



HAL
open science

Entretiens psychologiques en soins palliatifs

Axelle Van Lander, Céline Deveuve-Muriol, Bruno Pereira, Claire Valour,
Christophe Rutowicz, V Guastella, Jacques Gaucher

► **To cite this version:**

Axelle Van Lander, Céline Deveuve-Muriol, Bruno Pereira, Claire Valour, Christophe Rutowicz, et al.. Entretiens psychologiques en soins palliatifs. *Revue internationale de soins palliatifs*, 2011, 26 (3), pp.269-275. 10.3917/inka.113.0269 . hal-04666287

HAL Id: hal-04666287

<https://uca.hal.science/hal-04666287v1>

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.

Entretiens psychologiques en soins palliatifs : caractéristiques des patients, spécificités des suivis.

Psychological interviews in palliative care: patient characteristics, specific follow-up.

Van Lander Axelle, psychologue clinicienne, Centre de soins palliatifs, Réseau Départemental Palliadôm, Hôpital Nord-C.H.R.U. Clermont-Ferrand, 63118 Cébazat. Chercheure Laboratoire Santé Individu Société (EMR-SIS 4128) Université Lumière Lyon 2.

Deveuve Céline, psychologue clinicienne Hôpital Général 63110 Riom.

Pereira Bruno, Biostatisticien, Délégation à la Recherche Clinique Innovante, Centre Hospitalier Universitaire, 58 rue Montalembert, 63003 Clermont-Ferrand.

Valour Claire, psychologue clinicienne, Unité Mobile Soins Palliatifs, Hôpital Général, 12 boulevard André Chantemesse, 43000 Le Puy-en-Velay.

Rutowicz Christophe, psychologue clinicien, Equipe Mobile soins de support et d'accompagnement, Hôpital Henri Mondor, 15000 Aurillac.

Guastella Virginie, médecin algologue Praticien Hospitalier, Centre de soins palliatifs, Hôpital Nord-C.H.R.U. Clermont-Ferrand, 63118 Cébazat.

Gaucher Jacques, Professeur de Psychologie, Laboratoire Santé Individu Société (EMR-SIS 4128) Université Lumière Lyon 2, 5 avenue Pierre Mendès France, 69500 Bron.

Van Lander Axelle

avanlander@chu-clermontferrand.fr

04 73 750 967

Introduction.

La création d'équipes de soins palliatifs pour les patients à domicile a développé, de façon concomitante, l'offre d'accompagnements psychologiques. C'est une nouvelle pratique pour un nombre croissant de psychologues, qui requiert des connaissances spécifiques pour participer à l'objectif commun d' « apaiser la souffrance psychique »¹ des patients et partager la culture palliative [1] de leurs équipes soignantes. Elle les inscrit dans un mouvement d'appréhension des repères médicaux et simultanément de revisitation des concepts fondamentaux de psychologie pour comprendre les tensions psychiques générées par la maladie mortelle. Souvent les psychologues se les représentent, à l'instar du psychiatre Patrick Ben Soussan [2], sous la forme de bouleversements identitaires. Ils discernent chez leurs patients, à l'égal des vétérans de la seconde guerre mondiale suivis par Erik Erikson, que « le sentiment de permanence et de la continuité du moi ainsi que la foi dans la valeur du rôle social » [3] se rompent conduisant à une véritable crise d'identité ainsi décrite par René Kaës [4]. « Cette expérience de la rupture vient, pour le sujet, mettre en cause douloureusement la continuité du soi, l'organisation de ses identifications et de ses idéaux, l'usage de ses mécanismes de défense, la cohérence de son mode personnel de sentir, d'agir et de penser, la fiabilité des ses liens d'appartenance à des groupes, l'efficacité du code commun ». Les malades leurs décrivent une perte du sentiment de soi. « On sort égaré de l'aventure. On ne se reconnaît plus : mais « reconnaître » n'a plus de sens. (...) Se rapporter à soi est devenu un problème, une difficulté ou une opacité. » [5] Cette crise d'identité en fin de vie est un des axes de travail de l'institut de recherche de Toronto, mené par Gary Rodin. Il affirme en 2008 avec Camillia Zimmermann [6] que « la maladie menaçant la vie peut être considérée comme précipitant une crise développementale, laquelle peut ou ne peut pas se résoudre mais qui donne une dernière possibilité de changement créatif et de croissance ». Accompagner la détresse de ces hommes qui perdent ainsi leur présence ordinaire au monde solliciterait un positionnement particulier des psychologues. Si l'on se réfère à Michel de M'Uzan

¹ Art 1-Loi n°99-477 du 9 juin 1999 du Code français de la Santé Publique visant à garantir l'accès aux soins palliatifs.

[7], les fonctionnements secondarisés se réduiraient et les limites dedans-dehors se confondraient pour permettre d'instituer un point de rencontre électif avec l'informe identitaire des patients.

En 2010, la Société Régionale Auvergne d'Accompagnement et de soins Palliatifs proposait « la détresse des Hommes en fin de vie » comme sujet principal de son congrès ce qui a rassemblé plus de 500 professionnels et bénévoles, confirmant ainsi que l'apaisement de la détresse constitue bien le « prochain défi des soins palliatifs » [8]. Dès 2009, les psychologues de cette région française avaient l'idée d'étudier dans leurs entretiens la justesse des liens entre crise et détresse ainsi que l'effet thérapeutique de leur positionnement clinique. Ils ont ainsi initié une recherche doctorale avec l'institut de psychologie de l'Université Lumière Lyon 2, intitulée « l'identité à l'épreuve de la maladie létale ». La première phase de cette recherche est le sujet traité dans cet article. Elle répond à deux objectifs : mieux connaître les spécificités biographiques et cliniques des patients en demande d'une aide psychologique et saisir les particularités des dispositifs psychologiques proposés. Le premier objectif, spécifier l'identité sociale des patients suivis, est essentiel pour circonscrire les limites du champ de recherche de cette étude en soins palliatifs. Le second objectif permet de vérifier l'hypothèse de particularités dans les suivis des patients de soins palliatifs compatibles avec un travail thérapeutique de la crise.

Matériels et méthode.

Cette étude a fait l'objet en janvier 2010 d'une validation par le Comité d'Ethique des Centres d'Investigation Clinique Rhône-Alpes Auvergne et d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés pour la constitution d'un fichier de saisie des données concernant les patients. Elle est multi-centrique en associant toutes les équipes de soins palliatifs d'une région française, l'Auvergne, d'une superficie de vingt-six mille kilomètres carrés et comportant environ un million quatre cents mille habitants. Cette région est composée de quatre réseaux départementaux intervenant à domicile, de sept équipes mobiles se déplaçant dans l'ensemble des services de soins, d'une unité d'hospitalisation de soins palliatifs de dix lits et d'une équipe transversale de soins palliatifs intervenant sur un établissement hospitalier sans la qualification d'équipe mobile. Ces équipes représentent un total de quinze postes de psychologues dont un est vacant au moment de l'étude. Les quatorze psychologues ont signé un accord de collaboration les engageant à utiliser durant l'année 2010 un livret d'analyse dans le cadre habituel de leur fonction. Ils se sont réunis tous les trois mois dans le cadre d'un collège de la société savante en soins palliatifs de leur région (la Société Régionale Auvergne d'Accompagnement et de soins Palliatifs). L'encadrement scientifique a été assuré par un laboratoire de recherche en psychologie (Santé Individu Société) de l'université Lumière Lyon 2 et l'analyse statistique par une unité de recherche clinique du Centre Hospitalier Universitaire de cette région (la Délégation à la Recherche Clinique et Innovation du C.H.U. de Clermont-Ferrand).

Les critères d'inclusion des patients retenus pour cette étude sont : être atteint d'une pathologie grave, évolutive ou terminale qui justifie le recours à une équipe de soins palliatifs, présenter un niveau de vigilance suffisant, coté un, deux et trois à l'échelle de Rudkin, être en demande d'une aide psychologique, être soit à son domicile soit en institution de soins. L'outil principal de recueil est un livret (illustration 1) créé en préalable à l'étude [9]. Il a pour objectif de recueillir des données factuelles sur les patients anonymisés mais également les analyses réalisées par les psychologues de leurs entretiens. Il comporte en première page les consignes d'utilisation, l'objectif de la recherche puis des explications concernant les différentes notions psychologiques nécessaires aux psychologues pour analyser leurs entretiens (dans un formulaire non exploité

dans cet article). Le dos du livret permet de recueillir les données biographiques et cliniques du patient : son code d'identification et celui du psychologue, son âge et sexe, sa profession, la présence de son entourage, sa pathologie principale et secondaire ainsi que la date du diagnostic. Il permet de préciser si le pronostic palliatif est engagé. Concernant les informations transmises au patient, le psychologue indique si le diagnostic et le pronostic palliatif lui ont été communiqués. Dans l'hypothèse où le décès du patient survient, sa date est notée. Le psychologue remplit également un formulaire après chaque entretien en indiquant sa date et le lieu. La consigne d'utilisation est de remplir un livret pour chaque patient répondant aux critères d'inclusion et rencontré au travers d'un entretien psychologique. L'outil secondaire est un formulaire à remplir par le psychologue sur sa propre personne avec des questions concernant son âge, sexe, lieu d'exercice, nombre d'années d'expérience, nombre d'années en soins palliatifs, sa formation complémentaire universitaire et son mode de supervision. Pour disposer de données comparatives sur l'ensemble des patients suivis en soins palliatifs, les Réseaux départementaux, l'Unité de soins palliatifs et l'Equipe Mobile du Département le plus habité (le Puy-de-Dôme) ont transmis leur rapport d'activité annuel indiquant le nombre de patients pris en charge, leur âge et la proportion homme/femme.

Les données anonymisées ont été saisies sur une base ACCESS et analysées via le logiciel STATA V10 (Stata Corp) par l'équipe indépendante de la Délégation à la Recherche Clinique Innovante. La population est décrite pour toutes ces caractéristiques démographiques et cliniques par des pourcentages pour des variables qualitatives et catégorielles et par des moyennes (\pm écart-type) et des médianes (avec étendu). Les comparaisons entre variables quantitatives ont été réalisées via le test de Student (ou test de Kruskal-Wallis le cas échéant). Pour les variables qualitatives, les tests du Chi2 et Fisher-exact ont été utilisés.

Résultats

Les résultats recueillis concernent les données descriptives des cents premiers suivis réalisés en Auvergne sur une période de six mois. Le nombre de cent patients correspond aux suivis terminés au moment du recueil entre janvier et juillet 2010. 284 entretiens ont été réalisés (tableau I, figure 1) avec en moyenne entre 3 et 4 entretiens lorsqu'un suivi est mis en place. Le délai moyen entre chaque entretien est d'un peu plus d'une semaine. Lors du premier entretien, les patients sont malades depuis en moyenne un an et demi, depuis plus longtemps lorsqu'ils sont suivis à domicile (26 mois) et en unité de soins palliatifs (39 mois). Un suivi dure en moyenne près d'un mois. Pour les patients qui décèdent, ils rencontrent le psychologue un mois et une semaine en moyenne avant leur décès et le dernier entretien a lieu dix-sept jours avant celui-ci. Les entretiens ont lieu à l'hôpital (77%) et à domicile (23%). Les suivis à domicile sont plus longs (64 jours), par contre les rencontres uniques sont beaucoup plus fréquentes (56% des patients). Les cents patients suivis (tableau II) sont âgés en moyenne de soixante-neuf ans. Les hommes sont majoritaires (55%). Ils sont âgés en moyenne de soixante-cinq ans et les femmes de soixante treize ans. Cette différence d'âge est très significative selon le test Kruskal-Wallis equality-of-populations rank test probability (0.0029). Les hommes âgés de moins de soixante-dix ans représentent le profil le plus courant. (39% des patients). C'est 40 à 50% des patients suivis dans l'ensemble des lieux à l'exception des lits identifiés où les hommes sont plus âgés et en service de convalescence et rééducation où 61,5% des patients suivis sont au contraire des femmes de plus de soixante dix. Elles sont généralement à la retraite lorsque la maladie se déclare (73,3%). 58,2% des hommes sont encore en activité. Les psychologues connaissent la profession de 71% d'entre eux : 54% exécutent un travail à dominante manuelle de type industriel et artisanal, et 13% agricole. Seuls 31% sont artisans, commerçants, chefs d'entreprise, cadres et de professions intellectuelles supérieures ou de professions intermédiaires. La moitié des patients habite dans le Puy-de-Dôme puis dans le cantal (24%), la Haute-Loire (15%) et enfin l'Allier (11%). La plupart (87%) des patients suivis (figure 2) sont entourés par leur famille, en général par leur conjoint, notamment à domicile. Leur pathologie est le plus souvent cancéreuse avec des localisations principalement pulmonaires, digestives ou neurologiques. Les pathologies sont plus diverses à domicile avec des patients

atteints de sclérose latérales amyotrophiques ou de polyopathologies gériatriques. Selon les psychologues il est rare que l'information concernant le diagnostic ne soit pas donnée (2% des suivis). L'information est moins systématique en ce qui concerne le pronostic mortel qui n'est communiquée qu'à 62% des patients alors qu'il est engagé chez 90% d'entre eux. C'est encore plus rare en services de médecine (33%) alors que ce serait plus systématique lorsque le patient est hospitalisé sur un lit identifié de soins palliatifs (90%). Les trois quarts des patients rencontrés (78%) décèdent. Cette proportion est moindre à domicile et en service de cancérologie. Les rapports d'activité des équipes de soins palliatifs indiquent que sur mille cent malades la proportion d'hommes est de 52% et l'âge moyen de 71 ans avec 73 ans pour les femmes et 69 ans pour les hommes. La comparaison avec le profil des cents patients inclus indique une différence significative au niveau de la proportion d'homme qui est plus importante et leur âge qui est plus bas. Ce sont donc les hommes et les patients les plus jeunes qui accèdent le plus à un suivi psychologique.

Les quatorze psychologues (un homme et treize femmes) sont âgés en moyenne de trente-trois ans et demi avec plus de quatre années d'expérience. Ils travaillent dans le domaine des soins palliatifs depuis plus de trois ans et ont en moyenne un poste à 77% d'équivalent temps plein (ETP). Ils pratiquent en équipes mobiles (ou apparentées) pour près de la moitié d'entre eux (49%) ou au sein d'un réseau à domicile (42%) et en Unité de soins palliatifs (7%). Ils travaillent en majorité dans les deux départements les plus urbains de la région : l'Allier (3,80 ETP) et le Puy-de-Dôme (3,60 ETP). Ils sont moins nombreux dans les départements plus ruraux et montagneux : le Cantal (1,60 ETP) et la Haute-Loire (1,30 ETP). Leur répartition géographique ne coïncide donc pas avec celle des patients qui pour rappel habitent prioritairement dans le Puy-de-Dôme et le Cantal. Ils ont un diplôme de psychologie ou psychopathologie clinique et cinq d'entre eux ont une spécialisation en gérontologie. La moitié des psychologues a une formation complémentaire en soins palliatifs de niveau diplôme universitaire. Dix ont une supervision individuelle ou groupale et treize participent au groupe trimestriel de la Société Régionale Auvergne d'Accompagnement et de soins Palliatifs.

Discussion

Les résultats permettent de discerner deux profils identitaires chez les patients en demande d'aide. Le plus courant est d'être un homme d'âge mur, autour de 65 ans, souvent à domicile, urbain ou rural, encore en activité avec pour identité professionnelle une activité manuelle. L'identité familiale est d'être en couple et souvent père avec une épouse et des enfants présents. Les patients avec un tel profil ont statistiquement plus de chance de bénéficier d'une aide psychologique, certainement en raison de leur âge. La maladie vient en effet rompre leur identité professionnelle avant le passage à la retraite. Ils n'ont en outre pas encore traversé la crise développementale de la sénescence, vécue habituellement plus tardivement, au seuil du grand âge [10]. Cette crise prépare à prendre conscience du danger mortel en soi, à en « apprivoiser » l'angoisse et le sentiment de solitude fondamentale de l'unicité de l'être [11]. Lorsque la pathologie se développe antérieurement à cette crise, elle vient faire effraction. La finitude n'est pas encore un organisateur psychique, ce qui peut être à l'origine de leur demande plus fréquente d'aide psychologique. Le second profil correspond à celui d'une femme assez âgée, autour de 73 ans, accompagnée par ses enfants et retraitée depuis plusieurs années, en général hospitalisée dans un service de convalescence.

Ces résultats présentent les protagonistes des accompagnements réalisés en soins palliatifs comme très différents. Pour rappel les psychologues sont presque exclusivement des femmes trentenaires avec pour profession d'être plus dans la « réflexion » que dans l'action. En sus de la différence évidente de leur état de santé, l'altérité est ainsi très marquée : pour le premier profil différence des sexes et différence de professions basées d'un côté sur l'action et de l'autre côté plutôt sur la réflexion et pour le second profil différence générationnelle. En soins palliatifs il est ainsi rare que les psychologues accompagnent leurs semblables. Cela influence certainement la relation transférentielle en limitant par exemple leurs mouvements contre-transférentiels identificatoires. La différence des sexes peut également chez les patients favoriser un réinvestissement libidinal remarqué par Michel De M'Uzan. On peut l'entendre dans cet exemple de suivi rapporté par une des psychologues lors d'une réunion trimestrielle : elle accompagnait un patient de soixante ans accablé de sentiments de honte et d'humiliation. Son identité masculine

était menacée par les ravages physiques occasionnés par un cancer du colon. Son épouse s'alarmait des émotions suscitées par la mise en mot de ses ressentis qu'elle pensait préférable de refouler. Son mari l'assurait au contraire de la nécessité d'expliquer à autrui. Il se sentait exister dans une identité réfléchie par le regard attentif et féminin de la psychologue. Au dernier entretien avant sa mort, il questionna celle-ci sur son statut marital. Son épouse coupa court en arguant que la psychologue était certainement trop jeune pour être mariée. La concernée ne répondit pas qu'elle était tout de même âgée de trente-sept ans, comprenant sans doute qu'elle représentait l'autre : une autre génération dans une sexualité sans engagement adulte, pas encore concernée par la maladie et donc protégée des angoisses de mort.

Les résultats permettent également de remarquer des particularités dans les suivis. La première est que la demande d'aide arrive tardivement dans l'histoire de la maladie, certainement à un moment où celle-ci devient menaçante même si le pronostic palliatif n'est pas encore annoncé (et n'est donc pas l'origine de l'effraction psychique, de la plainte décrite par Jérôme Alric dans sa Thèse² de Psychologie). Les suivis psychologiques sont ainsi très courts et réalisés peu avant le décès des patients. Nous pourrions nous questionner sur la possibilité d'un réel travail thérapeutique sur un nombre si limité d'entretiens mais selon Michel De M'Uzan la perception par l'un et par l'autre d'un temps compté participerait à intensifier le travail psychique partagé ce qui rendrait possible un réel réaménagement identitaire [12]. Pour Danièle Deschamps nous serions alors dans un temps transférentiel très condensé qui amène « à moduler le cadre thérapeutique en fonction de cette situation limite paradoxale. (...) d'une grande intensité transférentielle, et à des niveaux très vite archaïques. (...) Ces moments de grand risque vital poussent les malades à une identification-régression accélérée à des parties d'eux-mêmes enfouies et en détresse.» [13] Le lieu des entretiens est une seconde particularité : les entretiens réalisés à domicile représentent une activité nouvelle pour les psychologues qui doivent en permanence réinterroger leur cadre thérapeutique. Les suivis sont significativement plus longs et plus précoces dans l'histoire de la maladie qui est moins souvent mortelle mais très invalidante. On peut imaginer qu'ils permettent

² Prix SFAP 2007 « La psychanalyse au risque du mourir : menace de disparition et relance désirante », Doctorat de psychologie, Université d'Aix-Marseille 1.

alors l'intégration du handicap progressif bien plus que du mourir dans un temps compté. Selon toujours Danièle Deschamps « C'est alors la qualité de la relation transférentielle qui fait fonction de cadre : le thérapeute importe avec lui cet espace transitionnel que constitue et que représente son cabinet. (...) Il s'offre comme contenant capable d'accueillir le corps de son patient, capable de recueillir ses émotions et de les transformer en mots, comme un écran pour les fantasmes les plus terrifiants, un pare-excitation». Selon René Kaës (inspiré par W.D. Winnicott), cette qualité contenante du thérapeute est essentielle pour « contenir et transformer les dépôts et les projections du sujet en crise. » [14] Elle est largement mise en exergue dans la culture palliative à laquelle se réfèrent ces psychologues.

Pour conclure, la première phase de cette recherche nous permet de mieux cerner les particularités des suivis psychologiques réalisés en soins palliatifs. Ils sont marqués par une grande altérité entre les protagonistes, une temporalité très éphémère et une élaboration identitaire qui a pour perspective sa propre disparition. En institution les psychologues sont dans l'instant de la rencontre, tardive dans la maladie avec un cadre à adapter aux nécessités psychiques urgentes des patients à proximité de leur mort. A domicile les rencontres sont uniques ou dans le chronique de la pathologie handicapante avec des décès moins fréquents et des suivis interrompus bien en amont. Cette pratique en soins palliatifs paraît ainsi très paradoxale. En complément du concept de fonction conteneur, celui d'espace transitionnel en référence à Donald Wood Winnicott peut éclairer son fonctionnement thérapeutique. L'entretien permet en effet de créer dans l'instant de la rencontre intersubjective un espace de jeu, de création d'une identité commune étayante et valorisante. Les différences permettent sans doute aux psychologues de se prémunir des atteintes castratrices de la maladie et des angoisses de mort pour accompagner les pertes identitaires de leurs patients. Ils ont en outre majoritairement recouru à des groupes étayants (formation, supervision, réunion) pour dérouler leur pensée potentiellement figée par la proximité du trauma. La deuxième phase, réalisée en 2011 avec le concours du collège des psychologues de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, nous permettra d'étendre cette analyse sur six régions et d'étudier le contenu des entretiens à travers la perception des psychologues quant aux crises traversées par leurs patients.

Références bibliographiques

- 1 Rossi I. Culture palliative : pour anticiper et accueillir la mort. *Revue internationale de soins palliatifs* 2010 ; 25 : 37-43.
- 2 Ben Soussan P. « Je est un autre ». Cancer et identité. In : Ben Soussan P et al, eds. *Le cancer approche psychodynamique chez l'adulte*. Ramonville Saint Agne : Erès, 2004 : 101-117.
- 3 Erikson E. *Adolescence et crise. La quête de l'identité*. (éd. 1978). (J. L.-C. Nass, Trad.) Manhecourt: Flammarion, 1972 (éd.1978) : 67.
- 4 Kaës R. Introduction à l'analyse transitionnelle. In : Kaës R, Missenard A, Kaspi R, Anzieu D, Guillemin J, Bleger J, Jacques E, eds. *Crise, rupture et dépassement*. Paris : Dunod, 1979 : 23.
- 5 Gori R. Le corps exproprié. In Ben Soussan P eds. *Le cancer approche psychodynamique chez l'adulte*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2004 : 17-29.
- 6 Rodin G, Zimmermann C. Psychoanalytic reflections on mortality: a reconsideration. *J am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2008; 36 (1) : 181-96.
- 7 De M'Uzan M. *Aux confins de l'identité*. Mayenne : Gallimard , 2005.
- 8 Chochinov HM, Hassard T, McClement S, Hack T, Kristjanson LJ, Harlos M, Sinclair S, Murray A. The landscape of distress in the terminally ill. *J Pain Symptom Manage* 2009 ; 38(5) : 641-9.
- 9 Van Lander A, Pereira B, Deveuve-Murol C, Viennet N et al. Psychologues en soins palliatifs et méta-analyse des processus psychiques. *Perspectives psy* 2010 ; 49(3) : 185-195.
- 10 Bianchi H. *Le Moi et le temps. Psychanalyse du temps et du vieillissement*. Paris : Dunod, 1987.
- 11 Winnicott DW. *Playing and reality*. Paris : Gallimard, 1975.
- 12 De M'Uzan M. *Aux confins de l'identité*. Mayenne : Gallimard , 2005 : 48.
- 13 Deschamps D. *L'engagement du thérapeute. Une approche psychanalytique du trauma*., Ramonville Saint-Agne : Erès, 2004 : 205-206.
- 14 Kaës R. Introduction à l'analyse transitionnelle. In : Kaës R, Missenard A, Kaspi R, Anzieu D, Guillemin J, Bleger J, Jacques E, eds. *Crise, rupture et dépassement*. Paris : Dunod, 1979 : 72.

Illustration 1 : Le livret de recueil.



Tableau I : le profil des suivis psychologiques (n=100).

Services	Domicile	Unité SP	Lits identifiés SP	Services cancérologie	Services médecine	Services convalescence et rééducation	Total
Nombre entretiens	54	38	35	31	72	54	284
Nombre moyen/suivi	2.3	2.5	2.9	2.8	2.8	4.1	2.8
Durée maladie en mois avant 1 ^{er} entretien	26.1	39.15	13.06	13.58	9.66	10.5	18.7
Nbr suivi à 1 entretien	13 56.5%	3 20%	1 8.3%	2 18.2%	3 11.5%	2 15.5%	24%
Nbr entretien/suivi si >1	4.1	2.9	3.1	3.2	3	4.7	3.4

Tableau II : le profil des patients suivis par les psychologues (n=100).

Services	Domicile	USP	Lits identifiés SP	Services cancérologie	Services médecine	Services convalescence et rééducation	Total
Nbre patient	23	15	12	11	26	13	100
Age moyen	69.6	67.5	72.9	62.6	67.3	76.6	69.2
Médiane	67	66	74,5	59	67,5	80	68
min-max	57-91	49-83	55-90	37-88	33-89	61-89	33-91
(sd)	(10,2)	(11,2)	(11,6)	(15)	(13,5)	(9,3)	(12,3)
Hommes	14	7	9	7	14	4	55
Age moyen	68,8	63,6	70,8	61,7	62,4	69,2	65
Min-max	60-91	49-73	55-84	37-88	33-84	61-80	33-91
%≤70ans	50 (11)	40 (6)	25 (3)	45,4 (5)	42,3 (11)	15,4 (2)	39%
%>70ans	13,6 (3)	6,6 (1)	50 (6)	18,2 (2)	11,5 (3)	15,4 (2)	16%
Femmes	9	8	3	4	12	9	45
Age moyen	70,8	71	79,3	64,2	73	79,8	73
Min-max	57-89	49-83	66-90	49-75	48-89	62-89	49-90
%≤70ans	22 (5)	26,7(4)	8,3(1)	27,3(3)	19,2(5)	7,7(1)	19%
%>70ans	18,2 (4)	26,7(4)	16,7(2)	9,1(1)	26,6(4)	61,5(8)	26%

Figure 1 : Profil des suivis psychologiques par lieu.

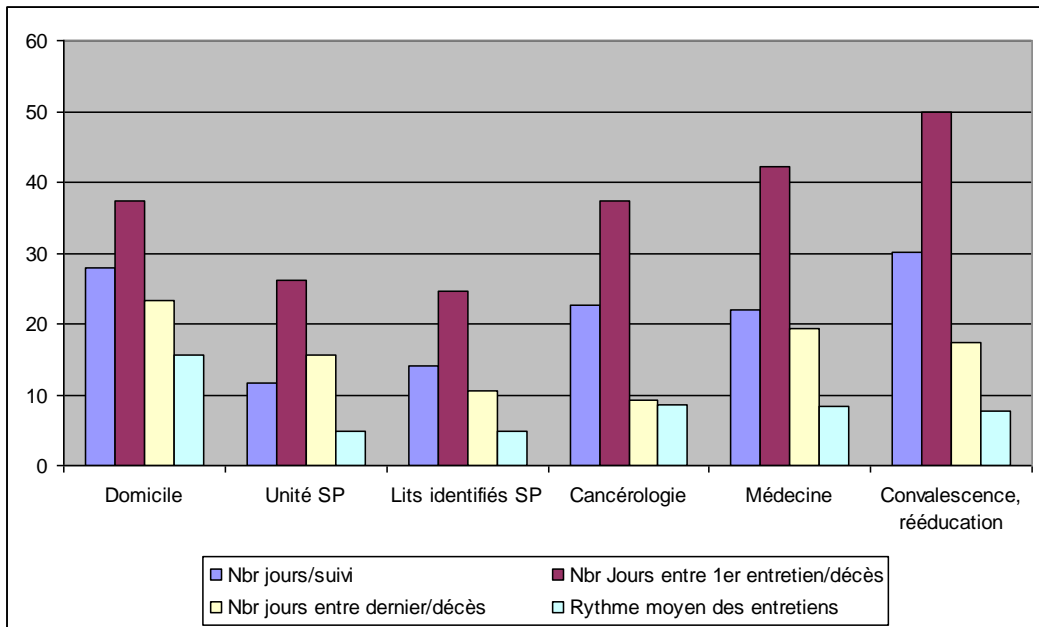
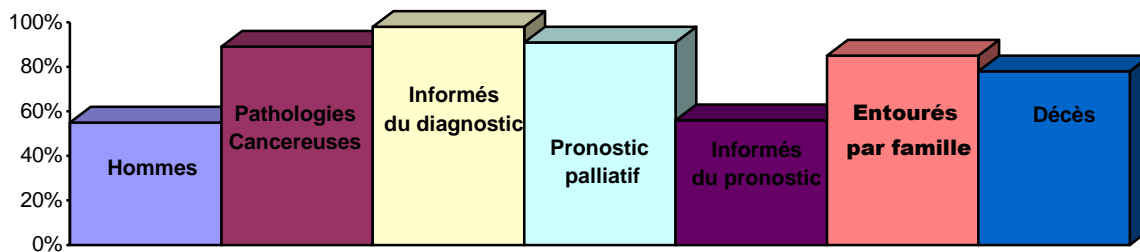


Figure 2 : Le profil des patients suivis psychologiquement (n=100).



Résumé :

En soins palliatifs, la crise d'identité est un concept fondamental pour comprendre la détresse d'un patient. La pathologie mortelle rompt douloureusement la perception d'une continuité de l'existence. Le patient se découvre étranger à lui-même ce qui peut l'amener à demander une aide psychologique pour se relier à soi. L'objectif de cette étude est d'explorer l'identité des patients accompagnés psychologiquement et les caractéristiques de leurs suivis. Méthode : 14 psychologues intervenant en soins palliatifs dans une région française remplissent pour chaque suivi un livret d'analyse. Résultats : les 100 premiers patients sont suivis à l'aide de 284 entretiens débutant généralement 6 semaines avant leur décès. Ils sont en majorité des hommes dans la soixantaine et les psychologues des femmes trentenaires. Discussion : l'âge relativement jeune des patients laisse présumer un rôle de l'âge dans le besoin d'entretien. Ce profil des patients et des psychologues instaure dans les suivis une altérité des sexes et des générations. Cette étude se poursuit par une analyse du contenu des entretiens, notamment des liens entre détresse, crise d'identité et mécanismes de défense. Elle associe en 2011 un second groupe de psychologues, réuni par le collège des psychologues de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs.

Summary :

In palliative care, the identity crisis is a fundamental concept to understand patient's distress. The fatal disease breaks painfully the perception of the life continuity. The patient who finds himself a stranger can seek psychological help to connect to itself. The objective of this study is to explore the identity of patients counseling and the characteristics of their follow-ups. Method: 14 psychologists involved in palliative care in a French region completed a booklet of analysis for each patient. Results: The first 100 patients are tracked through 284 interviews starting often 6 weeks before their deaths. They are mostly men in their sixties and psychologists are women in their thirties. Discussion: the relatively young age of patients suggest a role of age in need of interviews. This profile of patients and psychologists introduced an otherness of sexes and generations. This study continues with a content analysis of interviews, including relationship between distress, crisis of identity and defense mechanisms. It combines in 2011 a second group

of psychologists brought together by the College of Psychologists of the French Society for Accompaniment and Palliative Care.