotionnelle le facteur principal de la guérison, facilitant la poursuite du développement de l'ego.

<sup>4</sup> Aider le patient à verbaliser ses émotions, à franchir les étapes du deuil afin qu'il parvienne à une mort paisible et réconciliée.

traitement, tu résistes ; mais moi je disais : mais je fais rien contre, je laisse ». La clinicienne témoigne son étonnement quant aux formules de l'entourage. Elle évoque ensuite la découverte de son cancer. Puis, à nouveau, évoque sa « résistance » supposée aux traitements. « Moi j'ai pas lutté contre les traitements ». La psychologue intervient alors fermement : « Je vous crois. Il y a des choses dont nous n'avons pas la maîtrise ». Un entretien est alors prévu deux jours après. La patiente fera appeler à son chevet la psychologue plus tôt que prévu car sa sortie de l'hôpital est avancée. Elle se sent mieux. Un retour à domicile de quelques jours est organisé avant une nouvelle hospitalisation dans un autre établissement et de nouveaux traitements dont elle sait qu'ils vont être particulièrement puissants. Elle veut réussir ces moments en famille auprès de ses enfants et de son mari.

L'effet thérapeutique – sédation de l'angoisse – s'obtient du dire de la clinicienne qui donne du crédit à ce qu'elle dit (« je vous crois ») et qui différencie ce qui serait de la volonté du patient (résister aux traitements), du symptôme médical (le réel de la maladie, l'impasse du savoir médical sur sa maladie). Les énoncés de son entourage sont l'effet du discours contemporain qui voudrait traiter le symptôme médical sur le même mode que le symptôme analytique. Ce qui intéresse la clinicienne n'est pas l'exactitude, du registre de la science, mais plutôt la vérité, à savoir la position du sujet face à ce qui lui arrive. C'est pourquoi il est envisageable de donner du crédit à la parole du sujet. L'angoisse cède, une rectification subjective s'obtient. Ce dont elle fait part au deuxième entretien. Elle va profiter des quelques jours auprès de ses enfants avant de s'engager dans cette nouvelle partie que constituent les prochains traitements. L'acte n'a pas visé à adapter la patiente à sa maladie pour lui permettre d'affronter la situation redoutée (elle n'est pas conditionnée à accepter les traitements), ni à soutenir l'interprétation productrice de sens, mais à la désolidariser des paroles écrasantes de l'Autre. Nous pouvons dire qu'il soulage une culpabilité inutile, au sens où dans cette situation on peut s'en passer<sup>5</sup>.

## UNE PRÉSENCE EN ACTE

Ainsi, le discours analytique ménage un lieu où, au-delà du symptôme corporel, une Autre parole est

possible induisant des résultats thérapeutiques certains. Le clinicien ne se contente pas de faire parler le patient de reformuler ses propos, ni de recueillir ses dires. Son acte est d'une autre nature qui s'étaye sur des principes.

## La place faite au malentendu et à la contingence

Dans un service de lutte contre la douleur et de soins palliatifs, la psychologue<sup>6</sup> est interpellée à partir de l'observation d'un affect de tristesse et de la considération de la mort comme un événement traumatique susceptible d'être traité par la parole. Cette conception témoigne du rapport contemporain à la mort et s'appuie sur l'idée très largement répandue des bienfaits thérapeutiques de la parole. C'est dire le malentendu majeur entre la demande qui est faite à la psychologue et la visée de son acte. En effet, nous ne cherchons pas à ce que le patient nous parle de la mort ou à ce qu'il l'accepte. Mais à partir de la création subjective à laquelle le sujet est contraint (refus alimentaire, troubles du sommeil, agitation...) pour traiter le réel de la mort, nous permettons qu'il produise un savoir valable pour lui au moment de conclure. Néanmoins, il ne s'agit pas de lever ce malentendu mais d'en faire le ressort de la pratique, d'exploiter le malentendu. Il n'y a pas à définir préalablement avec les médecins de façon restrictive ce qui serait justiciable de l'acte clinique ni les effets attendus par notre acte. D'une part parce que l'acte clinique ne relève pas de pathologies qui seraient strictement répertoriées, n'importe quelle pathologie justifie cet acte à partir du moment où elle implique le sujet, et d'autre part parce que nul ne peut dire à l'avance les effets produits par la rencontre clinique (après-coup de l'acte ; ce n'est pas de l'indifférence). Ce qui est thérapeutique pour quelqu'un n'apparaît que dans l'après-coup de la rencontre. C'est pourquoi, à l'hôpital plus qu'ailleurs, il s'agit de miser sur la contingence (Ansermet et Borie, 2003, pp. 174-180) – de réintroduire la contingence – et le malentendu.

## Une rencontre de corps, une clinique de la parole

Le cas de cette patiente de 48 ans va nous permettre d'avancer. Elle est hospitalisée pour une « agitation », une

<sup>5</sup> Pour en savoir plus, le lecteur peut se reporter à l'ouvrage de Doucet (2008).

<sup>6</sup> Qui est également l'auteur du présent texte.

« insomnie totale », et des « manifestations d'angoisse » depuis trois nuits (dont deux à son domicile). La consultation des médecins se déroule en présence de son mari qui est devenu leur interlocuteur privilégié. Il est question de diagnostiquer l'origine de cette agitation, sa durée et notamment de repérer dans ce symptôme les signes éventuels de l'aggravation de son cancer digestif. La clinicienne, en retrait, assiste à cette consultation. Durant cette consultation la patiente refait le trajet du lit au fauteuil et ce sans interruption. Puis les médecins sortent en compagnie du mari.

La patiente, très préoccupée, ne semble pas prêter attention à la clinicienne restée dans la chambre. Elle prend la parole et précise qu'elle travaille dans une pharmacie. La psychologue lui demande alors ce qui s'est passé trois jours auparavant. « Je me suis vue dans le miroir. J'ai la jaunisse. Ça s'aggrave ». La clinicienne s'assied sur le lit. La patiente précise l'âge de ses deux enfants, le peu d'intérêt qu'ils semblent lui porter. Elle s'assoit alors auprès de la psychologue, se relève aussitôt. Puis s'allonge, émet un gémissement de souffrance. La clinicienne, toujours assise, approche son oreille car elle parle à voix basse, il est devenu difficile de l'entendre, « Je ne vaudrais rien » dit-elle. Suite à quoi elle s'endort profondément. Cela marque la fin du premier entretien. Dans la matinée un traitement anxiolytique est commencé. Lorsque la psychologue vient s'entretenir avec elle l'après-midi du même jour, elle est très somnolente mais déclare : « J'ai mangé ». Elle décède quelques heures plus tard.

Cette vignette clinique est à même de nous fournir quelques enseignements. Des enseignements sur l'angoisse en tant que telle. Elle provient de la rencontre avec la perception du réel de la mort et la mise en jeu d'éléments temporels : l'imminence, la proximité, un événement qui menace de se réaliser. Une angoisse qui provient aussi de la réduction de son être à son corps. Des enseignements sur la pratique clinique elle-même : elle ne peut se dispenser de la rencontre du corps. Nous considérons qu'un effet thérapeutique est produit ici non seulement par la mise en relation du déclenchement de l'angoisse avec la perception de son image dans le miroir et par le constat de sa position dans le désir de l'Autre (les enfants s'intéressent peu à elle) ; mais que l'effet thérapeutique provient surtout de l'acte du clinicien qui s'assied auprès d'elle. Cela produit un changement de perspective : un Autre s'arrête et l'écoute, « Je ne vaudrais rien », constate-t-elle alors. La clinicienne

incarne la présence du désir de l'Autre pour elle, ce qui réintroduit le corps, à son tour, dans une dialectique. Cela démontre si besoin était comment l'activité biologique est liée au signifiant. L'acte de la psychologue réintroduit le circuit pulsionnel : le sommeil survient, la patiente s'alimente (« j'ai mangé »). Elle n'est pas encore morte ! La dimension analytique opère sur la connexion entre l'Autre et le corps. La clinique de la parole consiste à faire surgir le sujet en instaurant un écart par rapport aux identifications et significations sous lesquelles il était réduit (« une mourante », dans le cas qui nous occupe) moyennant quoi « un réveil » subjectif s'opère.

## Focalisation et clinique de l'instant

Le caractère fluctuant du cadre – soumis à la pratique hospitalière – les aléas de la maladie, la variété des événements susceptibles d'interférer, le nombre de rencontres réduit avec le patient, obligent à une focalisation, à resserrer le discours, à indiquer une direction, à isoler le réel du symptôme tout en laissant au sujet le soin d'élaborer la cause. Cela implique une présence du clinicien comme objet et pas comme simple écoute. La clinique à l'hôpital – de par l'accélération du temps logique – accentue la fonction instrumentale du thérapeute et implique une thérapie active. Il n'est pas question de suspendre l'acte et de le reporter à un entretien à venir – clinique de l'instant. L'acte clinique comporte tout son tranchant. En un clin d'œil, en un point particulier de l'énonciation, par la coupure qu'il introduit l'acte dégage son produit (Adam, 2004, p. 90). Le temps est limité, un effet rapide est à attendre.

Prenons le cas de cette patiente hospitalisée dans le service de médecine interne et oncologie pour une altération de l'état général. Elle présente une récurrence d'un cancer digestif. Le médecin fait appel au psychologue pour des manifestations d'angoisse. La patiente se dit angoissée, elle n'a pas dormi la nuit précédente. La patiente attend la venue de la psychologue. « Il faut que je vous dise, commence-t-elle, j'ai peur de mourir, surtout du moment où je vais mourir. J'ai peur de souffrir, d'avoir mal, je me demande comment ça va se passer ». Elle précise que depuis la veille cette pensée l'envahit, suite à la visite d'une personne qui lui a décrit la lente et douloureuse agonie de l'un de ses amis. « Dès qu'il se passe quelque chose je m'inquiète, je crois que c'est



sujet qui le conduit de la construction du symptôme à une possible rectification subjective. La fin du traitement – même si le psychologue sait bien qu’il ne s’agit pas d’une cure – peut trouver une indication dans celle que Lacan fixe relativement à la fin de l’analyse : « Quand l’analysant pense qu’il est heureux de vivre, c’est assez » (Lacan, 1976, p. 15). Le psychologue peut dès lors accueillir ce moment où le sujet « se sent le courage de juger et de conclure » (*ibid.*).

## POUR CONCLURE

Ainsi, lors d’une consultation – entretien – ou d’une thérapie, la pratique du psychologue clinicien en service hospitalier ne souffre d’aucun standard : pas de protocole imposé, aucune échelle quantifiée, aucune injonction comportementale, pas de durée de la séance fixée à l’avance, pas de définition a priori d’un objectif, pas de généralisation possible, pas de traitement du même type applicable à tous ; mais des principes qui permettent d’accueillir le sujet de l’inconscient et d’obtenir – de surcroît – des bénéfices thérapeutiques. C’est donc l’éthique qui guide la pratique et non pas un formalisme pratique, pas plus qu’une visée de conformité sociale, en cela il ne s’agit pas de psychothérapie. Comment alors qualifier l’acte du psychologue en ce lieu ? Il apparaît clairement que cette pratique du psychologue ne se confond pas avec la psychanalyse pure – praxis et doctrine de la psychanalyse proprement dite<sup>8</sup>. Ne peut-elle s’envisager comme une application de la psychanalyse en institution ? Lacan, en 1964, distingue la psychanalyse pure de la psychanalyse appliquée à la thérapeutique. Le travail de la psychanalyse en institution évalue « les concepts analytiques aux résultats qu’ils produisent dans la construction (de notre) clinique. Ce n’est donc pas un vague travail de psychothérapie d’orientation ou d’inspiration psychanalytique, c’est de la psychanalyse appliquée » (Stevens, 2002, p. 83).

## Bibliographie

- ADAM R. (2004) : L’instant. *La Cause freudienne*, 56 : 86-90.
- ALEXANDER F., FRENCH T.M. (1956) : *L’expérience émotionnelle corrective*. Paris, PUF.
- ANSERMET F., BORIE J. (2003) : *Miser sur la contingence. Pertinence de la psychanalyse appliquée*. Paris, Seuil.
- BRUSSET B. (2003) : *Les psychothérapies*. Que sais-je ? n° 480. Paris, PUF.
- Dossier spécial, Soins palliatifs : place du psychologue. *J. Psychosom.* n° 232, novembre 2005.
- DOUCET C. (dir.) (2008) : *Le psychologue en service de médecine. Les mots du corps*. Paris, Masson.
- HENNEZEL M. DE (2003) : *Mission « Fin de vie et accompagnement »*. Rapport remis à J.F. Mattéi, Ministre français de la santé, de la famille et des personnes handicapées.
- LACAN J. (1976) : Conférences et entretiens dans les universités Nord-Américaines. *Scilicet*, 6/7 : 7-31.
- MINO J.C. (2007) : Entre urgence et accompagnement, les équipes mobiles de soins palliatifs. *Sciences Sociales et Santé*, 25/1 : 63-91.
- PILLOT J. (1999) : Aspects psychorelationnels de la fin de vie. *Rev. Praticien*, 49 : 1057-1061.
- PLON F. (2004) : *Questions de vie et de mort. Soins palliatifs et accompagnement des familles*. Cahors, Champ Social.
- RUSZNIIEWSKI M. (1997) : Soins palliatifs : face à l’angoisse de mort. *J. Psychol.*, 144 : 49-52.
- STEVENS A. (2002) : La psychanalyse appliquée. *Mental*, 10 : 77-84.

Adresse de l’auteur :

Caroline Doucet  
15, rue Martenot  
35000 Rennes  
France

Courriel : carolinedoucet1@wanadoo.fr

<sup>8</sup> La formation de l’analyste (la psychanalyse didactique, la passe).