Quel rôle pour le psychologue en HAD ?

Françoise Meusy-Bessuges

▶ **To cite this version:**

Françoise Meusy-Bessuges. Quel rôle pour le psychologue en HAD ?. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01250657

HAL Id: dumas-01250657

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01250657

Submitted on 5 Jan 2016

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.

Françoise MEUSY (BESSUGES)
Psychologue clinicienne

Quel rôle pour le psychologue en HAD ?

DU Accompagnement et fin de vie
2014-2015

Université Pierre et Marie Curie
Paris 6

Responsables d'enseignement

Docteur Véronique BLANCHET

Docteur Yolaine RAFFRAY

Table des matières

Remerciements 2
1) Introduction 3
2) Narration 4
3) Analyse de la situation 6
a) Les problèmes posés par la situation 6
b) Les questions que la situation suscitent en moi 6
c) Problématique 6
4) Exploration 7
a) Le domicile en HAD, « lieu privé sur une scène publique » 7
b) Le cadre, un espace matériel et psychique contenant 9
c) Un accompagnement psychologique particulier dans un cadre bousculé 11
5) Synthèse et conclusion 17
6) Bibliographie 18

D'après Vincent Van Gogh. *La chambre à coucher.* 1889

J'aimerais remercier les personnes sans qui ce travail n'aurait pas pu être mené à bien :

Camille B.-C., ma collègue psychologue qui a accepté de m'accueillir en stage : pour la confiance qu'elle a bien voulu me témoigner, pour sa disponibilité et pour ses conseils toujours avisés.

Les patients et leur entourage qui ont accepté de me recevoir chez eux.

« La parole est parfois ce qui reste au malade
pour témoigner de son existence quand le corps se dérobe ;
c'est la place et la fonction du psychologue à l'hôpital
de l'écouter et de l'entendre pour que vive cette parole
et que le malade demeure une personne »

François Marty

1) Introduction

Psychologue clinicienne effectuant un stage auprès d'une structure d'hospitalisation à domicile (HAD), j'ai été amenée à me rendre chez une patiente de 80 ans, Mme A., chez qui un cancer du sein a été découvert en mars 2013.

Une tomodensitométrie effectuée dans le cadre de la surveillance d'une leucémie lymphoïde chronique détectée en 2010 avait révélé chez cette dame un nodule au sein droit, qui s'avèrera à l'analyse être un carcinome canalaire infiltrant de grade III. Après une tumorectomie, la chimiothérapie adjuvante entreprise est mal supportée, provoquant des effets secondaires importants (neuropathie invalidante touchant les membres inférieurs).

D'un point de vue familial, Mme A. est relativement isolée. Elle est veuve et vit seule chez elle, hormis la présence d'une aide-ménagère quelques heures par semaine. Elle a deux enfants : un fils, référent et personne de confiance, très occupé professionnellement et qui fait de nombreux séjours à l'étranger ; une fille, très prise elle aussi, qui semble assez absente et qui a eu elle-même un cancer du sein quelques années auparavant.

Début décembre 2013, Mme A. fait une chute occasionnant une fracture du col fémoral. Tombée en début de soirée, elle ne sera découverte, toujours au sol, que dans la matinée du lendemain. Elle est hospitalisée pour une pose de prothèse de hanche, puis transférée dans une clinique de soins de suite, dont elle ne sortira que près d'un an plus tard.

En mars 2014, les marqueurs tumoraux sont en hausse et un examen révèle de multiples métastases hépatiques, osseuses, ainsi qu'une probable récidive intra mammaire droite. En avril, face au refus de la chimiothérapie IV et en raison de dysfonctionnements cardiaques, un traitement *per os* en dernière intention est entrepris. Mais après 3 cycles, l'altération de l'état général de Mme A. et une anorexie importante (perte de 5 kg) justifient la mise en place d'une nutrition/hydratation parentérales pendant 15 jours ; de plus, une éruption érythémateuse pousse à une diminution du traitement.

Mi-août un retour à domicile est tenté, sans succès : deux chutes, des épisodes de diarrhée importants provoquent l'arrêt du traitement et une réhospitalisation rapide en SSR, afin de surveiller la reprise du traitement, et de monter un projet de retour à domicile en HAD.

Mme A. retourne chez elle le 29 octobre, non sans avoir subi des épisodes intercurrents de diarrhée avec anorexie, ainsi qu'une escarre de stade 2 à la malléole externe droite. Le projet mis en place avec l'HAD prévoit la surveillance post chimio, la préparation des médicaments, les soins d'escarre, l'aide à la toilette et l'évaluation des besoins psycho-sociaux.

Si le mois de novembre se passe sans trop de difficultés, le mois de décembre voit s'aggraver l'état général de Mme A. Elle fait une nouvelle chute au début du mois. Ses douleurs augmentent et semblent moins bien soulagées, une diarrhée persiste plus de dix jours et, s'ajoutant à une anorexie presque complète et à une hypokaliémie, provoque une asthénie très importante.

C'est alors que j'interviens auprès d'elle. Cependant, ayant commencé mon stage auprès de l'établissement d'HAD dont dépend Mme A. seulement début décembre, j'ai tout d'abord effectué une période d'adaptation au fonctionnement de la structure avant de pouvoir me rendre chez elle, le 19 décembre. Elle était très en demande d'écoute et de soutien psychologique ; selon l'équipe de l'HAD, son moral était très bas et elle exprimait un « ras-le-bol général de sa santé ».

2) Narration

Je n'aurai avec Mme A. que deux entretiens d'une heure chacun, au cours desquels un lien de confiance s'est rapidement créé… à tel point que j'ai pu m'entendre appeler « ma chérie » à quelques reprises !

Lors du premier entretien, elle me parle principalement de son histoire de vie ; elle me dira à la fin qu'elle m'a raconté sa vie « en long en large et en travers ».

D'un point de vue professionnel, le poste à responsabilité qu'elle a occupé pendant plus de 20 ans dans un grand magasin parisien semble avoir comblé son besoin de maîtrise et d'autonomie, désormais mis à mal par la maladie.

Son histoire familiale est marquée par des ruptures et des deuils : d'origine pied-noir, elle me raconte leur départ d'Algérie en 1962, pays où elle a tout laissé, croyant y revenir rapidement. J'apprends que son époux est décédé il y a près de 30 ans d'un cancer du poumon. Elle ne m'en dira pas plus à ce sujet. Elle me parle par contre à plusieurs reprises du décès brutal de ses deux parents par intoxication au monoxyde de carbone, alors qu'elle-même avait à peine 50 ans, et du choc qu'elle a vécu lorsque son fils lui a appris cette nouvelle au téléphone.

Elle me dit que son frère et sa belle-sœur vivent dans le même quartier qu'elle, mais qu'étant âgés (78 ans), ils ne se déplacent plus tellement. Sa sœur, plus jeune de 8 ans et qui vit en Israël, l'appelle presque tous les jours car elle s'inquiète beaucoup.

Lorsqu'elle me parle de ses enfants, elle évoque tout d'abord son fils. La fierté qu'elle éprouve à son sujet trouve écho dans les propos de son médecin traitant, présent à mon arrivée, qui m'explique que M. A. est un professionnel reconnu dans l'audio-visuel français, à qui la Une d'un journal national a été consacrée l'année dernière ; Mme A. explique d'ailleurs qu'une de ses chutes est due à l'émotion qui l'a submergée lorsque son fils est venu lui apporter le quotidien ce jour-là ! Elle n'a aucun reproche à faire à ce fils, qui dit-elle est très soutenant malgré un emploi du temps surchargé qui l'empêche souvent d'être présent physiquement, et qui l'éloigne souvent de Paris et même de France. Il était d'ailleurs venu la voir en urgence la veille, quittant le Sud où il était en déplacement, inquiet des problèmes de diarrhée persistants de sa mère et de son état de fatigue important.

L'attitude de sa fille semble être plus problématique et Mme A. paraît ambivalente vis-à-vis d'elle. D'un côté, elle comprend que sa maladie réveille chez sa fille les souvenirs de son propre cancer, d'autant plus que le traitement a été, selon ses dires, traumatisant (elle parle de radiothérapie « nucléaire » qui lui aurait brûlé une partie de la peau du ventre) ; elle me dit d'ailleurs que lorsqu'elle-même a été opérée de sa tumeur, la réaction de panique de sa fille l'a poussée à lui demander de ne venir la voir que quand elle s'en sentirait capable. D'un autre côté, elle semble lui en vouloir de l'avoir trop bien écoutée, car elle me dit avec tristesse et une certaine amertume qu'elle peut rester des semaines, même des mois, sans avoir de visite ni d'appel téléphonique, que sa fille est très occupée car elle a elle aussi une carrière prenante et a beaucoup d'amis avec qui elle part en voyage, et qu'elle a un caractère particulier, « moins agréable que celui de son frère ». Pourtant, lorsque je lui demande comment étaient ses relations avec sa fille avant la maladie, elle me dit que tout allait parfaitement.

Elle évoque aussi longuement l'histoire de sa maladie, et les divers accidents de santé ayant jalonné son parcours. Elle revient à plusieurs reprises sur son état de fatigue intense, dû selon elle à une diarrhée persistant depuis 10 jours et à son incapacité à manger. Elle n'exprime cependant que peu d'affects à propos du cancer ; son inquiétude se porte surtout sur le fait qu'à

partir de 16h00, moment du départ de son aide-ménagère, jusqu'à 8h00 au plus tôt le lendemain, lorsqu'arrive l'équipe de l'HAD, elle soit seule ; comme elle me parle à plusieurs reprises des chutes qu'elle a faites (surtout celle où elle est restée toute une nuit au sol), je suppose qu'elle craint que cela ne se reproduise. Elle évoque une solution proposée par son fils, à savoir le passage d'un soignant dans la soirée, mais il semble que cela ne rentre pas dans le projet de l'HAD. Elle me demande d'ailleurs si, pour mes prochaines visites, je ne pourrais pas passer le soir…

Enfin, elle a de nombreuses récriminations par rapport à l'HAD, qui semblent relever principalement d'un sentiment d'envahissement, matérialisé par le nombre impressionnant de médicaments et de matériel médical stockés dans un coin du salon. Elle se plaint aussi d'une certaine désorganisation (horaires de passage pas vraiment fixes) et de ce qu'elle vit comme un manque de respect (interventions de plusieurs soignants en même temps, un qui lui fait une prise de sang et l'autre qui fait les soins d'escarre, soignants « sous pression » qui ne lui laissent pas le temps de souffler…).

Lors du deuxième entretien, j'ai pu constater que l'humeur de Mme A. s'était fortement détériorée ; autant j'avais noté, à l'issue de la première visite, une volonté de se battre soutenue par un grand sens de l'humour, autant le deuxième rendez-vous a été placé dès le départ sous le signe de propos dépressifs : « Je suis au bout du rouleau ».

Elle exprime une fatigue plus importante encore que la fois précédente, et je sens une forte inquiétude au sujet de sa perte d'autonomie : elle me répète trois fois qu'elle a mis 15 mn à parcourir quelques mètres lorsqu'elle a dû répondre au téléphone le matin même ; cette perte d'autonomie est d'autant plus difficile à vivre que Mme A. semble une femme volontaire qui attache beaucoup d'importance à son indépendance.

Les plaintes somatiques disparaissent cependant un peu, et ses défenses (combativité, humour) cèdent, pour laisser la place à l'angoisse de mort face à la maladie : elle me répète plusieurs fois qu'elle a peur, et quand je cherche à lui faire préciser ses propos, elle me parle de « cette fichue maladie » qui lui semble progresser ; contrairement à la fois précédente, elle me parle des métastases. Elle pleure fréquemment, me dit que lorsqu'elle a été opérée l'année dernière, elle appelait sa mère tellement elle souffrait, qu'elle voudrait qu'elle soit encore là pour la rassurer. Elle abandonne les projets dont elle m'avait fait part quelques jours auparavant (retourner se promener dans le quartier, aller à la cérémonie religieuse prévue en janvier pour son petit-neveu, et à l'occasion de laquelle sa sœur revient d'Israël : « C'est foutu, je ne pourrai pas y aller »).

Enfin, elle me confie qu'elle sera seule pour Noël : son fils est à l'étranger et sa fille a des projets avec ses amis…

Vers la fin de l'entretien, l'aide-ménagère viendra participer à la conversation, et me parlera de ses propres difficultés dues à des deuils récents ; ceci mettra un terme au « colloque singulier » entre la patiente et moi, et me perturbera quelque peu.

Le lendemain, Mme A. réclamera une réhospitalisation dans la clinique de SSR où elle était, ce qui sera fait 3 jours plus tard. En effet, je lirai dans les transmissions que la perte d'autonomie était spectaculaire : alors qu'à son retour à domicile, Mme A. se levait seule et se déplaçait avec son déambulateur, elle avait fini par dormir dans son fauteuil par peur de tomber. Je ne la reverrai pas.

3) Analyse de la situation

a) Les problèmes posés par la situation

- Cancer du sein avec métastases
- Traitement mal supporté
- AEG (asthénie, diarrhées, anorexie)
- Chutes
- Perte d'autonomie
- Perte du sentiment de sécurité
- Isolement et solitude, absence (relative) des enfants
- Cancer de la fille et éloignement par rapport à sa mère
- Difficultés à comprendre le fonctionnement de l'HAD et à supporter l'envahissement du domicile
- Anxiété, humeur dépressive

b) Les questions que la situation suscitent en moi

- L'isolement affectif de la patiente
- Le fait qu'elle soit seule à domicile, alors qu'elle a une diarrhée importante
- L'impact du cancer du sein de la mère sur la fille, et l'interférence de ce cancer dans la relation mère-fille selon la patiente
- En tant que psychologue, le fait d'être à domicile donc d'entrer dans l'intimité ; devoir gérer les interventions de l'aide-ménagère
- La rupture dans la prise en charge
- Les récriminations de la patiente envers l'HAD (qui se sent envahie et non respectée) et qui ont provoqué en moi un confit de loyauté par rapport à mes collègues

c) Problématique

La problématique que j'ai choisi de traiter est la suivante :

Rôle de la psychologue en hospitalisation à domicile face à une personne âgée en soins palliatifs.

Les thèmes que je vais explorer à partir de cette problématique couvrent plusieurs axes :

- Le domicile, l'intimité et son envahissement par les soignants
- La notion de cadre, la distance dans la relation thérapeutique quand on est chez le patient
- La difficulté de se positionner en tant que psychologue dans ces conditions et les spécificités de l'accompagnement

4) Exploration

a) Le domicile en HAD, « lieu privé sur une scène publique »[1]

Aller à domicile n'est pas un acte banal, ni anodin. Le patient (et son entourage) reçoivent les intervenants sur leur territoire, dans leur espace propre. Quels enjeux particuliers cela recouvre-t-il ?

Loin d'être un lieu neutre ou neutralisé, le domicile comporte des dimensions psycho-affectives et symboliques profondes. Il n'est que de se pencher sur la multitude de synonymes de ce terme pour en appréhender la polysémie : possession avec « habitation[2] », permanence, durée avec « demeure », « résidence » ; chaleur avec « foyer », « cocon » ; protection, sécurité et refuge avec « toit », « murs », « gîte » ; famille, transmission et lignée avec « nid », « bercail ».

Le domicile familial est donc l'endroit où se rassemble la famille, mais aussi le lieu de transmission de la lignée ; face aux injonctions actuelles de notre société, qui affiche l'innovation et la rupture comme un idéal, la maison représente permanence, stabilité et enracinement. Ainsi, Bachelard a-t-il pu écrire à son propos : *« Sans elle, l'homme serait un être dispersé. La maison maintient l'homme à travers les orages du ciel et les orages de la vie[3] »*. Contenant, structurant, le domicile est le lieu de l'unité du moi qui offre une sécurité intérieure sans laquelle il est difficile de s'épanouir. S'attache à lui tout un imaginaire individuel et familial lié à une histoire commune souvent impartageable.

De plus, par un processus d'appropriation, de « marquage », l'être humain, comme tout autre animal, obtient grâce à son domicile un ancrage territorial et un lieu fondateur d'inscription dans le maillage social. Celui qui réside quelque part n'est pas un errant, au contraire des personnes « sans feu ni lieu » ; il possède une « domiciliation » qui l'arrime à la communauté. Perdre cela, c'est devenir « sans domicile fixe », expression dont l'acronyme SDF nous fait parfois oublier ce qu'elle recouvre de perte de repères identitaires.

Car le domicile est à la fois composante et reflet de l'identité. La décoration intérieure choisie est aussi décor, et l'habitant se met ainsi en scène, en valeur, dans un *« espace propre, [une] scène privilégiée où se jouent les rapports de tout individu aux objets, à soi, au monde »,* comme le dit Djaoui [1, p. 123], qui ajoute cependant que cette mise en scène narcissique ne s'adresse pas à tout le monde de la même façon : en temps ordinaire, on choisit ce qu'on décide de montrer et de cacher.

En effet, le domicile n'est pas un espace univoque. Il est scindé en de multiples sous-espaces, définis à la fois par leur destination/utilisation et par le nombre et la qualité de ceux autorisés à y pénétrer. Du pas de la porte où l'on arrête les importuns, aux toilettes où l'on pénètre seul (sauf lorsqu'on on est encore – ou devenu – dépendant), les pièces se déclinent en pièce à recevoir, à vivre, à dormir, à faire l'amour, à se laver… Et dans les profondeurs de la maison se situe le lieu de l'intime.

Les définitions de l'intimité nous montrent d'ailleurs que cette notion recouvre plusieurs dimensions, qui toutes placent l'individu dans un rapport plus ou moins étroit avec lui-même. Le site en ligne du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales[4] propose deux grandes

---

[1] Terral [2, p. 122]
[2] Du latin *habere*, qui signifie *avoir, posséder*
[3] La poétique de l'espace (1957, p. 26)
[4] http://www.cnrtl.fr/ [consultation : 05/04/2015]

catégories sémantiques pour ce terme. D'une part, celle du *« mode d'existence d'une ou plusieurs personnes dans leur rapport avec un nombre limité d'individus »*, c'est-à-dire ce qui recouvre la vie privée dans ses aspects matériels et physiques. Cette première acception désigne l'intime à la fois comme *« aire géographique d'un partage domestique, d'une vie ensemble »*, selon Terral [2, p. 93] et comme *« l'espace consacré par excellence aux rapports que l'individu entretient avec son corps (physiologie, maladie, mort, douleur, sexualité, sensibilité), [… où s'opère une] mise à distance, [une] exclusion des autres, ceux dont on ne veut pas qu'ils fassent partie d'un cercle, celui des "intimes" précisément »,* selon Djaoui [1, p. 98]. D'autre part, la catégorie de la *« vie intérieure d'une personne et de ses rapports avec celle-ci »*, c'est-à-dire tout ce qui relève de la vie psycho-affective intrapersonnelle, et du rapport à soi, vu par Terral [2, p. 93] comme *« instance interne, lieu psychique »*. C'est là que fait écho l'étymologie latine du mot, superlatif de *interior*, soulignant que *« l'intime est ce qui gît au plus profond de l'individu, l'essence même de son intériorité, c'est-à-dire sa conscience »* [1, p. 118]. L'intimité renvoie de ce fait au registre du caché, du secret, de l'inavouable parfois. En allant plus loin, certains auteurs, dans une interprétation psychanalytique du domicile, font du « chez-soi » une extension/projection du corps propre, ceci expliquant l'analogie faite couramment par les personnes victimes d'un cambriolage entre violation du domicile et viol [1, p. 115].

Le domicile forme donc une microsociété, avec ses normes, ses valeurs, des pratiques plus ou moins ritualisées, une organisation et un fonctionnement spécifiques, bref une dynamique particulière et unique, relevant de la singularité et de la subjectivité. C'est aussi un lieu où *« l'occupant peut s'autoriser à être lui-même et à évoluer, débarrassé de tous les masques que la vie en société lui impose de porter […]. C'est un lieu où l'on peut rêver en paix, c'est-à-dire se recréer un monde gratifiant en se mettant en retrait de la réalité ressentie comme trop frustrante »* [1, p. 119]. C'est dire si l'irruption de la machine hospitalière, avec son poids de réalité brutale et effractante, vient déranger, voire déstabiliser ce microcosme. Il y a tension entre protection du domaine privé et intervention extérieure des professionnels.

Pourtant, selon un sondage récent de l'IFOP (2010) cité par l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) dans son rapport de 2013, 81% des Français souhaiteraient « passer leurs derniers instants chez eux » [3, p. 8]. Ces souhaits sont certainement inspirés par une image de l'accompagnement à domicile telle que la dépeignait Gomas [4, p. 15] dans la préface de la première édition de son ouvrage, datant de 1988, époque des débuts des soins palliatifs en France : un accompagnement *« plus "doux" qu'à l'hôpital, permettant un cheminement personnel, une intensité d'échange avec la famille, ainsi que le début d'un travail de deuil moins traumatisant pour ceux qui restent. »* Or, comme l'affirment Hirsch et Daydé [5, p. 16], cette description relève souvent de représentations idéalisées de bien-portants, alors que *« la réalité de la fin de vie à domicile est autre, souvent plus complexe et en demi-teinte (le domicile « envahi » par des soignants, des aidants et des proches qui parfois s'épuisent…). »*

En ce qui concerne la relation de soins, c'est bien la dimension « invasion » qui est souvent prégnante dans ces situations : même préparée et acceptée, l'arrivée d'un tiers à domicile peut être vécue comme une *« intrusion persécutrice »* [1, p. 231], induisant parfois des comportements de refus plus ou moins agressifs qui nourrissent à leur tour des contre-attitudes de la part des professionnels. Alors que dans l'imaginaire collectif *« le domicile est vécu comme le lieu d'une mort plus "naturelle", loin de l'univers hospitalier et de sa technique »* [3, p. 9], l'arrivée en masse des médicaments, les aménagements médico-techniques nécessaires à l'hospitalisation à domicile, parfois encombrants, toujours visibles en tout cas, peuvent aller contre les défenses

mises en place par le patient et/ou son entourage. Comme le dit une aidante interrogée par l'ONFV, *« la maison était devenue un hôpital ambulant. »* [3, p. 25]

Si on fait l'hypothèse que le désir de rester chez soi, ou de garder son proche malade à la maison, répond à un espoir inconscient, à un mécanisme défensif relevant de la pensée magique, grâce auquel le domicile est le lieu sécurisant et protecteur, la « bulle » permettant de maintenir la maladie à distance, alors l'invasion de ce périmètre de sécurité est un rappel à l'ordre, un retour du principe de réalité. Le malade et son entourage doivent alors faire face à une double effraction : la maladie d'abord, puis les intervenants. D'où parfois un sentiment de démaîtrise, contré par un « je suis ici chez moi ! » qui sera soit exprimé clairement, soit acté dans le refus d'un appareillage – le lit médicalisé par exemple – venant souligner trop crûment un changement radical de l'état du malade et une déchéance redoutée. Se positionner comme maître de son domicile permet alors de retrouver le pouvoir tout en signifiant à l'autre, non sans une certaine agressivité souvent, qu'il est un envahisseur, un intrus.

Le domicile est enfin le *« premier lieu du prendre soin »* [1, p. 77], celui où se déploie l'aide dite « naturelle ». Fragilisé par la situation, bien souvent épuisé par des mois, voire des années de lutte, l'entourage du patient a fréquemment une attitude ambivalente face aux intervenants : soulagement d'obtenir une aide, se doublant de difficultés à « partager » le malade et de culpabilité à ne plus pouvoir s'en occuper seul. Ceci ne se joue pas aussi franchement à l'hôpital, où la famille se trouve sur le terrain des soignants. À domicile, l'asymétrie classique de la relation de soins, d'habitude en faveur des soignants, est renversée d'une certaine manière, puisque ce sont les habitants qui, en « invitant » les professionnels, se retrouvent en position haute, dominante : le rapport de pouvoir symbolique peut alors être inversé, et deux logiques de prise en soins peuvent s'affronter. D'où selon Djaoui [1, p. 79], la nécessité de *« négociations non seulement avec la personne bénéficiaire de l'aide, mais aussi avec tout l'entourage, […devant] aboutir à des accommodements acceptables par tous »*. Ce qui fait que *« le domicile devient […] un lieu d'échange, de persuasion mutuelle et de compromis où la place de chaque acteur se réexamine en permanence »* [2, p. 30].

Intervenir à domicile est donc une tâche pouvant s'avérer compliquée, puisqu'aux problèmes inhérents à la relation de soins, s'ajoute une invasion de l'intimité « territoriale ». Ces difficultés sont peut-être plus prégnantes pour un psychologue, dont le rôle et les pratiques sont profondément liés à un dispositif technique, le « cadre », et qui va devoir repenser ce dispositif pour proposer un accompagnement spécifique à cette clinique.

b) Le cadre, un espace matériel et psychique contenant

Pour un psychologue, le fait d'aller à domicile bouscule les fondements de l'orthodoxie de l'entretien clinique, hérités en grande partie de la cure-type instituée par Freud et de ses élaborations successives proposées par la psychanalyse.

En premier lieu, la **demande** du patient qui ne doit pas être suscitée par le thérapeute, afin s'assurer que la parole sera authentique et laissera émerger les désirs inconscients du patient ; en effet, *« le demandeur vient avec une souffrance, un désir d'être libéré de ses problème et il attribue un savoir et un pouvoir à celui qui est en situation professionnelle de répondre à une telle demande. »* [6, p. 75]. De plus, *« toute demande thérapeutique [étant] une demande ambiguë »* [7, p. 32], la laisser advenir permet de ne pas masquer le latent sous l'explicite.

En réponse à cette demande ambivalente, l'**abstinence** du thérapeute « *implique pour l'analyste le précepte de se refuser à satisfaire les demandes du patient et à remplir effectivement les rôles que celui-ci tend à lui imposer*[5] *».* Cette abstinence concerne aussi bien l'agir, prohibant tout geste qui serait passage à l'acte, que le dire, assignant au clinicien un *« devoir de réserve […] à l'égard de ce qu'il pense, ressent, imagine personnellement »* [8, p. 81], mais aussi à propos de lui-même et d'informations relevant de sa vie intime. Cette retenue ne doit pas se lire comme l'instauration d'une distance, d'une froide indifférence, bien au contraire, elle se déploie dans une attitude théorisée sous le nom de « neutralité bienveillante » : *« dans l'entretien clinique, le clinicien est présent comme interlocuteur vivant et bienveillant, mais absent autant que faire se peut dans sa problématique personnelle. Le but fondamental est de laisser parler le client […]. »* [9, p. 17]. L'abstinence du thérapeute instaure donc une dissymétrie fondamentale dans l'échange, différenciant en ceci l'entretien clinique d'une conversation ordinaire ; elle laisse un espace au sujet lui permettant de *« dire et se dire »* [et] *« offre à [sa] parole une nouvelle étendue rarement éprouvée jusqu'alors »* [8, p. 81]. Selon Garand, le fait de suspendre l'agir pour laisser toute sa place au verbal permet au patient de *« devenir observateur de sa vie psychique, c'est-à-dire se la représenter »*. [10, p. 337]

L'aménagement de **l'espace**, le plus neutre possible, doit permettre une centration de l'entretien sur les échanges verbaux et offrir au patient *« en quelque sorte le socle muet et ferme sur lequel l'échange de paroles peut s'accomplir. »* [8, p. 36]. Dans cet environnement unique et fixe, immuable le plus possible, les places sont désignées à l'avance par le psychologue et ne sont pas modifiées [11, p. 3]. Même en institution, *« les conditions matérielles de la rencontre visent le calme et la neutralité [et offrent] un ailleurs, que le patient ne connaît qu'à travers sa démarche psychothérapique »* [10, p. 337]. L'espace ainsi constitué forme en outre un havre discret, secret même, préservant les échanges de la curiosité de l'entourage [11, p. 5] ou de perturbations venant de l'extérieur [10, p. 337].

Les **objectifs** des rencontres définissent la nature de l'entretien : quel est le résultat à atteindre compte tenu des besoins du patient ? La détermination de ces objectifs ne saurait se passer d'une clarification de l'origine de la demande, ni se confondre avec un questionnaire anamnestique qui, selon Poussin [7, p. 26], est *« la plus mauvaise façon d'aborder l'histoire du sujet, comme s'il s'agissait de quelque chose d'impersonnel, sans participation émotionnelle, et donc privé de sens. »*

Le **paiement des honoraires**, tout en permettant de rémunérer le clinicien, *« ne saurait se limiter à un moyen de transaction commercial »* [12]. Médiateur symbolique, l'argent place l'entretien clinique sur le plan du professionnalisme, différenciant le psychologue d'un ami prêtant une oreille attentive. Tout à la fois valorisation du travail du thérapeute, preuve matérielle de l'engagement responsable du patient dans cette activité, rappel symbolique de la barrière clinicien/client (que le transfert pourrait rendre poreuse), il est *« le symbole par excellence […] qui véhicule en lui la question de l'échange et du don, qui objectalise et neutralise les effets d'une rencontre. »*

Les **horaires,** le **rythme régulier** des entretiens ainsi que leur **durée,** à propos desquels une stabilité est préconisée, offrent au patient une permanence sécurisante dans une aventure parfois fortement déstabilisante. Quant à la durée totale du processus, il ne peut que difficilement être déterminé à l'avance ; *« fixer au départ un certain nombre d'entretiens […] trahit l'idée sous-jacente qu'un résultat doit être obtenu en un temps donné »*, affirme Poussin [7, p. 27], ajoutant

[5] Laplanche J. & Pontalis J.-B., Vocabulaire de la psychanalyse 2e. Paris : PUF, 1998

non sans humour : *« un plombier ne s'engagerait jamais au téléphone sur le temps qu'il passera à réparer votre installation : pourquoi devrions-nous faire autrement ? ».*

Tous ces éléments sont repris classiquement sous le terme de « cadre », défini par Jacobi [8, p. 35] comme *« l'espace matériel, temporel et psychique préparé par le praticien et mis à la disposition de son interlocuteur. »* Il est ce qui permet au psychologue et au patient *« d'établir un dedans et un dehors de la relation »* [13, p. 308], d'investir un espace stable, contenant, afin que les mouvements psychiques puissent être exprimés, reçus et élaborés.

Qu'en est-il de ce cadre en HAD, que devient-il lorsque le psychologue, loin de *mettre à disposition* un lieu pour le patient, se voit contraint de se rendre lui-même dans un endroit *mis à sa disposition* où les règles lui seront en partie imposées ? La dissymétrie de l'entretien clinique est annulée, voire renversée, puisque le demandeur, en invitant le psychologue chez lui, retrouve une certaine maîtrise de la situation alors que l'aidant s'installe dans un rôle d'invité pouvant devenir inconfortable. Cela affecte-t-il son travail, et si oui, en quoi ?

Il n'y a pas que les visites à domicile qui portent atteinte à l'orthodoxie du cadre ; celui-ci ayant été conçu initialement pour une pratique libérale, le travail institutionnel est aussi source de questionnements et de remises en question à propos du rôle du psychologue au sein d'une équipe soignante. Dans son ouvrage, sous-titré *« Les infortunes de la psychologie à l'hôpital »,* Michaud [14] se demande *« À quoi ça sert un psy »*. Sa réponse, teintée à la fois d'amertume et de dérision, tient en quelques mots : à pas grand-chose, et le pousse à quitter ce lieu où il *« n'avai(t) absolument plus rien à faire ».* Pour radicale qu'elle soit, cette décision illustre bien la difficulté du psychologue à se positionner dans un univers où le corps est premier. En effet, pour reprendre les mots de Marty [15, p. 9], *« l'espace psychique n'a guère de place dans l'univers hospitalier surdéterminé par la maladie somatique et la réalité du corps. »* S'arrêter cependant à un clivage strict psyché/soma, c'est se condamner, comme Michaud, à renoncer à l'exercice de notre profession de psychologue au chevet des malades.

Pour se défaire de cette difficulté, il semble donc indispensable de repenser le cadre traditionnel, en y apportant des aménagements réfléchis qui redonnent du sens à l'intervention.

c) Un accompagnement psychologique particulier dans un cadre bousculé

Évacuons d'ores et déjà le sujet des **honoraires** : comme en institution, ils ne sont pas un élément du cadre. Étudier l'influence de l'absence de ce paramètre sortirait des limites de ce travail, mais on peut avancer cependant que cette question relève entre autres de la problématique de don et de contre-don étudiée par l'anthropologue Marcel Mauss dans son *« Essai sur le don »* (1903), et qui traverse la pratique institutionnelle. Puisqu'à l'obligation de don répond l'obligation de contre-don, comment les malades peuvent-ils s'acquitter de cette dette imaginaire ? On peut supposer que l'offre d'un café, d'une collation seront une façon de rendre ce qui leur a été donné, au risque pour le psychologue de se retrouver pris entre deux feux : accepter et perdre un peu de son positionnement professionnel, ou refuser et mettre en péril la relation avec le patient ou son entourage. À ce dilemme, chacun répondra en fonction de sa sensibilité, sa formation, mais aussi (et c'est peut-être le plus raisonnable) en fonction de la situation.

Pour ce qui est de la **demande**, l'attendre passivement afin de ne répondre qu'au désir du patient serait voué le plus souvent à l'échec [16, p. 11] ; en effet, hors du cadre d'une pratique libérale, elle émane assez rarement du malade ou de son entourage, qui ont d'autres préoccupations immédiates que de se « confier » à un intervenant dont les attributions sont soit mal (re)connues,

soit liées fantasmatiquement à la maladie mentale. De plus, une certaine pression de l'environnement familial ou social pousse parfois les malades à ne rien laisser paraître de leur souffrance, de crainte de la décupler – ce qui ne fait que l'amplifier [17, p. 66].

La demande est plus souvent formulée par l'équipe soignante : « Tu devrais aller voir M. Untel ». Cependant, *« l'orientation du patient par le soignant est subjective. Elle est parfois éloignée de la situation vécue par le patient. »* [17, p. 64]. S'il arrive que le patient exprime une plainte que le soignant a entendue (ou cru entendre) et qu'il a relayée, il arrive également que ce soit le soignant lui-même qui se trouve en difficulté face au patient [18, p. 130]. En effet, le travail auprès de patients en fin de vie *« génère souvent une souffrance importante […] qui peut, de façon insidieuse, être à l'origine de la demande adressée au psychologue »* [10, p. 336]. De même, pris par un sentiment d'impuissance, démunis face, par exemple, à des pleurs vues comme l'expression d'une souffrance débordante, les soignants peuvent perdre confiance dans leurs compétences relationnelles et être tentés de faire appel au psychologue, *« comme si cette dimension de souffrance psychique le concernait, lui seul ».* Or, le patient peut vivre cette attitude comme un abandon ou un rejet de la part de l'équipe, comme une rupture dans la continuité des soins ; en outre, *« identifié à l'unique recours, […] "trop prescrit", "trop fléché", [le psychologue] est perçu comme une obligation de soin supplémentaire ».* Bien plus, il peut *« faire peur »* [17, p. 61]. A sa manière désabusée, Michaud [14, pp. 14-15] s'adresse au patient en fin de vie pour lui retracer son parcours : *« … il n'y a rien de bien extraordinaire à se retrouver dans une chambre d'hôpital. Tu y es certainement déjà venu. […] Mais un beau jour, ce sera différent des autres jours. […] après avoir épuisé les ressources de leur savant et pléthorique arsenal thérapeutique, ils comprendront que ta machine est foutue, irrémédiablement foutue. Alors, ils t'enverront leur dernière arme, leur dernier outil dont ils se sont dotés : le psy ! […] Alors là, tu comprendras. Ou tu ne voudras pas comprendre. C'est selon. »* Comparant le psychologue à un *« curé profane »*, Michaud pointe là ce qu'une psychologisation excessive de la fin de vie, dénoncée par de nombreux auteurs (par exemple [19], [20], [21]), peut avoir de paradoxalement traumatisant pour le malade. « Si on m'envoie le psy, c'est que c'est fichu », doit-il penser…

Il est donc indispensable d'être vigilant face aux effets iatrogènes éventuels d'une réponse trop empressée ou systématique, et il revient au psychologue d'évaluer le besoin, en en discutant éventuellement avec ses collègues , car *« il est fondamental que cette demande soit analysée et discutée en équipe : qui demande de l'aide et pour qui, pour quel bénéfice escompté ? Qui souffre ? »* [11, p. 4]. Cela suppose « *d'entendre les demandes des soignants sans être prisonnier pour autant de ce qu'elles contiennent ».* [17, p. 61]

Lorsqu'il s'agit du domicile, la demande semble encore moins initiée par le patient et son entourage, qui se sentent déjà bien assez envahis par soignants. C'est dire si les précautions doivent être redoublées. Autant le séjour à l'hôpital permet des rencontres « fortuites » [17, p. 64] et l'offre d'une « *présence qui invite sans obliger »* [22, p. 121], autant le domicile met une barrière supplémentaire entre le psychologue et le patient. Dans l'idéal, la situation a été préparée par l'équipe soignante. Dans les faits, et selon mon expérience, les propositions d'entretien, pourtant attendues selon les soignants, se voient souvent opposer une fin de non-recevoir. La prise de contact ne peut se faire que par téléphone, avec tous les risques d'incompréhension et de malentendus que comporte ce moyen de communication, mais aussi de « barrage » effectué par un entourage soucieux de préserver le malade – à propos duquel on s'entend souvent répondre qu'il est trop fatigué, ou qu'il n'a pas besoin de parler à un psy… sans même qu'il soit consulté. Comment alors faire entendre au patient et/ou à son entourage que le psychologue reste à disposition ? Il faut insister, rappeler, mais la difficulté sera alors de réduire la dissonance

cognitive entre les injonctions de la formation et la nécessité de ne pas passer à côté d'une souffrance non formulée ; comme l'exprime Leboul [13, p. 308], *« dans tous les cas, le psychologue ressent l'inconfort d'avoir à se présenter sans demande explicite du malade. Il devient acteur et agissant dans la relation et, pour lui, être amené à se positionner dans une attitude agissante est un arrachement à l'égard de [sa] formation car il a le sentiment de transgresser les règles, particulièrement celle de la neutralité ».*

De ce fait, **l'abstinence** classiquement définie est mise à mal par la dimension « agissante » de la visite à domicile, ce qui ne peut être dissocié de l'absence d'un **espace neutre**. D'ailleurs, « agissant » peut être compris dans deux sens : le psychologue agit, comme nous venons de le voir, mais il est aussi agi de façon parfois intense et perturbante par la relation avec le patient et son entourage, dans ce contexte particulier du domicile. Grâce aux travaux sur le transfert[6] et le contre-transfert[7], étudiés tout d'abord dans le cadre de la cure psychanalytique, puis étendus à tout accompagnement psychologique et psychothérapeutique, on sait que le psychologue n'est pas un réceptacle vide ou un simple miroir ; ce que dit le patient l'affecte et peut l'influencer, détermine en tout cas une bonne partie de son activité psychique lors de l'entretien.

C'est d'ailleurs en cela que réside une partie de son *«efficacité »*, selon Poussin : *« C'est précisément parce que le psychologue n'est jamais clos sur lui-même qu'il peut rester à l'écoute de l'autre. […] il n'existe pas de méthode de compréhension de l'autre qui ne passe par le filtre de sa propre subjectivité »*. L'auteur affirme cependant que là aussi se niche la fragilité du praticien, *« parce qu'il accepte le risque de la relation à l'autre et ce qu'elle implique comme danger : danger d'être atteint par la problématique de l'autre […], danger d'être pénétré par les contenus de pensée agressifs, danger d'être happé par une demande d'amour insatisfaite, etc. »* [7, p. 4]. L'accompagnement en soins palliatifs représente peut-être le paradigme de cette difficulté, du fait de la rencontre avec une *« souffrance multiforme […au] caractère paroxystique »,* expérimentée par un patient qui *« vit un processus large d'altération de soi qui se devra d'être rencontré et accompagné »* [23, p. 28]. Rencontrer cette souffrance à domicile peut accroître cette fragilité ; en effet, la maîtrise de l'environnement n'est plus du ressort du psychologue, ne serait-ce que matériellement, puisqu'il est *« invité à s'installer à tel endroit, parfois peu confortable »* [11, p. 4].

D'après Djaoui, se trouvant en *« territoire "étranger", non maîtrisé, inconnu […], en position de vulnérabilité, le professionnel se sent "nu", exposé ; il n'est plus protégé par son service qui, grâce au rituel institutionnel […] lui permet de maîtriser la relation à l'usager »* [1, p. 250]. De plus, la visite à domicile expose le psychologue à une multitude de sollicitations sensorielles et affectives : Hok affirme que la *« réalité matérielle vient parfois bousculer notre cadre par son omniprésence. En allant à domicile nous sommes complètement immergées dans un environnement parfois chaotique, insalubre voire intolérable, débordées par nos émotions et parasitées dans notre disponibilité psychique »* [22, p. 129]. À la différence d'une pratique clinique habituelle, où *« le psychologue ne sait du patient que ce qu'il veut bien en dire »* [11, p. 5], les objets, les photos, les odeurs, les bruits, les relations interpersonnelles, les gestes, les affects s'imposent à lui et lui apportent des informations plurielles, en dehors de sa volonté et de toute verbalisation ; *« ce fait ne doit pas être ignoré […] mais analysé. Est-ce une aide ou une gêne pour nous ? Quelle(s)*

---

[6] *Processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux.* Laplanche J. & Pontalis J.-B., Vocabulaire de la psychanalyse 2e. Paris : PUF, 1998

[7] *Ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci.* Id

incidence(s) sur notre neutralité nécessaire dans ce temps d'écoute et de soutien à l'autre ? » Faute d'être capable de prendre ce recul, nous risquons d'avoir plus de difficulté à gérer des *« mouvements contre-transférentiels particulièrement importants »* [10, p. 337], que ces mouvements soient négatifs – auquel cas *« l'empathie peut s'avérer plus délicate à éprouver »* – ou positifs – c'est alors *« l'impératif d'abstinence qui peut très vite se trouver menacé et parfois même obsolète, ne serait-ce que lorsqu'un malade alité demande qu'on l'aide à se redresser ou qu'on lui approche son verre d'eau »* [10, p. 338].

Enfin, dernier écueil, ce lieu de vie qu'est le domicile ne peut être *« protégé de toute intrusion »* à l'égard d'un entourage qui *« tente parfois de s'interposer entre le malade et le psychologue […] ou […] qui le raccompagne jusqu'à la porte et, à cette occasion, lui demande un avis ou lui confie des éléments majeurs de son vécu »* [10, p. 337]. Parfois encore, les visites *« peuvent débuter classiquement en face-à-face et finir à plusieurs, parce que le conjoint rentre du travail, parce qu'une amie s'invite, parce que la famille élargie vit dans cette pièce où [le malade] décide de nous recevoir »* [22, p. 130].

On voit bien là que la fonction contenante du cadre spatial est mise à l'épreuve. Le psychologue, risquant d'être *« "englué" dans l'observation »,* placé malgré lui dans une *« position de voyeur […] source de grand trouble »* [1, p. 251] peut se sentir fragilisé dans son rôle et sa fonction, *« insécurisé »* voire *« disqualifié »* [22, p. 130] et adopter en réaction des attitudes inopérantes (retrait exagéré *vs* implication excessive). Plus que toute autre, l'intervention à domicile requiert du psychologue l'exercice d'une conscience réflexive lui permettant de « décoller » de la situation, de *« médiatiser le rapport entre celui qui voit et la chose vue »* [1, p. 250].

La clarification des **objectifs** peut être un moyen de retrouver une base plus solide aux interventions, mais ce n'est pas non plus une démarche aisée. En effet, contrairement aux autres intervenants qui se fixent des objectifs de soins précis, décidés en amont en fonction d'un traitement déterminé – que celui-ci soit curatif ou palliatif –, les psychologues n'ont pas ce type d'objectifs de soins. Michaud affirme : *« je sers le Rien. Et c'est pour cette raison que je suis essentiel »* [14, p. 54]. Dans un univers surdéterminé par le somatique, où toutes les attentions se concentrent sur le biologique et où *« les impératifs de traitement laissent généralement peu de place à la rencontre avec le sujet »*, il importe de donner une place au *« corps imaginaire du patient malade […], corps fantasmatique, intime et subjectif, corps de désir et si possible de jouissance tant que la vie l'anime »* [18, p. 127]. Grâce à une clinique souvent qualifiée de « à mains nues », armé du seul outil dont il dispose, la parole, le psychologue peut suspendre l'agir afin de laisser émerger, et d'accompagner une *« parole subjective singulière »*, une mise en mots des émotions et des conflits qui permet au malade *« une redécouverte de sa souffrance, qui la transforme »* [13, p. 308]. Il offre au patient un espace différent, et selon Poussin, sa *« force […] réside dans son absence de pouvoir. […] Le patient du psychologue sait […] qu'il est écouté sans avoir à espérer un bénéfice concret de cet entretien. […] C'est précisément parce qu'il est sans pouvoir réel que le psychologue peut redonner le pouvoir au sujet : pouvoir de penser par lui-même, pouvoir de trouver des solutions qui correspondent à son problème et à ses capacités »* [7, p. 11]. C'est pourquoi, comme l'affirment Cludy et Ellien [11, p. 4] : *« nous ne conduisons pas l'autre vers un but que nous pensons être le mieux pour lui » ;* bien au contraire, nous devons nous laisser guider par le patient, accueillir *« un discours changeant, qui témoigne des fluctuations psychiques liées à l'effraction que représente la maladie grave. »* À rebours des idées toutes faites qui ont parfois cours à propos de l'accompagnement en soins palliatifs (parfois même chez ceux qui travaillent dans ce milieu…), ces auteures déclarent d'ailleurs : *« il n'est pas question pour l'autre de tout dire ou de parler de la mort. […] Il ne nous incombe pas d'annoncer*

une mort ou de préparer le patient à sa mort, ni les proches au décès d'un parent. Nous ne savons jamais ce qui va se passer dans un entretien. »

Les auteurs soulignent fréquemment l'effet de sidération que provoque l'envahissement de la psyché par le traumatisme de la confrontation à la mort prochaine, qui *« risque de réduire les possibilités de mentalisation »* [13, p. 309]. Face à cet *« engloutissement des processus psychiques dans la réalité corporelle »* [id], le rôle du soutien psychologique sera de relancer le fonctionnement psychique [17, p. 64]. Il ne s'agit pas ici de viser à des remaniements profonds, comme dans une psychothérapie. En effet, dans ces situations extrêmes, *« "mettre en mots" ne signifie pas interpréter les mots »*, et le psychologue doit se garder d'un *« déferlement intempestif d'interprétation [qui] peut aussi parfois se concevoir comme un moyen utilisé par le thérapeute pour gérer sa propre frustration […] »* [id p. 65]. Et comme l'écrit Aubert-Godard, « *l'interprétation opportune est rare en soins palliatifs, et vite persécutrice, puisque les fragilités du moi de chacun s'y trouvent exacerbées. »* [24, p. 207] Et ce d'autant plus que le psychologue se déplaçant à domicile laissera le patient seul chez lui après l'entretien, sans le soutien d'une équipe pouvant prendre le relais.

Loin donc de mettre en péril l'équilibre défensif que le patient a mis en place face à la maladie, le psychologue aura un rôle contenant. L'irruption de la maladie provoque une *« rupture du continuum d'existence » ;* la *« construction d'un espace d'élaboration »* permet éventuellement de *« supporter la détresse [de cette crise d'identité] par le lien à autrui. »* [25, p. 329]. Le psychologue propose donc un étayage narcissique pour que le patient retrouve, à travers et malgré les bouleversements de la maladie, un sentiment de continuité et d'identité de soi. Il représente *« une sorte de "Moi-auxiliaire" capable d'accueillir et de reprendre les sensations violentes du malade (mais aussi de sa famille) pour leur en restituer, autant que faire se peut, une représentation organisée, apaisée »* [26, p. 8]. L'approche de la mort plonge le patient dans une *« expérience paradoxale qui consiste […] à continuer à vivre et à investir […] tout en sachant qu'il va mourir »* ; elle peut de ce fait réactiver de façon radicale le processus de séparation que tout être humain expérimente dès la naissance, dans lequel la position dépressive est centrale [id, p. 6]. La présence du psychologue en HAD peut permettre que les pertes et deuils qui se multiplient *« ne se vivent pas dans l'isolement du domicile, loin des rythmes frénétiques des services d'hospitalisation classiques »* [27, p. 27].

Le déroulement **temporel** des entretiens à domicile est quant à lui très changeant et instable, dépendant de différents paramètres : les diverses consultations, les traitements plus ou moins agressifs, les interventions des autres professionnels, mais surtout l'état du patient ; bien souvent, la fatigue écourte les entretiens, quand elle ne les rend pas impossibles [11, p. 4]. De plus, le fonctionnement même de l'HAD rend la gestion de cette temporalité encore plus compliquée, du fait que le suivi s'arrête lorsque la prise en charge se termine ; d'où parfois des ruptures brutales, lorsque le patient est réhospitalisé, le psychologue n'ayant pas le droit, du fait de la tarification à l'acte, de poursuivre les entretiens en dehors du cadre de l'HAD. D'où aussi des incompréhensions de la part des proches d'un malade décédé, qui ne peuvent continuer un suivi éventuellement entrepris [10, p. 339]. D'où enfin une grande frustration pour le praticien, qui n'a aucune information sur le déroulement ultérieur des événements, ne sait pas si son intervention a eu un effet bénéfique ; il a le sentiment de ne pas pouvoir clore son travail.

Il est donc clair que le cadre tel qu'il est préconisé en pratique clinique habituelle ne peut être tenu. À moins d'être paralysé par cette absence, le psychologue doit s'autoriser, selon l'expression de Verdon et Mure, des *« transgressions intelligentes »,* qui *« le sont assurément*

lorsque le clinicien demeure attentif à ce qui se joue là. S'il importe de ne pas se laisser abuser lors de situation où le patient manipule ostensiblement le psychologue (…) et ce, afin de ne surtout pas donner place à l'entretien en tant que tel, il est une proximité au patient qu'il importe de pouvoir développer » [28, p. 149]. Ceci est d'autant plus vrai auprès des personnes âgées, avec qui la relation transférentielle se nourrit d'indentifications fortes aux enfant et/ou petits-enfants. Poussin préconise dans ce cas de *« renoncer à la distance habituelle, à la mise en réserve de soi […]. Car la personne âgée ne supporte pas une relation trop distancée. Elle ne cessera de réclamer des informations sur la réalité de son thérapeute […]. Par l'abolition de cette distance, le sujet âgé tente de se recréer un certain cercle relationnel, sans doute illusoire, mais dont l'espérance manifeste encore un intérêt objectal. »* [7, p. 122]. Le tout pour le psychologue étant d'en être conscient et de l'intégrer dans l'analyse de son contre-transfert.

5) Synthèse et conclusion

Le choix de ma problématique a été guidé par l'impression de malaise que j'éprouvais en me rendant chez les patients. Se déplacer à domicile, dans le lieu de l'intime, pose certainement des problèmes à tout intervenant. Mais j'avais le sentiment qu'en tant que le psychologue, du fait de la spécificité de ma pratique, mais aussi de ma formation, j'avais plus de difficultés à me positionner.

Ce travail a été pour moi l'occasion de me (re)plonger dans des écrits théoriques ou pratiques, où il est rappelé au psychologue la nécessité d'allier à la mobilité géographique imposée par l'HAD une plasticité psychique. Souplesse, ajustement, adaptation, créativité, « bricolage », sont les termes revenant le plus fréquemment sous la plume des différents auteurs.

Finalement, c'est un retour salutaire aux fondamentaux de la pratique : le « fameux » cadre dont on nous enseigne l'importance primordiale dans nos études ne doit pas être un simple « ornement esthétique », selon les mots de Poussin, ni correspondre à un respect absolu de règles rigides qui risqueraient de figer notre pensée, et éventuellement nous faire renoncer à l'entretien. Le cadre externe n'est rien s'il ne correspond pas à une disposition interne, qui serait son indispensable versant psychique. C'est bien ce positionnement interne, stable et consciemment instauré, qui permet d'équilibrer les aménagements extérieurs obligés. À la discontinuité des lieux et des temps, aux sollicitations émotionnelles et sensorielles provoquées par le domicile du patient, doit répondre la continuité psychique et la distance réflexive du psychologue. Ceci permet alors d'offrir au patient un espace structurant, dans lequel il se sentira contenu et où ses émotions seront validées. Un espace de liberté où est accueillie la subjectivité de l'autre.

Car après tout, c'est bien cette reconnaissance de l'Autre qui fait toute la spécificité de notre pratique, mais qui suppose en même temps de faire abstraction de nos connaissances et de ne pas nous fixer des règles de conduite une fois pour toutes. La rencontre de la subjectivité de l'autre ne peut se faire sans adaptation, ce que la routine professionnelle m'avait peut-être fait oublier.

Au cours de mes études et de ma carrière, chaque lieu d'exercice m'a permis de me questionner sur ce qu'est mon métier, sur ses spécificités et ses points d'achoppement, sur ce que recouvre l'accompagnement d'un Autre si différent. La réflexion initiée lors de ce travail m'a permis à la fois de conforter et d'affiner mon positionnement professionnel. Ayant jusque-là toujours travaillé en institution, qui offre un cadre commode, avec ses règlements, ses projets sur le patient/résident (« de vie », « de soin », « d'accompagnement »), je me suis trouvée confrontée, au domicile des patients, à un sentiment de perte de repères et d'insécurité interne. Ce sentiment de démaîtrise va à l'encontre de « l'impérissable désir d'aide » (Jacobi) qui nous anime, et pourtant il est le garant que nous ne céderons pas à la tentation de la toute-puissance. Après tout, et pour laisser le mot de la fin à une patiente de 84 ans citée par Verdon et Mure, *« un psychologue, c'est quelqu'un qui cafouille dans tout un tas de trucs dont il n'est pas sûr mais dont il voudrait être sûr ».*

6) Bibliographie

[1] E. Djaoui, Intervenir au domicile, 3e éd éd., Rennes: Presses de l'EHESP, 2014.

[2] D. Terral, Prendre en charge à domicile l'enfant handicapé, Paris: Dunod, 2002.

[3] Observatoire National de la Fin de Vie, «Vivre la fin de sa vie chez soi,» 2013.

[4] J.-M. Gomas, Soigner à domicile des malades en fin de vie, 2e éd éd., Paris: Les Editions du Cerf, 1993.

[5] G. Hirsch et M.-C. Daydé, Soins palliatifs à domicile. Repères pour la pratique, Brignais: Le Coudrier, 2014.

[6] H. Bénony et K. Chahraoui, «Ce qui est mobilisé dans l'entretien clinique,» chez *L'entretien clinique*, Paris, Dunod, 1999, pp. 74-84.

[7] G. Poussin, La pratique de l'entretien clinique, Paris: Dunod, 2003.

[8] B. Jacobi, Cent mots pour l'entretien clinique, 2e éd éd., Ramonville Saint-Agne, 2002.

[9] C. Chiland, «Qu'est-ce qu'un entretien clinique ?,» chez *L'entretien clinique*, 3e éd éd., Paris, PUF, 2008, pp. 9-27.

[10] E. Garand, «L'exercice du psychologue en hospitalisation à domicile : quel cadre thérapeutique ?,» *Médecine Palliative,* vol. 6, pp. 335-342, 2007.

[11] L. Cludy et F. Ellien, «Accompagnement et soutien psychologiques à domicile : expérience et réflexions,» *Oncologie,* vol. 8, pp. 1-6, 2006.

[12] B. Emmerich, «Quelle place pour l'argent en analyse ?,» février 2013. [En ligne]. Available: http://le-cercle-psy.scienceshumaines.com/quelle-place-pour-l-rsquoargent-en-analyse_sh_30189. [Accès le 13 avril 2015].

[13] D. Leboul, «Etre psychologue en soins palliatifs : maintenir une pensée cohérente malgré la poyvalence des fonctions,» *Médecine Palliative,* vol. 3, pp. 307-310, 2004.

[14] A. Michaud, A quoi ça sert un psy ?, Paris: Les empêcheurs de penser en rond/le Seuil, 2007.

[15] F. Marty, «Introduction,» chez *Le psychologue à l'hôpital*, In Press, 2007, pp. 9-16.

[16] R. Adam, «En unité de psychiatrie de liaison d'un hôpital général : l'urgence subjective,» chez *Le psychologue en service de médecine*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2008, pp. 7-26.

[17] F. Barruel, «Réflexions sur l'accessibilité du psychologue en cancérologie,» *Revue Francophone de Psycho-Oncologie,* vol. 1, pp. 60-67, 2005.

[18] J. Perotin, «Psychologue clinicienne en médecine interne,» chez *Le psychologue à l'hôpital*, In Press, 2007, pp. 125-136.

[19] M. Derzelle, «Palliativement correct,» *Annales Médico Psychologiques,* vol. 162, pp. 290-296, 2004.

[20] S. Amar, L'accompagnement en soins palliatifs. Approche psychanalytique, Paris: Dunod, 2012.

[21] R. W. Higgins, «Le statut « psychologique » du mourant,» *Le Carnet Psy,* vol. 5, n° %1154, pp. 37-42, 2011.

[22] V. Hok, «Des psychologues à domicile : pratiques, modèles et enjeux d'une intervention préventive,» *Pratiques psychologiques,* vol. 17, pp. 119-135, 2011.

[23] D. Jacquemin, «La souffrance des soignants en soins palliatifs,» *Frontières,* vol. 17, n° %12, pp. 28-33, 2005.

[24] A. Aubert-Godard, «Le psychologue et la fin de vie à l'hôpital,» chez *Le psychologue à l'hôpital*, In Press, 2007, pp. 199-215.

[25] A. Van Lander, W. Rhondali, M. Filbet, R. Hermet et J. Gaucher, «Quelles résonances entre patients et soignants, entre détresse et défense ? Dialogue entre une psychologue et un médecin,» *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique,* vol. 11, pp. 325-330, 2012.

[26] H. Brocq, «Le psychologue et la relation d'aide en clinique palliative : un complément indispensable à la prise en charge médico-chirurgicale,» *Médecine Palliative,* vol. 4, pp. 4-9, Février 2005.

[27] S. Riou, «Prise en charge au domicile d'une patiente atteinte d'une tumeur cérébrale,» *Médecine Palliative,* vol. 4, pp. 25-28, Février 2005.

[28] B. Verdon et C. Mure, «Psychologue à l'hôpital gériatrique,» chez *Le psychologue à l'hôpital*, In Press, 2007, pp. 137-160.