



HAL
open science

La pratique clinique des psychologues en soins palliatifs, un référentiel français

Axelle van Lander, Stephane Amar, Antoine Bioy, Sigolene Gautier, Jacques Gaucher, Anne Delatour, Vincent Morel

► **To cite this version:**

Axelle van Lander, Stephane Amar, Antoine Bioy, Sigolene Gautier, Jacques Gaucher, et al.. La pratique clinique des psychologues en soins palliatifs, un référentiel français. Bulletin de psychologie, 2019, 2 (560), pp.129-136. 10.3917/bupsy.560.0129 . hal-02118512

HAL Id: hal-02118512

<https://uca.hal.science/hal-02118512v1>

Submitted on 1 Aug 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La pratique clinique des psychologues en soins palliatifs, un référentiel français.

VAN LANDER Axelle¹

AMAR Antoine²

BIOY Antoine

GAUCHER Jacques

DELATOUR Anne

MOREL Vincent

Correspondance : Axelle Van Lander, USP CHU Clermont-Ferrand Hopital Louise Michel,

63118 Cébazat

avanlander@chu-clermontferrand.fr

¹ Unité de soins palliatifs CHU Clermont-Ferrand, ACCePPT Université Clermont Auvergne

²

INTRODUCTION

La pratique des psychologues en soins palliatifs est très particulière par le positionnement spécifique qu'il nécessite (bioy, 2017). En constant développement, elle demande d'acquérir, au-delà des outils, un cadre thérapeutique (Amar, 2012) et des dispositifs d'exercice qui la singularise d'autres domaines comme celui de la psychiatrie ou de l'exercice libéral... Cette spécificité a fait émerger un besoin grandissant pour les psychologues d'un document théorisant leur exercice : un document pour l'expliquer aux équipes soignantes, pour former les futures générations de professionnels et pour définir ce qui est commun et partagé par tous les psychologues quelles que soient les différences de leurs formations diplômantes.

Actuellement peu d'ouvrages français analysent la pratique du psychologue (Amar, 2012 ; Van Lander, 2015a) et aucun document n'a été validé par un collectif légitime de psychologues, que ce soit en France ou en Europe. Seul le travail réalisé par Saskia Jünger et Sheila Payne pour l'European Association of Palliatif Care (EAPC) et présenté en 2011 lors du congrès européen de soins palliatifs à Lisbonne (Junger, 2010, 2011), permettait d'apporter quelques éléments pour mieux cerner l'identité des psychologues. Malgré le nombre croissant de psychologues en soins palliatifs sur ces dix dernières années, la pratique est encore peu enseignée dans les universités . On peut estimer de le nombre de psychologues travaillant en soins palliatifs à un minimum de 500 personnes. La SFAP a recensé, en 2017, 709 équipes de soins palliatifs. Ces équipes sont réparties ainsi : 157 Unités de soins palliatifs (USP), 426 Équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), 2 Equipes mobiles de soins palliatifs pédiatriques, 17 Equipes ressources régionales pédiatriques et 107 Réseaux de soins palliatifs. La circulaire N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l' organisation des soins palliatifs (toujours actuelle jusqu'à la prochaine circulaire) préconise sur ces équipes un psychologue (souvent à temps partiel, avec un ratio par exemple de 10% équivalent temps plein sur les unités de soins palliatifs par lit d'hospitalisation). En 2012, la responsable du collège national des psychologues de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) a profité de la soutenance de sa thèse de

doctorat de psychologie (Van Lander, 2012a ; Van Lander, 2012b) pour extraire les parties concernant cet exercice particulier et les proposer comme base de travail à la constitution d'un référentiel national (Van Lander, 2015a). Ce document avait comme objectif principal de préciser la pratique clinique, le positionnement nécessaire et les conditions requises pour cet exercice des psychologues intervenant en soins palliatifs. L'objectif secondaire était de choisir une méthodologie garantissant ensuite sa légitimité pour la profession et ainsi obtenir, à propos du document, le plus large consensus possible des psychologues de terrain.

Nous allons présenter la méthodologie suivie pour la rédaction du référentiel puis les éléments prépondérants de son contenu. Les risques concernant ce document seront ensuite débattus en miroir des débats tenus entre 2013 et 2017 lors des réunions du collège national des psychologues.

METHODOLOGIE

Avant son démarrage, le projet et sa méthodologie ont fait l'objet d'une présentation en conseil d'administration de la SFAP en 2012 et ont été approuvés. Pour information, le conseil d'administration est composé de 35 personnes : représentants d'association, médecins, infirmières, sociologue, philosophe et un psychologue (responsable du collège national des psychologues). Le conseil d'administration a expressément demandé que le groupe d'expert (défini dans la suite du texte) soit interdisciplinaire avec notamment des médecins et cadre de santé. Trois administrateurs de la SFAP se sont portés volontaires. Le vocable « référentiel des pratiques » a été validé au sens de la définition proposée par le Larousse « Ensemble auquel doivent appartenir les éléments, les solutions d'un problème posé. Ensemble général dont on étudie les sous-ensembles. Système de repérage permettant de situer un événement (dans l'espace et dans le temps) ». Le plus souvent les référentiels sont des référentiels métiers (validé pour les professionnels de la santé par la Haute Autorité Santé) ou des compétences. Un référentiel des pratiques s'en différencie en cela que le document traite de la clinique.

La première étape du projet a consisté à recenser la pratique clinique des psychologues en France. La SFAP a adressé à tous les psychologues de terrain, par l'intermédiaire de leurs équipes et par mail un questionnaire pour connaître leur formation, leur organisation et leur pratique. Près de 500 envois ont ainsi été réalisés. La seconde étape a consisté à créer un groupe représentatif de psychologues de terrain pour qu'ils écrivent le contenu du référentiel en s'inspirant des résultats disponibles de la thèse Van Lander (Van Lander, 2012). Ils disposaient ainsi de l'analyse des entretiens psychologiques réalisés pendant une année (1200 entretiens pour 344 patients) par 26 psychologues répartis en France sur différentes équipes. Les psychologues de terrain se sont réunis durant trois années au minimum tous les trimestres. Un groupe dit « d'experts » a également été constitué pour critiquer aussi bien le fond que la forme du document. Il était constitué de trois médecins (Anne Richard, Vincent Morel et Charles Jusselin), un Docteur en Psychologie membre du Conseil scientifique de la SFAP (Stéphane Amar), deux

professeurs d'Université de Psychologie (Antoine Bioy et Jacques Gaucher), un Docteur en Science de l'Éducation et formatrice en soins palliatifs (Caroline Gallé), une doctorante en psychologie et psychologue clinicienne en soins palliatifs (Emilie Ghysens), le secrétaire du Comité National Consultatif du Code de Déontologie des Psychologues (Cyrille Lejantel) et une cadre de santé (Sandrine Braud). La constitution du groupe a été validé par le conseil d'administration de la SFAP comme suffisamment interdisciplinaire et représentatif. Le groupe d'experts s'est réuni au même rythme que le groupe de travail. Les éléments critiqués faisaient l'objet d'une réécriture par le groupe de travail. Le document final devait obtenir une validation conjointe.

Un groupe de relecteurs assurait la phase finale : un docteur en psychologie connu en France pour son expertise et son expérience en soins palliatifs (Jérôme Alric), un médecin chef de service d'USP et administrateur de la SFAP (Josyane Chevalier), une cadre de santé d'une USP et administratrice de la SFAP (Nathalie Favre), une Maître de conférence honoraire de psychologie (Daniele Leboul) et une professeure de Psychologie (Marie-Frédérique Bacqué). Leur rôle était de vérifier la cohérence finale du document ainsi que sa forme.

Tout au long du processus le maximum possible de psychologues de terrain ont reçu le document pour faire, par mail, des suggestions de modification. Ils étaient consultés par l'intermédiaire de 24 psychologues répartis dans les régions françaises avec le titre de coordonnateurs³ : ceux-ci avaient déjà antérieurement développé cette mission de faire le lien entre les psychologues de terrain et la responsable du collège national des psychologues de la SFAP.

Chaque nouvelle étape du document a fait l'objet d'une présentation lors des réunions du Collège des psychologues aux Congrès Nationaux des soins palliatifs (en 2013 à Lille, 2014 Strasbourg, 2015 Montpellier).

³ http://www.sfap.org/system/files/plaquette-copsy_2016.pdf

RESULTATS

L'enquête sur les psychologues travaillant en soins palliatifs a permis de recueillir 135 questionnaires ce qui représente environ ¼ de répondants. 90 % des répondants sont issus d'un DESS ou Master de psychologie clinique et psychopathologie. De nombreuses universités sont représentées dans le panel. Les quelques exceptions n'ayant pas obtenu de master clinique et psychopathologie viennent de la psychologie sociale ou de la psychologie du développement. Leurs diplômes ont pour la majorité d'entre eux moins de 10 ans (tableau 1). Dans les formations complémentaires (tableau 2) 35% des psychologues ont un diplôme universitaire de soins palliatifs. La moyenne d'exercice en tant que psychologue est de 6 ans et 6 mois [1 mois-38 ans] et de 5 ans et 9 mois en soins palliatifs [deux semaines-17 ans]. Près de la moitié travaille en équipe mobile de soins palliatifs (tableau 3). L'orientation est plutôt psychanalytique (tableau 4). Seuls 18,6 % des psychologues ne se reconnaissent pas du tout dans une pratique psychanalytique. Les répondants devaient classer par ordre d'importance les activités suivantes dans leur pratique : suivi de patients, suivi des familles, suivi de deuil, analyse de pratique, formation des équipes, recherche, autres. Le suivi de patients arrive en première position dans 69 % des pratiques. On obtient 76 % si l'on prend en compte la première et deuxième position. 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. Vient ensuite la formation des équipes qui prend plus de temps dans le rôle du psychologue que les analyses de pratique. C'est particulièrement le cas dans le cadre des équipes mobiles qui ont un devoir de formation dans les institutions. En troisième position, on retrouve le suivi de deuil qui est une part importante de la pratique des psychologues. La recherche arrive en bonne dernière position dans ce classement.

Le groupe des psychologues de terrain écrivant le référentiel est représentatif des résultats de cette enquête. Le document est arrivé à sa conclusion en 2015 et il a fait l'objet d'une validation par le conseil d'administration de la SFAP. La même année le Collège National des Enseignants à la Formation Universitaire en Soins Palliatifs l'a validé.

Le document est constitué de 33 pages avec des éléments clés qui ont évidemment fait l'objet de nombreuses discussions et réécritures. Il est découpé en deux parties avec une première partie qui concerne le cadre général et la seconde partie la pratique clinique. Nous présenterons ici, avec l'accord des auteurs, les passages concernant la pratique clinique qui intéresse certainement plus l'ensemble des psychologues.

En premier lieu la posture particulière du psychologue est précisée : « La spécificité du psychologue est de transmettre et de témoigner de la vie psychique du sujet (patient, famille, proche) afin de favoriser une cohérence dans le soin. Il s'inscrit dans la démarche interdisciplinaire de l'équipe à laquelle il appartient. Si l'interdisciplinarité est partie prenante de la prise en charge globale, elle n'est pas pour autant facile et évidente. Elle provoque également des chevauchements de tâches, des enjeux de pouvoirs, de savoirs, des rivalités... La place du psychologue est complémentaire de celles des professions médicales et paramédicales. Cette singularité lui donne une position de tiers auprès de l'équipe dans l'analyse et la compréhension des situations. Concernant les décisions thérapeutiques son avis ne peut être que consultatif et il n'intervient pas auprès du patient pour les faire accepter. »

La pratique clinique est défini en appui sur l'ouvrage de René Roussillon (Roussillon, 2012) dont il avait fourni le manuscrit avant édition : « Les psychologue cliniciens s'intéressent prioritairement à la dynamique psychique. Leur méthode est centrée sur une attention particulière à ses divers modes d'expression. La pratique clinique est un travail de mise en lien qui peut permettre d'accéder à une nouvelle compréhension d'une situation ou d'un vécu. » (référentiel p. 33). « La rencontre clinique propose un autre pour réfléchir et s'approprier subjectivement l'expérience de la maladie grave. Elle est proposée au sujet et ne prescrit pas. Entre patient et psychologue, deux subjectivités se rencontrent. Le psychologue s'étaye sur un référentiel clinique lui permettant d'élaborer son propre contre-transfert en résonance à la détresse du sujet. L'intersubjectivité est une voie d'accès et un levier pour réinvestir les ressources » (référentiel p.33-34)

Les psychologues ont jugé important de définir également les objectifs des entretiens psychologiques puisque souvent l'attente des médecins et des soignants est qu'ils apaisent les angoisses. Ils ont ainsi précisé que plutôt : « Les entretiens thérapeutiques ont pour objectif d'étayer les patients pour qu'ils soient en capacité psychique de vivre l'évènement de la maladie létale. L'enjeu est d'offrir une alternative au mécanisme de survie qui retranscrit hors de la conscience l'expérience du désespoir. Il n'est pas de faire disparaître les affects tels le chagrin ou le manque mais de soutenir le sujet dans sa capacité à les supporter, de contenir ponctuellement les paniques, de les comprendre voire de les élaborer (...). » (référentiel p.34).

Le document précise le positionnement nécessaire du psychologue (Van Lander, 2015b, p.111) qui « ouvre un espace thérapeutique sans attente projetée. Il s'agit d'accueillir avec empathie le patient sans à priori, en mettant en suspension les savoirs préalables concernant le patient et sa pathologie et d'autre part de se garder de l'attente excessive d'un effet thérapeutique. » (référentiel p.35). Le document précise également les orientations théoriques possibles et les outils de médiation. « Les interventions cliniques peuvent s'inspirer des psychothérapies de soutien, des thérapies axées sur la prise de conscience ou sur les récits de vie et du courant psychanalytique. (...) Au-delà de l'orientation choisie les effets de la psychothérapie sont dépendants du solide étayage théorique des psychologues. Durant les entretiens, les psychologues sont des receptacles contenant qui font écho aux patients. Ils sont vigilants à l'égard de leurs propres ressentis pour les accompagner au mieux de leur cheminement. Les éprouvés prennent valeur de révélateurs. La relation thérapeutique contient la détresse des patients et les soutient dans ce combat entre le perçu et le ressenti pour que le réel soit vécu et intégré dans le moi. Les entretiens permettent aux sujets de se positionner autrement face à ce qui fait crise, c'est-à-dire le Mourir » (référentiel, P.38-39). Les outils de médiation ont pour objectif « de faciliter la relation, favoriser l'expression, la mise en mots et de contenir l'émotion. Ils ne répondent pas simplement aux symptômes. Ils peuvent être tour à tour à visée thérapeutique, à visée d'investigation clinique, ou un moyen simple de communication et

prendre ainsi une place différente lors des rencontres. Le psychologue observe la qualité et les changements dans l'appropriation des objets par les patients. » (référentiel p.39).

Les références au code de déontologie étaient nombreuses grâce à la participation de Cyrille Lejamtel (Lejamtel 2015) alors secrétaire de la Commission Nationale Consultative de Déontologie des Psychologues. C'est particulièrement prégnant dans la partie consacrée aux différentes formes de rencontres « Le plus souvent, le psychologue rencontre le patient et/ou ses proches de façon individuelle. Il se peut, cependant, que la rencontre se fasse de diverses autres manières. Celle-ci n'est pas forcément à l'initiative du psychologue mais répond parfois aux circonstances. Le psychologue est vigilant à ce que le dispositif soit respectueux du sujet (confidentialité, sécurité, confort...) et reste garant du cadre. » (référentiel p.43).

Les auteurs ont abordé la question des entretiens en binômes, fréquents en soins palliatifs : « L'approche interdisciplinaire en soins palliatifs aboutit à la mise en place de dispositifs comme les entretiens en binômes. Cette pratique n'est pas habituelle pour le psychologue et nécessite un réel apprentissage. Elle impose un respect et reconnaissance mutuelle des compétences et références théoriques de chacun (...). (référentiel p.44). Deux modes d'action sont possibles. Lors d'un « entretien de présentation », le psychologue est accompagné d'un autre professionnel. Cette première rencontre peut être un préambule à une prise en charge individuelle. Le psychologue peut également accompagner un professionnel, notamment lors d'une annonce difficile, dans la limite des répercussions possibles dans sa relation au patient et/ou entourage. Les groupes de parole : ils favorisent la verbalisation, l'écoute et le soutien réciproque. Le psychologue, parfois en co-animation, veille à la fois au groupe et à l'équilibre psychique des participants. Ce dispositif groupal peut accroître les angoisses archaïques. Le respect de chacun et la confidentialité sont indispensables.

L'accompagnement des institutions et des équipes a également été abordé (référentiel p.46-49).

Le document se termine sur les documents de référence nécessaires aux psychologues concernant leur profession en soins palliatifs : un extrait de la loi du 9 juin 1999 relative aux

soins palliative, l'avis n°63 du 27 janvier 2000 du Comité Consultatif National d'Ethique sur la fin de vie ainsi que des extraits du rapport remis par Marie de Hennezel en 2003 à Jean-François Mattéi, Ministre de la Santé concernant la Mission « fin de vie et accompagnement ».

Le document final a été présenté en 2016 au Conseil Scientifique de la SFAP et validé en 2017.

Dans un souci de clarté et pédagogie, deux résumés⁴ ont été réalisés au fur et à mesure de la réalisation du document avec ainsi 5000 exemplaires distribués et des présentations régulières lors des congrès nationaux en 2015 (en plénière devant plus de 2500 professionnels) et 2016. Les réactions sont très bonnes. Le document est salué par la profession comme répondant à un vrai besoin avec un contenu qui n'exclue aucun courant de pensée. Le Journal des Psychologues a imprimé 1500 exemplaires aujourd'hui disponible par l'intermédiaire de la SFAP.

⁴ Consultable sur le site de la SFAP : http://www.sfap.org/system/files/resume-referentiel-version_complete_0.pdf

DISCUSSION

L'enquête nationale a permis d'identifier que la pratique des psychologues est plutôt d'orientation psychanalytique pour autant le référentiel permet à tout un chacun de s'y référer quelque soit sa formation. La difficulté était de correspondre à la pratique de l'ensemble des psychologues et pas seulement de la majorité. Avoir associé tout au long du processus le maximum de professionnels permettait d'éviter d'exclure les psychologues avec des pratiques diverses même si ils étaient minoritaires. Les retours lors des congrès alertaient sur cette nécessité et le risque par la suite d'enfermement si le document devenait trop électique. Ce document n'avait pas pour vocation de dicter des conduites ou d'identifier « des bonnes pratiques » mais de servir de points de repères. Le choix du terme de référentiel a ainsi été de nombreuses fois discuté en comparaison des termes comme « guide ». Yves Matillon, de nombreuses fois expert pour le Ministère de la Santé concernant la création de référentiels (médecin généraliste, sage-femme...), avait alerté le groupe d'experts, lors d'une réunion introductive, sur les distinctions et méthodologies respectives.

Le choix du terme de « référentiel » a pour autant quand même suscité des inquiétudes chez certains psychologues qui ont alerté la coordonnatrice par mail et lors des réunions des collègues. Ils se sont inquiétés de la récupération de ce document par leur hiérarchie pour imposer une façon de faire ou de penser. Le contenu n'était pas en cause. Le même problème se pose pour tout document proposé à une profession : l'intention peut être louable de clarifier une pratique mais l'utilisation institutionnelle future peut être très différente. Rien ne garantit qu'un directeur d'établissement ou chef de service n'oppose pas des passages du référentiel à un psychologue. Nous ne pouvons qu'alerter sur l'esprit du document qui n'est pas un manuel ou un guide à imposer mais qui doit ouvrir comme il est précisé dans ses perspectives « une dynamique de réflexion qui va se dérouler dans le temps : un langage, des repères théoriques... pour qu'on s'entende sur une clinique qui soit intégrative et non sectaire. » (référentiel, p.50).

La méthodologie choisie associait à la rédaction des enseignants chercheurs en psychologie et des professeurs en psychologie. Cette participation garantie aujourd'hui la rigueur scientifique

des concepts et notions du document. Pour autant elle représentait également un risque : celui de s'éloigner de la pratique concrète des psychologues de terrain. La tension entre théorie et pratique était constante dans le travail d'écriture mais également entre les deux groupes. Un groupe aurait pu prendre l'ascendant et créer un déséquilibre dans le document. Cet écueil a sans doute été évité par le fait que la coordonnatrice du projet était elle-même hybride, c'est-à-dire psychologue de terrain (depuis 15 ans en soins palliatifs) et enseignante-chercheuse à l'université. Elle était présente aux réunions des deux groupes. Rapidement, un porte-parole du groupe des psychologues de terrain s'est également déplacé aux réunions des experts. Le hasard a en outre désigné Clermont-Ferrand comme lieu de rencontre des psychologues de terrain (répartis principalement en Rhône-Alpes-Auvergne) et Paris comme lieu de réunion des experts. Cette configuration géographique aurait également pu créer une tension entre campagne et ville ou encore provinces/capital. Cette distinction supplémentaire entre les deux groupes n'est pas perceptible dans le document.

La participation de médecins, soignants, anthropologue et méthodologiste au groupe d'experts aurait également pu éloigner le texte des particularités des psychologues. L'exigence était effectivement d'utiliser des termes qu'ils puissent comprendre pour aborder des concepts de psychologie qu'ils ne maîtrisaient pas. Les termes non compréhensibles par tous étaient supprimés. Le référentiel n'a-t-il pas perdu ainsi en « technicité » ? La rédaction a pu être frustrante pour les psychologues qui sans cesse devaient clarifier leur propos. Cet exercice d'explicitation et de clarification de la pratique à des non-psychologues a abouti à un document simple dans l'écriture sans pour autant être simpliste. Il est sans doute ainsi plus pédagogique et ouvert à la compréhension de tous. Une conséquence pour autant peut-être dommageable est la disparition des citations du document. Les citations apparaissaient d'un niveau plus complexe. Tous les psychologues en soins palliatifs ne partageant pas non plus les mêmes références (voir les résultats du questionnaire) et le choix de citer des auteurs pouvait être vécue comme orientant le document vers un courant de pensée. A la place, les idées considérées comme essentielles ont

été traduites par la présentation de leur portée pratique. Les concepts étaient explicités lorsqu'ils étaient considérés comme partagés. Ceux qui suscitaient des critiques ont été supprimés. Le document original a ainsi été épuré de tout ce qui était singulier à des courants de pensée. L'objectif initial de faire consensus dans la profession et être compréhensible par tous les professionnels semble atteint. La dernière présentation en congrès national de soins palliatifs (2016) a été longuement applaudie par plus de 120 psychologues présents lors de la réunion du collège des psychologues.

PERSPECTIVES

Le document démystifie ainsi la profession et rend l'exercice moins mystérieux pour les équipes. Ce référentiel doit être considéré comme une première base de travail pour expliciter de façon simple cette pratique commune des psychologues intervenant dans le domaine des soins palliatifs. L'intérêt majeur est d'offrir des repères généraux sur cette pratique partagée si complexe à décrire. Il pourra faire l'objet de modifications et de développements ultérieurs.

Il n'y a pour l'instant pas d'équivalent dans d'autres pays. Il est à espérer que ce référentiel crée dans l'avenir une dynamique de réflexion qui pourra se développer au-delà de la France. Il est possible de définir un référentiel des pratiques des psychologues en soins palliatifs quelle que soit leur culture et leur pays où ils exercent. Cela pourrait donner lieu à un nouveau groupe de travail : un groupe de travail européen qui aurait pour mission d'évaluer ce qui est commun à tous les pays européens et ce qui est très spécifique par pays. D'or et déjà la Fédération francophone Internationale de Soins Palliatifs (FISP) a validé cet objectif de créer un référentiel international francophone. La SFAP a accepté d'offrir le référentiel français comme base de travail. Les contacts sont en cours dans les différents pays. Le congrès européen de soins palliatifs 2019 pourrait fournir l'occasion d'une réunion des représentants nationaux des psychologues pour poser les bases d'un nouveau document. Cinq années ont été nécessaires pour réaliser et rendre légitime un référentiel français, combien d'années pour un référentiel européen ?

REFERENCES

- Référentiel cité : Van Lander (Axelle) (Ed).- *Référentiel des pratiques des psychologues en soins palliatifs*, Paris, Le Journal des Psychologues, 2016.
- Amar (Stéphane).- *L'accompagnement en soins palliatifs*, Paris, Dunod, 2012.
- Bioy (Antoine).- Le psychologue et l'accompagnement psychologique, dans Bioy (A.), Van Lander (A.), Mallet (D.), Belloir (M-N.), *Aide-mémoire de soins palliatifs*, Paris, Dunod, 2017, p. 79-84.
- Jünger (Saskia), Payne (Sheila).- Psychologists in palliative care in Europe: A discipline 'under construction', *Palliat Med*, 2010; 24: 212–213.
- Jünger (Saskia).- Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care, *European Journal of Palliative Care*, 2011; 18(5), 238-52.
- Lejamtel (Cyrille).- Enjeux cliniques et déontologiques du psychologue en soins palliatifs, *Le Journal des psychologues*, n° 324, 2015, p. 38-42.
- Roussillon (René).- *Manuel de pratique clinique*, Elsevier Masson, 2012.
- Van Lander (Axelle).- L'identité à l'épreuve de la maladie létale, étude des entretiens psychologiques en soins palliatifs, Thèse de Doctorat en psychologie, Université Lumière Lyon 2, 2012a. Consultable : http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2012/van_lander_a#p=0&a=top
- Van Lander (Axelle).- Détresse et identité en fin de vie, représentation des psychologues. *Revue Jalmar* (108), 2012b, p. 34-41.
- Van Lander (Axelle).- Le psychologue, un clinicien étayé sur un référentiel spécifique ? *Le Journal Des Psychologues*, n°324, 2015a, p. 28-33.
- Van Lander (Axelle).- *Apports de la psychologie clinique aux soins palliatifs*, Toulouse, Erès, 2015b.

Tableau 1 : étude des psychologues en soins palliatifs

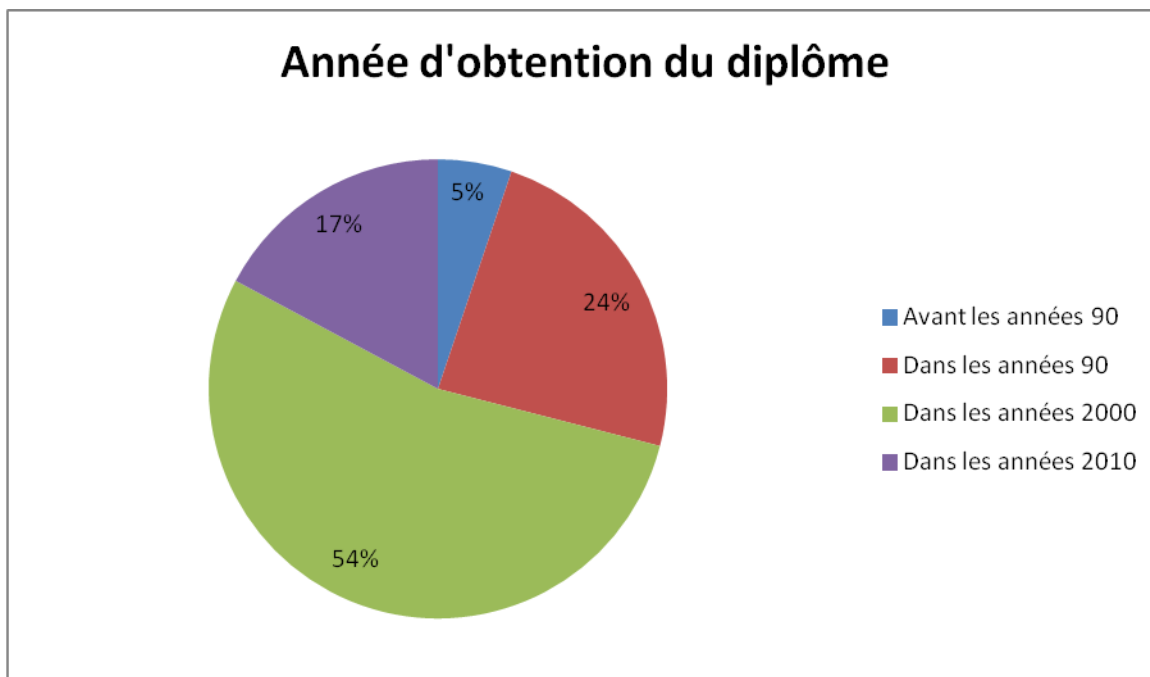


Tableau 2 : formations complémentaires

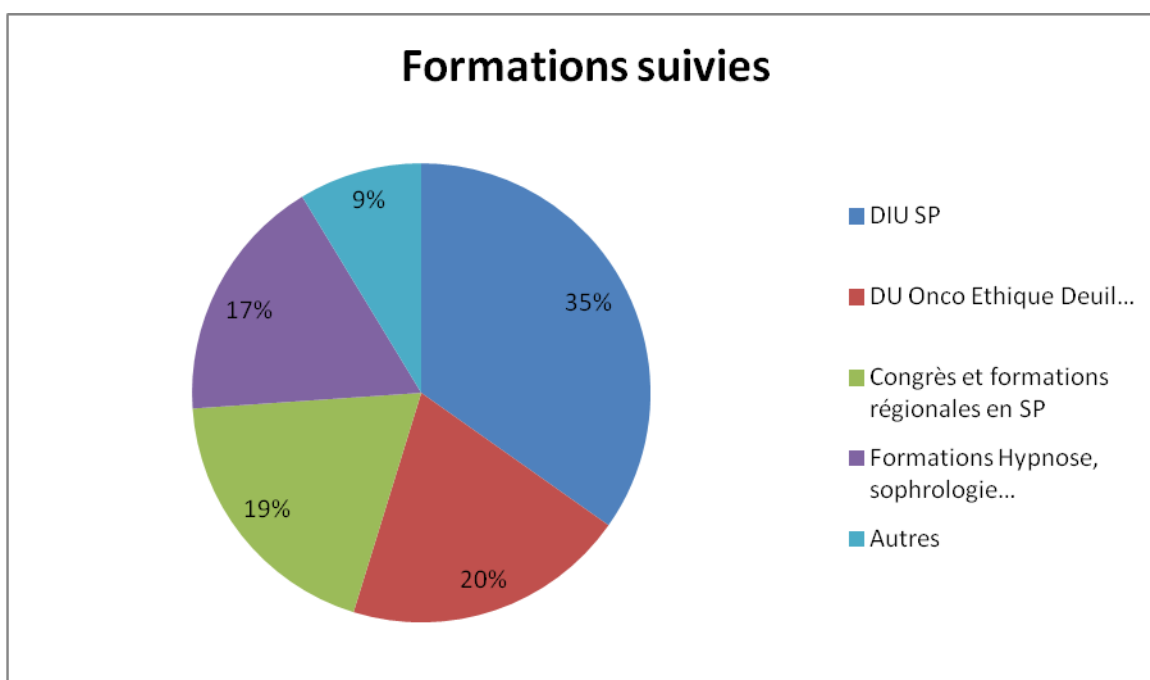


Tableau 3 : lieux d'intervention

Lieux d'intervention des psychologues

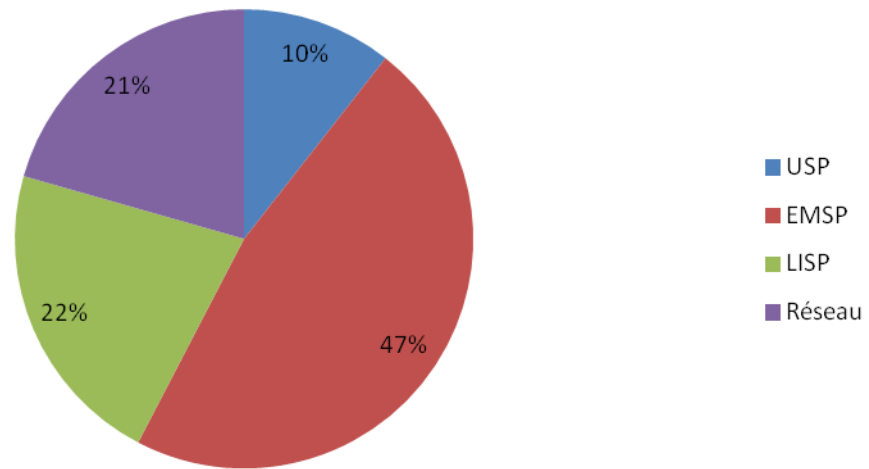


Tableau 4 :

