

Psychologue à l'hôpital

Un métier aux multiples facettes

sous la direction de Karl-Leo SCHWERING
et Alexandra LAURENT

➤ Quel est le rôle
des psychologues à l'hôpital ?
Quelles sont les spécificités
de leurs métiers ?

Remerciements

Nous tenons à remercier le Laboratoire UTRPP (Unité transversale de recherche, UR4403) de l'Université Sorbonne Paris Nord, l'ILPEM (Institut interdisciplinaire la personne en médecine) de l'Université Paris Cité, ainsi que le Laboratoire Psy-DREPI (Dynamiques relationnelles et processus identitaires, EA7458) de l'Université de Bourgogne. C'est grâce à leur aide que ce livre a pu être édité.



Institut la Personne
en médecine



Unité Transversale de Recherche Psychogénèse et Psychopathologie



Sommaire

Remerciements.....	4
Les auteurs et les autrices	7
Introduction.....	11

CHAPITRE 1

Le psychologue, équilibriste périmédical	19
<i>Karl-Leo Schwering</i>	

CHAPITRE 2

De l'attention aux petites choses à l'écoute du trauma : créer les possibilités d'une rencontre.....	39
<i>Agnès Bressolette</i>	

CHAPITRE 3

Être psychologue en soins palliatifs en temps de pandémie : maintenir l'humanité – Ce vendredi-là... ..	53
<i>Sigolène Gautier et Delphine Peyrat-Apicella</i>	

CHAPITRE 4

Le psychologue clinicien en réanimation : un travail de re-subjectivation du patient.....	65
<i>Alexandra Laurent et Anne-Laure Poujol</i>	

CHAPITRE 5

Le temps d'une visite d'un enfant à son parent hospitalisé en hématologie.....	75
<i>Evelyne Géraud-Compain et Marcela Gargiulo</i>	

CHAPITRE 6

La création d'un quotidien dans l'extraordinaire
d'un service de réanimation97

Louise Rechtman

CHAPITRE 7

L'urgence : souffrances partagées en soins palliatifs
pédiatriques109

Flora Monraisin-Roizot et Christelle Viodé

CHAPITRE 8

La traversée de la crise sanitaire en milieu hospitalier :
des projets culturels pour cultiver nos ressources
et résister?127

Audrey Juteau

CHAPITRE 9

L'interdisciplinarité au cœur des situations complexes :
la place du psychologue d'Équipe mobile de soins
palliatifs à l'hôpital149

Florence Mathieu-Nicot et Mathilde Giffard

CHAPITRE 10

Les dispositifs groupaux en contexte de recherche-action :
générateurs ou révélateurs de vie psychique à l'hôpital? ..167

Héloïse Haliday

CHAPITRE 11

L'expérience des psychanalystes confrontés
à la pandémie dans les hôpitaux brésiliens187

Maria Lívia Tourinho Moretto

Les auteurs et les autrices

Agnès Bressolette est psychologue clinicienne et psychanalyste. Elle travaille dans un service de soins palliatifs à Bruxelles, elle a publié *Nés vulnérables. Petites leçons de fin de vie* (PUF, 2013).

Marcela Gargiulo est professeure de psychologie au laboratoire PCPP, Université Paris Cité, psychologue clinicienne et psychothérapeute dans le service de neuromyologie et de génétique de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Elle a entre autres co-dirigé les ouvrages *Maladies rares. L'apport des recherches en sciences humaines et sociales* (Érès, 2024) et *Les dispositifs psychothérapeutiques : maladies graves et handicap, une nécessaire créativité* (Érès, 2021).

Sigolène Gautier est psychologue clinicienne. Elle exerce au sein de l'Unité de soins palliatifs du Centre des massues de la Croix Rouge Française à Lyon.

Evelyne Géraud-Compain est psychologue clinicienne et psychanalyste. Elle a exercé à l'hôpital Necker-Enfants Malades à Paris.

Mathilde Giffard est médecin dans l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU de Besançon, centre d'investigation clinique – CIC 1431-INSERM. Elle est membre du laboratoire LINC, UMR 1322 INSERM, UFC, Besançon.

Héloïse Haliday est maîtresse de conférences à l'Université de Bourgogne, laboratoire Psy-DREPI, EA 7458.

Audrey Juteau est psychologue clinicienne, doctorante au laboratoire CRPPC de l'Université Lumière Lyon 2 sous la direction du Pr Nathalie Dumet.

Alexandra Laurent est psychologue clinicienne en réanimation chirurgicale au CHU de Dijon. Elle est professeure de psychologie clinique et psychopathologie à l'Université de Bourgogne (Psy-DREPI). Elle dirige le diplôme inter-universitaire « Psychotraumatismes et dispositifs d'accompagnement » et a co-dirigé l'ouvrage *Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation* (Dunod, 2015).

Florence Mathieu-Nicot est psychologue clinicienne dans l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU de Besançon. Elle est maîtresse de conférences à l'Université de Bourgogne Franche-Comté, laboratoire de psychologie, UR3188.

Flora Monraisin-Roizot est psychologue clinicienne, docteure en psychologie clinique et en psychopathologie de l'Université Paris 8. Elle exerce dans l'équipe ressource régionale et soins palliatifs pédiatriques (association Virgule) au CHU de Dijon.

Delphine Peyrat-Apicella est psychologue clinicienne, maîtresse de conférences en psychologie à l'Université Sorbonne Paris Nord, laboratoire UTRPP (UR 4403).

Anne-Laure Pujol est psychologue clinicienne, maîtresse de conférences en psychologie, École catholique PsychoPrat, réanimation chirurgicale, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris.

Louise Rechtman est psychologue clinicienne, Unité parents-bébé (GHU Paris, psychiatrie et neurosciences). Anciennement en réanimation pédiatrique et néonatale (Hôpital Bicêtre, AP-HP).

Karl-Leo Schwering est professeur de psychologie clinique, psychopathologie et psychanalyse à l'Université Sorbonne Paris Nord, membre du laboratoire UTRPP (EA 4403), psychanalyste et psychothérapeute, membre du bureau de l'Institut la personne en médecine (ILPEM) à l'Université Sorbonne Paris Cité. Il a publié aux PUF *Corps d'outrance; souffrance de la maladie grave à l'hôpital* (2015), avec Tigran Tovmassian aux Éditions In Press *Le traumatisme, engagement et créativité du thérapeute* (2019) et avec François Villa aux Éditions Doin *Vie psychique à l'hôpital. Modèles de recherche et pratiques cliniques* (2024).

Maria Livia Tourinho Moretto est psychologue clinicienne, psychanalyste, professeure à l'Université de São Paulo au Brésil (USP).

Christelle Viodé est psychologue clinicienne, psychanalyste, maîtresse de conférences HDR à l'Université de Bourgogne, laboratoire Psy-DREPI, EA 7458.

Introduction

Quelle est donc la fonction des psychologues qui travaillent à l'hôpital ? Ou pour le dire plus simplement, utilisons cette formule si souvent entendue dans la bouche de tous ceux qui ont osé poser « la » question fatidique (patients, soignants, etc.) : « Au fond que faites-vous, et à quoi servez-vous ? » C'est bien la question. Question d'emblée problématique car au mieux elle pointe, chez son locuteur, un questionnement sincère, teinté d'intérêt ; au pire elle exprime un soupçon, sinon une amorce de constat. Quel constat ? Eh bien que les psychologues à l'hôpital ne font rien (de concret, de précis, etc.) et qu'à ce titre, ils pourraient bien ne servir à rien (de concret, de précis, etc.). Dans un univers où *le faire* sous toutes ses formes est la norme attendue par les patients, et pratiquée par tous les professionnels dotés d'un vrai métier (traiter, opérer, injecter, panser, transfuser, scanner, et la liste est encore longue), ne faire rien de précis, du moins à première vue – car le voir est omniprésent en médecine –, voilà qui place déjà les psychologues dans une position particulière. Mais lorsqu'en plus ils se définissent par *un faire* qui n'est pas un acte, et encore moins un *acte spécialisé ou spécialisé*, codé et facturé, alors ce « faire » dérouté nos collègues des services de médecine somatique. Lorsque de surcroît ce « faire » est un agir que tout le monde pratique : *écouter* surtout, *parler* un peu (rarement beaucoup), alors semble se confirmer que

ce métier-là en est un dans les lieux spécialisés où on s'attend à trouver un psychologue (d'autres hôpitaux, psychiatriques par exemple) mais pas à l'hôpital général, dans les services de médecine somatique.

Mais certains diront que nous n'en sommes plus là ! Les psychologues ont depuis des décennies fait leur entrée à l'hôpital, ils y sont nombreux, et au plus on monte en spécialisation (services dédiés à telle maladie, à tel traitement médical, et dès lors spécialisation du psychologue qui s'intitule par exemple « onco-psychologue »), au plus le service a « sa psychologue », voire « ses psychologues ». S'il en est ainsi, c'est que leur écoute et leur parole sont reconnues, et qu'ils servent évidemment à quelque chose ! Eh bien n'allons pas trop vite. D'ailleurs, revenons au constat fait à l'instant, et prenons le temps de lui donner les prolongements qu'il mérite.

Commençons par l'essentiel : ce constat est tout à fait juste. En effet, à strictement parler, un psychologue ne sert à rien. Au point que se dessine là une posture éthique fondamentale. Car là où un acte médical (ou paramédical) sert toujours à *quelque chose*, et en particulier à un corps et à ses organes, l'acte psychique sert éventuellement à *quelqu'un*. Cette différence est fondamentale. C'est toute la différence entre le singulier et le général, le subjectif et l'objectif, et cette liste pourrait être rallongée. Disons-le plus simplement encore : servir à quelque chose suppose un intérêt, un objectif, une visée, une norme qui dépasse le singulier, autrement dit qui ne s'applique au sujet que dans la mesure où il fait partie d'un ensemble de sujets. D'où un ensemble de mesures, de traitements, de consignes, de protocoles, etc., qui ont pour objet de s'appliquer de préférence à tout le monde, ou presque. Car à strictement parler, le singulier et le subjectif ne sont pas indispensables à l'acte médical. Une appendicite, un examen échographique, etc., peuvent être pratiqués avec succès sans

connaître les états d'âme de la personne qui en fait l'objet. Tout cela est évident? Moins qu'il n'y paraît. Nous allons donc prendre un raccourci pour préciser l'enjeu de cette question : dès que les psychologues à l'hôpital servent à quelque chose (à questionner, à examiner, à soulager, à calmer, à convaincre, à informer, etc.), ils courent le risque de servir une cause qui n'est pas la leur. Soyons plus précis : *une cause qui n'est pas celle du sujet*, que ce dernier soit d'ailleurs patient ou soignant. Car c'est là une autre différence, une autre particularité essentielle de leur pratique (de leur éthique faudrait-il dire) : les psychologues ne sont pas des paramédicaux. Ils ne servent pas d'abord la cause médicale, non plus que la cause de telle consigne, norme ou directive. Si cause il y a, c'est toujours celle du patient, et par extension la cause de tous les autres humains qu'ils croisent sur leur chemin à l'hôpital : les membres de la famille, les soignants, les médecins, les bénévoles, etc. Autrement dit, la cause toujours singulière de telle personne qui se met à parler, et qui a toujours plus à dire que tel acte à poser ou telle chose à faire.

Car écouter suppose entendre, et si métier il y a, c'est bien celui d'entendre les multiples facettes de ce qui se dit là. Ainsi, la formule classique prononcée par un médecin ou un infirmier « tu devrais aller voir Madame ou Monsieur à la chambre une telle... » exige non pas d'y aller tout de suite (toujours l'action et l'action de voir) mais d'entendre l'inquiétude du sujet. Autrement dit, les émotions qui ne se disent pas encore, mais qu'il y aurait intérêt à aller chercher (« Tiens tu peux m'en dire un peu plus... quelle impression elle/il t'a fait? »). Voilà que se dégage une autre spécificité du rôle des psychologues : la cause est celle de la souffrance du sujet qu'ils écoutent et qu'ils essaient d'entendre, et leur fonction est de permettre à ce sujet d'entendre sa propre souffrance, voire de la découvrir. Car l'hôpital est un lieu où la

raison du corps et des organes est toujours première, au risque d'occulter la raison qui en est à vrai dire indissociable, celle de l'âme du sujet qui souffre. Toute souffrance somatique s'accompagne en effet d'une souffrance psychique, laquelle, dans notre expérience, est toujours sous-estimée, cachée, cryptée, niée, etc. À partir de là, les choses peuvent paraître fort simples : les psychologues à l'hôpital servent à entendre la souffrance psychique des sujets qui y séjournent ou qui y travaillent, et à leur restituer cette souffrance. Car restituer une souffrance, c'est faire le pari que cette appropriation, par le sujet, de sa souffrance, lui permettra de conquérir sa *raison d'être*. On parle d'ailleurs de « raison de vivre » à laquelle il faudrait ajouter – surtout à l'hôpital – la « raison de mourir ». Les deux vont à vrai dire toujours de pair mais, on le sait, on préfère éviter le fait de la mort lequel, à l'hôpital, est pourtant omniprésent. Et voilà défini en quelques mots ce que l'on pourrait entendre par soin psychique à l'hôpital : *soigner la raison de vivre* autant que *soigner la raison de mourir* des personnes.

Si la médecine se donne pour mission de guérir le patient, et par conséquent, de le rendre à la vie, reste à savoir de quelle vie il est question. D'abord et avant tout la vie du corps et de ses organes (et parfois leur survie seulement), car c'est bien *cet objet-là* qui est au cœur de l'agir médical. Mais cette vie du corps n'a de sens et de signification qu'insérée, intriquée, reliée à d'autres vies. Aidons-nous de quelques expressions de la langue française pour esquisser ces vies-là : on parle de la vie privée, de la vie de famille, de la vie sociale, de la vie professionnelle, de la vie psychique, de la vie en rose, d'une mauvaise vie, d'un projet de vie, et bien d'autres encore. Toutes ces vies constituent de quelque manière nos *raisons de vivre* – pour reprendre l'expression utilisée ci-dessus. La question devient alors celle-ci : qu'en est-il de toutes ces vies

à l'hôpital? C'est toute la question. Et on s'en doute, c'est une question essentielle pour les psychologues à l'hôpital. C'est d'ailleurs lorsque patients, familles et soignants ont l'intuition que sa présence a de quelque manière à faire avec toutes ces vies-là – leurs multiples vies, leurs vies plurielles! – que *la raison d'être* du psychologue à l'hôpital commence à s'imposer. De fait, il ou elle a pour fonction de permettre aux sujets de tenir, de maintenir, voire de soigner les liens entre toutes ces vies-là. *Maintenir* toutes ces vies-là? Car à l'hôpital, il faut le dire et le redire, la vie somatique prend beaucoup de place, prend toute la place, au point que les liens avec les autres vies sont au moins en suspens, sinon même en rupture. Et dans ce cas, la vie s'abîme, l'hôpital devient le lieu de cet abîme. Ne dit-on pas « tenir à la vie »? Peut-être faudrait-il plutôt dire « tenir toutes ces vies ensemble ». C'est-à-dire, et pour faire bref, *tenir et maintenir les liens qui unissent la vie somatique et la vie psychique*.

À quoi servons-nous, à l'hôpital, nous psychologues? Ce qui précède nous permet d'ébaucher plus avant une réponse. Nous servons à quelqu'un ou à quelqu'une (et non à quelque chose), c'est-à-dire, *nous nous mettons au service des raisons d'être (et de vivre) de cette personne*. Et pour cela, il faut être à l'écoute, il faut *entendre* les parcelles, les fragments, les moments, les éclats, les bribes, les tranches de vie qui tentent de se montrer et de se dire, dans les manifestations et expressions multiples de cette personne (verbales et non verbales; conscientes et inconscientes). Cette personne qui est atteinte d'un mal, d'une maladie, d'une souffrance qui lui font traverser une crise de son existence. L'hôpital étant le lieu où cette crise vient à se cristalliser.

Et que font ces psychologues à l'hôpital? Car au bout du compte, une fois dessinés les contours de leur raison d'être dans ce lieu, *ils s'engagent* plus qu'ils n'agissent. Car

lorsqu'ils le peuvent, ils écoutent, entendent, pensent, parlent ; mais ils sont aussi affectés, retournés, remués, attristés, contrariés, dépités, touchés, égayés, enchantés, soulagés... et cette liste est encore longue. On le comprend mieux maintenant, ils doivent *se laisser faire* plus qu'ils ne font. Mais alors, ils s'engagent comment ? Eh bien, il leur faut de l'engagement (on aurait envie de dire « un sacré engagement ») pour porter et supporter en eux tous ces affects, toutes ces parcelles de vie et de survie dont il vient d'être question ! À vrai dire, ce n'est pas rien ; mais attention, ce n'est pas tout ! Il leur faut porter et supporter cela *afin d'en faire quelque chose* pour le sujet (et non pas faire quelque chose, nuance !), c'est-à-dire pour le patient, le proche, le soignant qui a déposé tout cela en eux. En faire quelque chose, c'est-à-dire restituer à l'autre ce qu'il n'a pu porter, ce qu'il n'a pu reconnaître, ce qu'il n'a pas (ou pas encore pu) laisser entrer dans sa vie. Car qui laisse volontiers « entrer dans sa vie » le mal, la maladie, la crise ? Qui peut prétendre « faire avec » du jour au lendemain ? Et voilà une boucle qui se boucle : l'éthique du psychologue est *de permettre à l'autre de faire et d'être*. De faire à nouveau (c'est-à-dire reprendre le fil de sa vie), de faire du nouveau (c'est-à-dire reprendre le fil de sa vie mais autrement), autrement dit *d'être à nouveau lui-même*.

Écouter, entendre, porter, supporter, penser. Ensuite, en restituer à l'autre ou aux autres quelque chose afin de le rendre entendable, supportable, transformable pour lui-même ou pour eux-mêmes (car reprendre le fil de sa vie autrement, c'est se transformer jusqu'à un certain point), mais comment cela marche-t-il ? Comment donc peut-on voir concrètement ce travail à l'œuvre ? Eh bien c'est l'objet même de ce livre ! Nous verrons que tous les points qui viennent d'être exposés sont présents à des degrés divers dans les chapitres qui vont

suivre. Cependant, tous ces points ne seront pas visités, explicités, illustrés directement. Car ce n'est pas comme cela que se passe la vie quotidienne à l'hôpital. Il faut plutôt comprendre que les deux questions soulevées à l'instant (à quoi servez-vous, que faites-vous?) et les éléments de réponse que nous venons de leur apporter, figurent plutôt en toile de fond des contributions apportées par les auteurs qui composent ce livre. En effet, à travers une série de situations cliniques impliquant tantôt les patients, leurs proches ou les soignants, tantôt tous ces acteurs à la fois, chacun des auteurs va à sa façon raconter sa manière d'être psychologue à l'hôpital, c'est-à-dire aussi « sa manière de faire quelque chose » avec les situations rencontrées. Bien que la pandémie et en particulier ses conséquences sur les pratiques hospitalières, tant chez les psychologues que chez tous les autres soignants, y prendra une place importante, nous verrons qu'elle n'a pas transformé le cœur des questions que nous venons de déployer dans cette introduction. Il serait plus juste de dire que la pandémie à l'hôpital a eu l'effet d'une loupe grossissante. C'est-à-dire de mettre en évidence, voire d'accentuer la souffrance psychique des personnes, de sorte que, par le fait même, le travail des psychologues en a gagné en lisibilité.

Le psychologue, équilibriste périmédical

Karl-Leo Schwering

1. Introduction

Le psychologue¹ à l'hôpital n'est jamais seul. Il est entouré d'une équipe pluridisciplinaire composée de multiples professionnels : médecins, infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, diététiciennes, et quelques autres. Toutes ces personnes œuvrent à un projet médical destiné au patient et, pour ce faire, partagent leurs informations. Mais qu'en est-il du psychologue ? Est-il inclus dans ce secret professionnel partagé ? Ce sera l'objet de ce texte, du moins en partie, car nous verrons que la question est bien plus large encore. Commençons par dire que le psychologue ne partage pas de la même façon ce secret professionnel lequel, dans son cas, n'est pas le « secret médical ». Car il n'est pas un « paramédical » comme les autres. S'il fallait tenter un néologisme, je dirais qu'il est plutôt un *périmédical*, c'est-à-dire un

1. Étant moi-même « un psychologue », j'ai fait le choix, tout au long de ce texte, de parler du psychologue au masculin.

professionnel du soin psychique qui gravite autour du *projet médical* à quelque distance (un peu en *périphérie*, pourrait-on dire). Parfois il en est tout proche, lorsqu'il contribue à ce projet avec une tâche précise (c'est le psychologue en mission dont il sera question plus loin), parfois il en est plus éloigné lorsqu'il se laisse guider par le *projet existentiel* du seul patient. Ceci a aussi des implications sur sa place dans l'équipe : peut-on dire qu'il en fait partie au même titre que les autres professionnels ? La réponse est incertaine. Car dans mon expérience, cette place est toujours mouvante, c'est-à-dire qu'elle est indécise, indéterminée... et inconfortable. Le psychologue se situe plutôt dans un entre-deux, il doit trouver (sinon construire) *un espace où se tenir entre l'équipe et le patient*. Le psychologue à l'hôpital est donc un équilibriste qui sert deux maîtres à la fois, tout en ne devant pas s'oublier lui-même.

Pour aborder ce sujet très vaste, je vais tenter de dégager plusieurs cas de figure, plusieurs « situations-type » auxquelles tout psychologue peut être confronté à l'hôpital. Et à chaque fois je vais tenter de proposer quelques repères susceptibles, je l'espère, de permettre aux collègues qui me liront de trouver, et mieux encore, de *garder leur équilibre* (surtout s'ils n'ont pas encore beaucoup d'expérience dans ce lieu si particulier).

2. Le psychologue en mission, au service du projet médical

Commençons par une première situation-type, celle où le psychologue est en mission. Au sens large cela veut dire qu'il rencontre le patient à la demande d'un membre de l'équipe médicale ou soignante. Cette demande peut être *ponctuelle* (aller voir tel patient « difficile », déprimé, non-compliant,

etc.) ou *structurelle*, c'est-à-dire répondant à un protocole établi (entretien dans le cadre d'un dispositif d'annonce du cancer, bilan pré-greffe destiné au donneur et/ou au receveur d'un organe, etc.). Mais que la mission soit ponctuelle ou structurelle, dans les deux cas le psychologue s'engage à faire un retour au collègue demandeur (le médecin, ou plus largement l'équipe) de certains contenus d'entretien. C'est ici que commence toute la difficulté d'un équilibre à trouver entre confidentialité et partage des informations. Autrement dit, quels contenus transmettre à l'équipe²?

Commençons par un premier repère : certainement pas l'ensemble des propos tenus par un patient, et rarement le verbatim de ses paroles. C'est donc à chaque psychologue de faire la part des choses, c'est-à-dire de *distinguer les contenus attendus* par le demandeur au sein des paroles confiées par le patient. Ce sera chose plus aisée si ces contenus ont préalablement fait l'objet de discussions, d'échanges répétés avec le demandeur. Je prends un exemple que j'ai bien connu : quelle est donc la fonction du psychologue dans le contexte d'un bilan pré-greffe lorsqu'on lui demande de rencontrer un patient désireux de donner un de ses organes à un proche en attente de greffe (Schwering, Papeoux-Heitzmann, 2021)³? Dans cette situation, s'agit-il de faire un diagnostic de sa santé mentale, d'évaluer son niveau de « consentement éclairé », ou plus simplement de vérifier s'il a « vraiment compris » ce qui l'attend? Ces questions, et bien d'autres, doivent impérativement être discutées au préalable avec les demandeurs,

2. Tout au long de ce texte je vais utiliser ce terme générique tantôt pour désigner l'ensemble de l'équipe, tantôt un seul de ses membres.

3. Voir par exemple notre article intitulé « Enjeux psychiques et psychothérapie en lien avec la transplantation d'organe », *Encyclopédie médico-chirurgicale psychiatrie*, 188,18-4, 1-11.

bien souvent toute l'équipe de transplantation. Mais même lorsque cela a été le cas, il y aura toujours, dans un entretien (souvent plusieurs), des contenus qui excèdent, qui dépassent la demande initiale. Et ces contenus-là, je ne pense pas qu'il y ait lieu de les partager avec l'équipe. Est-ce si simple ? Certes non, et c'est sans nul doute une des difficultés de notre position inconfortable à l'hôpital, déjà évoquée, c'est-à-dire de nous situer dans un entre-deux, dans une zone faite d'indétermination, de flou, d'incertitude.

Poursuivons avec un deuxième repère, à vrai dire fondamental : lorsqu'un psychologue est en mission, en particulier dans un contexte protocolisé (comme l'exemple ci-dessus), il doit préciser au patient la nature de cette mission, et dès lors expliquer qu'il sera amené à faire un retour de son entretien à l'équipe. Il s'agit à vrai dire d'un double repère : éthique et technique. Éthique d'abord, car à partir de cette information le patient pourra décider (plus ou moins consciemment) ce qu'il dira au psychologue, et ce qu'il ne dira pas. Technique ensuite, car l'entretien se déroulera autrement qu'un « entretien libre », comme on l'appelle parfois, lequel est plutôt régi par la règle des associations libres (cf. la règle fondamentale en psychanalyse). Dans cette première situation-type, on peut estimer que le psychologue contribue explicitement au projet médical dans sa dimension plus large, c'est-à-dire paramédicale, et c'est donc aussi dans cette situation qu'on peut parler de secret professionnel partagé.

3. Le psychologue au service du patient

Poursuivons avec une deuxième situation type : celle où le psychologue va au-devant des patients sans être en mission, c'est-à-dire qu'il peut choisir lui-même les patients qu'il va rencontrer (dans leur chambre, parfois aussi sur rendez-vous

avant ou après l'hospitalisation, voire dans d'autres espaces de l'hôpital). À première vue c'est la situation la plus simple, celle qui garantit le plus de liberté et le moins de contraintes. Liberté d'abord, car il n'y a pas dans sa démarche un objectif fixé par une instance externe (l'équipe, le médecin, le protocole, etc.). Liberté ensuite, dans la mesure où le psychologue peut entièrement se dévouer à sa fonction première : celle de se mettre au service du patient, celle de se mettre à la *disposition* du patient. Et cela au sens fort de ce terme : le patient peut disposer de lui, comme tout patient devrait pouvoir le faire, quel que soit le contexte clinique. Autrement dit, c'est au patient de décider si cette visite du psychologue lui convient, l'intéresse, lui apporte quelque chose, ou si elle l'indispose. Car à l'hôpital, rares sont les patients qui font la demande de rencontrer un psychologue. Le contexte de la demande est donc inversé par rapport aux situations cliniques classiques : c'est le psychologue qui a une demande. Bien sûr, il fait une offre de rencontre et d'écoute, mais à ce titre, c'est lui qui demande à rencontrer et à écouter le patient. Et ce dernier peut décider de sa disposition ou de son indisposition à y donner suite. Plus encore, c'est lui qui choisira ce qu'il va dire ou ne pas dire au psychologue. Et ce dernier aura alors comme seul objectif (comme seule éthique) de suivre le patient sur ce chemin.

Dans cette situation, la contrainte de faire un retour à l'équipe quant au contenu de ces échanges est maîtrisable. Soit cette contrainte est nulle – l'équipe ne demande rien, n'exige aucun retour particulier –, soit elle est limitée dans la mesure où la demande de l'équipe vise parfois simplement à « bavarder » de tel ou tel patient. C'est le cas le plus favorable, et ce sont même des situations particulièrement précieuses. Car souvent cela témoigne de l'intérêt que l'équipe porte au patient dans sa dimension existentielle, bien au-delà, donc, de

sa stricte situation médicale. Dans ces moments-là, le désir de l'équipe d'approcher autrement le patient, c'est-à-dire d'accéder à sa dimension subjective, est subtilement transmis au psychologue. Il s'agit alors d'une offre de partage, non d'un secret professionnel, mais au contraire du *partage d'une commune humanité*. Dans cette situation à la fois banale et hautement subtile, le psychologue doit prendre conscience de sa fonction, et de l'importance de cette fonction : celle de se faire l'intermédiaire entre deux univers. L'univers du soin dans sa dimension médicale, et l'univers insondable car plus difficile à cerner, pour l'équipe, du soin dans sa dimension psychique.

Il est vrai, cependant, que cette *demande* non spécifique faite par l'équipe de bavarder de tel ou tel patient (et comme je viens de le préciser, ce bavardage est la manière la plus noble de retrouver le chemin d'une humanité partagée) est aussi mâtinée d'une curiosité quant aux « secrets » dont le psychologue serait porteur. N'est-il pas supposé recueillir la parole intime des patients ? Or il doit se méfier de s'avancer sur ce terrain-là, c'est-à-dire de communiquer à l'équipe des éléments de la biographie des patients, même s'ils semblent élémentaires. Prenons des exemples : le patient est-il marié, a-t-il des enfants et combien, quelle est au juste sa situation professionnelle ? Ces éléments, surtout les plus personnels et intimes, il n'y a pas lieu de les révéler à l'équipe ; sauf bien sûr s'ils font partie de la situation « protocolisée » évoquée ci-dessus où le psychologue est « en mission ». Par ailleurs, il peut arriver (c'est mon expérience) que l'équipe en sache davantage à ce sujet que le psychologue !

Mais alors, que peut-on « partager » avec l'équipe ? C'est une question à laquelle il n'y a aucune réponse univoque. S'il fallait malgré tout tenter une réponse, voici le repère qui me semble le plus sûr : il est possible de transmettre à l'équipe

ce qui, dans le vécu du patient confronté à sa situation hospitalière, à sa maladie et aux traitements, est vrai pour tout patient en général. Et *ce qui est général n'est autre que l'universel de la souffrance psychique que le vécu de la maladie provoque*. Autrement dit, et pour être plus clair : c'est l'universalité de cette souffrance qui peut encore et toujours être transmise à l'équipe, et qui est propre à tous les patients. Et ce, même s'il s'agit, à ce moment précis, de la souffrance de cette personne-là, de cette personne singulière et unique. Tout l'art du psychologue sera alors de trouver les mots justes pour parler de la souffrance de cette personne-là, à l'équipe à ce moment-là, que cela se passe dans un couloir ou à l'occasion d'une réunion formalisée. Car c'est précisément cette souffrance-là qui fait très souvent l'objet d'une sous-estimation de l'agir médical, et parfois même d'un déni nécessaire de la part de ses acteurs. Pour agir efficacement, en effet, les soignants sont structurellement conduits à accomplir des actes dont ils doivent cliver la dimension potentiellement nocive. Ou pour le dire encore autrement, « [...] *la raison d'être du psychologue est de penser, avec les patients le plus souvent, parfois aussi avec les soignants (lorsque cette possibilité lui est donnée), les conséquences du dualisme corps/esprit qui est au cœur du discours et de la pratique médicale* » (Schwering, 2024). Pour tel patient, telle femme, tel homme, tel adolescent, tel enfant, etc., il incombera au psychologue de revenir sur tel événement connu de l'équipe (le retour de soins intensifs, l'annonce d'une complication du traitement, le mutisme ou la mauvaise humeur du patient, etc.) afin d'en « raconter » la dimension psychique. C'est d'ailleurs à cela que les soignants peuvent assez aisément s'identifier. Plus encore, c'est *l'identification à cette dimension (ou souffrance) psychique* chez tel ou tel patient qui signe le dépassement de la dualité corps/esprit évoquée dans la citation ci-dessus ! Et je pense pouvoir dire

que lorsque ce dépassement est atteint, c'est-à-dire lorsqu'au détour d'un « bavardage » l'épaisseur à la fois subjective et psychique d'un patient émerge au cœur de la conversation, et que les soignants *se reconnaissent eux-mêmes dans cette souffrance*, alors le psychologue a rempli sa fonction. C'est d'ailleurs une manière particulièrement significative de « faire équipe » pour le psychologue (sinon la manière principale).

Faut-il pour autant en dire plus sur ce patient-là ? Faut-il prendre l'initiative de révéler tel ou tel aspect ou détail de l'entretien que l'on vient d'avoir avec lui ? On l'aura compris, je suis réservé à ce sujet. Mais bien sûr, c'est ici que commence le cas par cas. C'est à ce point précis qu'il serait utile d'engager le dialogue avec les collègues ayant un autre point de vue sur le sujet. Il ne fait aucun doute, par ailleurs, que tout dépend aussi de la manière dont le psychologue évolue au gré des mois et des années au sein de l'équipe, de la relation de confiance qui s'est établie (ou non) avec les membres de l'équipe soignante, bref de son ancienneté et expérience dans ce lieu.

4. Intermédiaire

Mais peut-on vraiment se contenter d'opposer ainsi deux situations-types ? C'est-à-dire, et pour résumer, une situation-type où le secret professionnel est partagé (le psychologue en mission, au service du projet médical au sens large), et un autre situation-type où le secret professionnel n'est pas partagé avec l'équipe soignante (le psychologue sans mission, au service du seul patient). La réponse est non, mais n'allons pas trop vite, car je souhaite d'abord souligner l'intérêt d'opposer ainsi deux situations. Car, les deux situations-types exposées à l'instant sont à comprendre comme deux polarités d'un *continuum* où se présentent une grande variété de

situations. Mais avant d'aborder cette variété, avant de dégager d'autres situations-type sur ce *continuum*, il m'a semblé utile et nécessaire de dégager clairement ces deux polarités qui pourront servir de repère à tout psychologue clinicien travaillant dans le champ médical.

J'en viens maintenant à deux autres situations-types auxquelles nombre de psychologues sont régulièrement confrontés à l'hôpital. Deux situations qui se situent quelque part entre les deux pôles évoqués à l'instant.

5. Le psychologue en mission après-coup

Je commence par évoquer la première situation-type, celle où le psychologue est en quelque sorte « en mission après-coup ». Car lorsqu'il participe à certaines réunions d'équipe, il peut à tout moment être interpellé au sujet d'un patient. Et dans ce cas-là, l'équipe (souvent le médecin qui dirige la réunion, mais cela peut être d'autres soignants) s'attend à ce que le psychologue fasse « un retour » sur le suivi psychologique qu'il assure auprès d'un patient. Je vais donc détailler cette première situation-type, car elle s'avère complexe à plus d'un titre.

Tout d'abord, quelle est la nature du retour attendu ? Il vaut vraiment la peine de préciser ce premier point, car dans beaucoup de cas il n'est pas clair ce qui est attendu du psychologue. Et ce « pas clair » n'est pas un défaut en soi ! Le fait de s'adresser au psychologue peut en effet avoir la signification que l'équipe est prête à ajouter à sa discussion d'autres dimensions d'un patient. Ces dimensions, appelons-les psychiques, psychologiques ou psychosociales. Or par sa seule présence, le psychologue représente, voire symbolise ces dimensions. Le fait de s'adresser à lui ne veut donc pas obligatoirement dire que l'équipe attend un retour précis sur

le contenu des entretiens qu'il a réalisés avec le patient. Il peut donc être judicieux de proposer à l'équipe quelques impressions générales (voire un peu banales) au sujet d'un patient, tout en y ajoutant déjà des impressions quant à la manière dont il « ressent » ou comprend ce que l'équipe est en train de vivre à propos de ce patient. Autrement dit, c'est au psychologue de « sentir » ce dont l'équipe a besoin à ce moment-là ! Très souvent, c'est en passant par lui que l'équipe se sentira pour ainsi dire « autorisée » à aborder ces dimensions psychosociales et psychiques du patient, en même temps que certains ressentis et impressions généralement à caractère subjectif. Le psychologue a, dans ce cas, la fonction d'un « éclairer » : il sort de l'ombre ces dimensions psychiques à la fois du patient et des soignants, et permet ainsi à l'équipe (du moins si elle s'y prête) de sortir du dualisme corps-esprit évoqué plus haut. C'est donc à ce point précis que se fait la jonction avec la première situation-type explicitée ci-dessus. Les deux situations deviennent alors comparables.

Il arrive cependant que l'équipe attende un retour plus précis concernant un patient. Là encore, plusieurs situations peuvent se présenter. Dans le meilleur des cas, l'équipe souhaite « simplement » mieux comprendre un patient dont la manière d'être ou de faire pose problème (non-adhésion au traitement, refus de certains soins, agressivité ou au contraire passivité, voire mutisme, etc.). C'est dans cette situation que le psychologue se retrouve « en mission après-coup ». C'est-à-dire qu'il ne peut esquiver cette demande de l'équipe d'aider au projet médical concernant ce patient, et ce en fournissant les clés qu'il pourrait avoir à sa disposition suite aux contacts qu'il a eus avec ce dernier. Nous retrouvons donc ici la première situation-type, celle où le secret professionnel doit être (en partie du moins) partagé avec l'équipe. Mais que transmettre à l'équipe, et comment ? Je propose trois repères

à ce sujet, qui me semblent utiles quelle que soit la diversité de situations qui peuvent ici se présenter.

Le premier repère est de *rester au plus près de la demande effective de l'équipe*. Pour donner un exemple, il n'est pas opportun d'exposer l'anamnèse complète du patient alors que le problème rencontré par l'équipe peut être éclairé par un élément circonscrit, de sorte qu'une contribution limitée du psychologue est suffisante. Pour prendre une image, disons qu'il convient de ne pas déposer l'ensemble du trousseau de clés du patient sur la table, mais bien de choisir judicieusement l'une ou l'autre clé susceptible d'ouvrir la porte qui coince dans les rapports entre l'équipe et le patient. Si j'insiste sur ce repère, c'est qu'il peut être tentant, pour un jeune psychologue, de vouloir « faire impression » auprès de l'équipe en lui fournissant des détails de la biographie d'un patient, ou encore des détails des entretiens. Cela peut arriver en particulier lorsque ce psychologue doit encore « faire ses preuves » auprès de l'équipe. C'est périlleux, car il y a un prix à payer pour cela, ce qui nous conduit directement au deuxième repère.

Le deuxième repère pourrait être formulé ainsi : *sentir à l'intérieur de moi-même ce que je peux dire à l'équipe, sans avoir l'impression de trahir le patient*, c'est-à-dire le lien de confiance avec lui. Et ce, même si ce lien de confiance est encore fragile, ou qu'il est en devenir (c'est surtout vrai lorsque les rencontres ont à peine commencé). Ce repère permet de « ne pas trop en faire », c'est-à-dire ne pas trop en dire au sujet du contenu des échanges avec le patient, afin de maintenir un « contrat » de confidentialité avec lui. Et ce, même si ce contrat n'a pas été explicité avec le patient, et qu'il est avant tout interne, c'est-à-dire qu'il correspond à une posture éthique fondamentale.

Le troisième repère est en quelque sorte la résultante des deux premiers. Ce repère revient à *essayer de formuler à l'équipe ce que je pourrais de la même manière (ou presque) formuler au patient* si j'étais en face de lui. Ce repère a un autre avantage : il peut en effet arriver que lors d'une visite ultérieure auprès de son patient, le psychologue se décide à lui transmettre cela même qu'il aura antérieurement partagé avec l'équipe. Cela ne veut pas dire pour autant qu'il doit, à cette occasion, évoquer explicitement l'échange qu'il a eu avec l'équipe (je reprendrai ce point plus loin lorsqu'il sera question du « psychologue porte-parole du patient »). Cela veut simplement dire que cet échange collectif avec les autres soignants peut aussi avoir été bénéfique au psychologue, au point de lui permettre d'aborder le patient autrement, par exemple avec une autre écoute lors de la suite des entretiens avec ce dernier.

Enfin, il peut arriver qu'interpellé par l'équipe à propos d'un patient, le psychologue n'ait aucune clé à donner. Ce cas de figure n'est pas si rare, et exige à la fois simplicité et honnêteté de sa part. Il devrait alors expliquer pour quelle raison il ne peut – provisoirement – apporter des éléments plus précis à l'équipe concernant le patient. Même si ces situations sont toujours un peu désagréables, surtout lorsqu'on est dans le service depuis peu, et qu'on redoute d'être « pris en défaut », il y a toujours de bonnes raisons à cette incapacité. La raison la plus simple est évidemment que l'on n'a pas encore rencontré le patient, ou à peine. Mais il arrive aussi que les soignants se voient confrontés à une facette du patient que ce dernier n'a pas révélée au psychologue. Un patient déprimé, triste, anxieux, ou encore collant, exigeant, agressif ne le sera peut-être pas de la même manière avec le psychologue. Il découvre donc, grâce à l'équipe, quelque chose qu'il n'avait pas perçu chez le patient, ou qui lui a échappé.

Non seulement cela n'est pas grave, mais au contraire, cela permettra à l'équipe de constater qu'elle aussi peut apporter un éclairage au psychologue ! Et de son côté, ce dernier pourra confier à l'équipe un autre point de vue sur le patient (parfois même à l'opposé des impressions de l'équipe), favorisant une vue plus différenciée sur ce dernier, à même de lui restituer sa complexité et richesse subjectives. Autrement dit, il n'y a pas à rougir de ces situations. Au contraire, elles sont prévisibles, et témoignent du décalage structurel qui existera toujours entre le point de vue des soignants et le point de vue du psychologue sur le patient.

6. Le psychologue porte-parole du patient

J'en viens maintenant à la deuxième situation-type annoncée ci-dessus. À vrai dire, elle s'inscrit dans la continuité de la précédente, mais en diffère par sa complexité. Je veux parler de la situation où le psychologue adopte une posture où il se fait plus ou moins explicitement l'intermédiaire entre l'équipe et le patient. La continuité avec la situation-type précédente tient en ceci qu'à la suite d'une demande de l'équipe (en staff, en réunion, etc.) il peut, dans un même mouvement, se faire le porte-parole du patient à propos duquel il est interpellé.

La complexité de cette situation tient en une triple question : faut-il ainsi se faire le porte-parole du patient auprès de l'équipe, jusqu'à quel point, et comment ? On pourrait ajouter que cette question pourrait se décliner dans l'autre sens également, c'est-à-dire lorsque le psychologue se fait le porte-parole de l'équipe auprès du patient. Au risque de me tromper, je pense cependant que cette mission-là est presque toujours à éviter. Tout simplement parce que la fonction du psychologue est plutôt d'aider l'équipe, quand il le peut, à trouver en réunion les clés pour dénouer une situation difficile

avec un patient. Pour faire simple, je dirais que l'équipe n'a structurellement pas besoin du psychologue pour se faire son porte-parole, car elle a les moyens et surtout le pouvoir (dans le bon sens de ce terme) de prendre les initiatives qu'elle juge nécessaires auprès du patient et de ses proches. En effet, il suffit, dans ce contexte, de se rappeler l'asymétrie fondamentale qui caractérise la relation patient/soignant à l'hôpital : le premier a bien peu de pouvoir, il est seul (même s'il est éventuellement entouré de ses proches), sans parler de l'impuissance dans laquelle le met sa maladie ; alors que les soignants forment une équipe, ont le pouvoir de leur fonction, et la puissance de leurs compétences.

Le psychologue peut donc être amené à se faire le porte-parole de son patient, et j'en reviens donc à la question posée ci-dessus : est-ce souhaitable, jusqu'à quel point, et comment ? Pour répondre à ces questions, il faut différencier deux cas de figure.

Le cas le plus fréquent, dans mon expérience, concerne les propos tenus par les patients à propos de leur maladie et de leur traitement. En écoutant ces propos, il arrive fréquemment que le psychologue se rende compte qu'ils ne correspondent pas à la réalité objective de la situation médicale du patient. Cela va d'un simple manque d'information à propos de telle opération ou examen médical (déjà réalisé ou prévu) à des théories explicatives, sinon interprétatives, où le lien avec la réalité objective n'est plus assuré. Faut-il s'en inquiéter ? Certainement pas, du moins jusqu'à un certain point. Car cet écart entre la réalité factuelle et la réalité subjective (qui est déjà la réalité psychique) est la matière même avec laquelle les psychologues ont constamment à faire dans leur travail au chevet du patient. C'est même une « matière précieuse » – osons cette expression – car pouvoir parler « à sa façon »,

c'est-à-dire de façon subjective et inventive de son corps et de ses avatars, à l'hôpital, est la marque même d'un *travail psychique d'appropriation* qui est en train de se produire. J'entends par là l'appropriation de la maladie, du traitement, du séjour à l'hôpital, etc. Une grande partie de la littérature consacrée aux enjeux psychiques de la maladie traite précisément de ces questions⁴.

Cependant, lorsque le psychologue réalise que le patient n'a pas compris ce que l'interne, l'infirmière, ou tout autre membre de l'équipe lui a expliqué ; ou encore lorsque certains affects – angoisse, sidération, surprise ou colère – s'avèrent directement en lien avec ce que le patient dit avoir entendu de la part de tel ou tel membre de l'équipe, alors se pose la question : faut-il proposer au patient de se faire son porte-parole auprès de l'équipe ? Cela dépend des situations bien sûr, et de l'intensité de la détresse du patient. Pourtant, un premier repère, valable pour toute situation, me semble utile : dans un premier temps, il s'agit toujours de mettre le patient en position active, plutôt que de s'activer à sa place. Que voudrait-il demander, à qui, à quel moment ? Comment pourrait-il s'y prendre, a-t-il déjà connu pareille situation, ses proches pourraient-ils être de bon conseil éventuellement ? À vrai dire, toute question est bonne à poser, même les plus « simples », pour autant qu'elles permettent au patient de « s'emparer de la situation » même si ce n'est que virtuellement. Dans ce type de situation, l'angoisse est en effet un puissant affect qui précipite la passivation et l'impuissance du patient. Il me semble que la fonction du psychologue est alors de favoriser son espace de pensée, de créer de l'espace pour imaginer

4. Voir par exemple mon livre *Corps d'outrance ; souffrance de la maladie grave à l'hôpital*, PUF, 2015.

l'action. S'il fallait utiliser un concept, disons qu'il s'agirait de toujours créer avec le patient de *l'espace transitionnel*, et cela autant que possible.

Est-ce suffisant ? Cela dépend de la situation. Mais il peut arriver que le psychologue sente que cela ne suffira pas. Et dans ce cas, voilà le deuxième repère que je propose : il est préférable de *demandeur au patient si on pourrait lui être utile* en se faisant son porte-parole. Ce repère est important, car cela laisse au patient le loisir – c'est-à-dire l'espace – d'y penser, d'y réfléchir, d'hésiter, de s'étonner, de décliner, etc. Autrement dit, ce deuxième repère permet au patient de rester actif. Car là de nouveau, il peut s'emparer de la situation, mais cette fois en s'emparant du psychologue ! Il peut en disposer, et même l'utiliser (au sens de l'utilisation de l'objet chez D.W. Winnicott). Et si c'est le cas, si le psychologue accepte cette mission de porte-parole, alors un troisième repère me semble précieux : il ne faut rien promettre au patient, et anticiper à l'avance les embûches qui l'attendent, et que le patient pourra ainsi mieux comprendre. S'il est en effet assez aisé de trouver dans le couloir le soignant en question dans les propos du patient (surtout s'il vient de quitter sa chambre), et que ce dernier sera peut-être d'accord de revenir quelques instants pour lui expliquer à nouveau ceci ou cela... il n'en sera pas du tout de même avec un médecin senior bien plus difficile à contacter, surtout s'il ne fait pas partie de la même unité de soin.

Un autre cas de figure concerne les situations où le psychologue décide de lui-même (c'est-à-dire de sa propre initiative) de se faire le porte-parole du patient auprès de l'équipe. Ce cas de figure s'avère plus complexe, surtout lorsque cette prise d'initiative se produit en réunion. À vrai dire, ce cas a déjà été un peu évoqué ci-dessus (cf. la situation-type où le psychologue est interpellé à propos d'un patient, et qu'il doit décider

quoi répondre). Si j'y reviens, c'est pour faire ressortir une particularité propre à ce cas de figure, qui n'a pas été abordée jusqu'ici. Cette particularité tient au fait que, cette fois, c'est le psychologue qui souhaite interpeller l'équipe (et non l'inverse), et il peut lui arriver de le faire sans en avoir préalablement discuté avec le patient. Mais dans ce cas, peut-on encore dire qu'il se fait son porte-parole ? Probablement serait-il plus juste de dire qu'il se fait son *représentant*. Mais quelle parole porte-t-il, et de quoi se fait-il le représentant ? Inspiré par ma pratique de psychanalyste avec les enfants et les adolescents, je dirais qu'il se fait le représentant, auprès de l'équipe, des intérêts psychiques de son patient. Je dis bien « son patient » pour introduire ici explicitement à la fois la complexité, mais aussi l'ambiguïté de cette position. Car il y a bien, dans ce contexte, une forme de tutelle exercée par le psychologue (d'où le rapprochement avec la clinique des enfants et des adolescents). Mais cette tutelle est toute relative, car à vrai dire, c'est bien l'institution médicale, par la voie de l'équipe, qui exerce principalement cette tutelle. En effet, on a tôt fait d'oublier (c'est-à-dire de ne pas trop y penser) qu'à l'hôpital, le patient n'est plus en pleine possession de son libre arbitre. Il y est un citoyen fragile, n'ayant d'autre choix que de déléguer une bonne partie de son pouvoir d'agir à la médecine et à ses acteurs. S'il fallait faire simple, je dirais qu'une des fonctions du psychologue est de *porter en lui les intérêts de son patient*, et qu'à vrai dire, c'est cette exigence éthique qui doit guider son travail où qu'il soit à l'hôpital (en entretien avec son patient, ou en réunion avec l'équipe). À ce titre, il peut lui arriver de porter ces intérêts-là à la connaissance (ou pour mieux dire, à la *reconnaissance*) de l'équipe. Et pour ce faire, il doit prendre la parole ; il doit *se faire porte-parole* lorsque les intérêts du patient ne sont plus suffisamment pris en considération.

Mais de quelles situations s'agit-il ? J'ai surtout en vue tous ces moments où, en réunion, des décisions médicales doivent être prises : changement du traitement, intervention chirurgicale imprévue, transfert du patient dans un autre service, prolongation de l'hospitalisation, et bien d'autres situations encore. Dans ces moments-là, il n'est pas toujours tenu compte des conséquences que ces décisions pourraient avoir pour le patient, tout simplement parce qu'il faut être efficace, faire vite, agir... et que de toute façon, *il n'y a pas le choix*. Se faire le porte-parole du patient, dans ces situations, c'est parfois simplement intervenir pour soulever cette question apparemment banale : comment le patient va-t-il réagir ? Que va-t-il comprendre ? Que va-t-il penser ? *Que peut-il choisir ?* Cette dernière question paraît incongrue. Pourtant, elle actualise parfaitement ce dont il était question ci-dessus : se souvenir du libre arbitre du patient signifie qu'il faut se poser la question du choix. La question de *son* choix. Le fait que cette question, apparemment simple, soit posée en réunion, surtout dans ces moments clés où des décisions sont prises *pour le bien du corps* du patient (toujours le dualisme corps-esprit dont il a déjà été question, lequel a précisément pour effet d'effacer le libre arbitre, même si ce n'est que temporairement), voilà qui résume au plus serré ce que j'entends par *fonction porte-parole* du psychologue.

Mais évitons tout de suite un malentendu : cela ne veut pas dire qu'il est le seul à exercer cette fonction. À tout moment en effet, n'importe quel membre de l'équipe peut l'exercer à son tour, car elle n'est pas réservée au psychologue. Simplement, ce dernier est structurellement mieux placé pour incarner cette fonction, précisément parce qu'il occupe cette position (toujours instable) de se situer *entre l'équipe et le patient*. Autrement dit, il occupe cette *position périmédicale* dont il a été question dans l'introduction.

7. Conclusion

Bien qu'ayant tenté d'aborder quelques situations que je crois assez représentatives du travail d'un psychologue clinicien à l'hôpital dans leur dimension interdisciplinaire – c'est-à-dire ce que ces situations engagent comme relations avec l'équipe médicale et soignante –, j'ai conscience que selon le type de service ou unité de soin dans telle ville ou tel département, mais aussi selon les cultures institutionnelles en vigueur (et notamment le chef de service qui y œuvre), bien d'autres situations peuvent se présenter dans le quotidien. C'est une des lacunes de ce texte. Je n'ai pas non plus abordé une autre question épineuse : les rapports ou écrits de toute nature souvent exigés de façon routinière. Et enfin, le lecteur aura peut-être regretté de ne point y trouver des vignettes cliniques, lesquelles eussent été utiles pour mieux se représenter les situations évoquées. Eh bien ces trois limites de mon texte me conduisent à lancer un appel à mes lecteurs : je les invite à écrire ces vignettes... y compris pour indiquer des repères que je n'ai pas évoqués, des désaccords par rapport à certaines prises de position qui ont été les miennes... et ensuite, s'ils y consentent, de me les envoyer. Cela pourrait être le point de départ d'un nouveau colloque « vie psychique à l'hôpital », et il n'y a aucun doute qu'il intéressera tous les psychologues cliniciens travaillant à l'hôpital, que ce soit en France ou ailleurs. Car il n'y a pas assez de publications à ce sujet, et en particulier au sujet de ce que, dans un autre texte, j'ai appelé des *imbroglios d'interlocution* (Schwering, 2014).

Bibliographie

Schwering, K. L. (2014). La maladie honteuse du psychologue à l'hôpital. *Champ psy*, 66, 31-44.

Schwering, K. L. (2015). *Corps d'outrance*. PUF.

Schwering, K. L. (2024). La rencontre clinique à l'hôpital : restituer le patient à lui-même. *In Analysis*, 8(1), 100437.

Schwering, K. L., Papeloux-Heitzmann, E. (2021). Enjeux psychiques et psychothérapie en lien avec la transplantation d'organe. *Encyclopédie médico-chirurgicale psychiatrie*, 188, 18-4, 1-11.

Quel est le rôle des psychologues dans les services de soins somatiques à l'hôpital? Quelle est la nature des soins psychiques qu'ils y dispensent, et auprès de qui? Ces deux questions sont au cœur de ce livre où des psychologues exposent les multiples facettes de leur travail à l'hôpital, auprès des patients, des familles et des équipes soignantes. À l'hôpital, l'urgence du corps souffrant est au premier plan, et l'agir efficace est érigé en valeur cardinale. À rebours de cette posture, les psychologues sont attentifs à la souffrance psychique toujours singulière, souvent cachée, parfois niée.

La pandémie a eu pour effet d'exposer cette souffrance au grand jour, tant chez les patients que chez les soignants. Elle a aussi rendu plus visible le travail et le questionnement des psychologues: comment prendre le recul nécessaire pour, parler, penser, être vivant et rester soi-même? Et comment inventer ensemble les dispositifs et les gestes qui permettront de soulager et de soigner? Tous les textes abordent ces questions, à la lumière des situations inédites dans les différents services hospitaliers.

Les directeurs d'ouvrage

Karl-Leo Schwering est psychologue clinicien, psychothérapeute et psychanalyste, professeur de psychologie clinique, psychopathologie et psychanalyse à l'Université Sorbonne Paris Nord, membre du laboratoire UTRPP (EA 4403), membre du bureau de l'Institut la personne en médecine (ILPEM).

Alexandra Laurent est psychologue clinicienne en réanimation chirurgicale au CHU de Dijon. Elle est professeur de psychologie clinique et psychopathologie à l'Université de Bourgogne (Psy-DREPI) et dirige le DU « Psychotraumatismes et dispositifs d'accompagnement ».

Les auteurs : Agnès Bressolette, Marcela Gargiulo, Sigolène Gautier, Evelyne Géraud-Compain, Mathilde Giffard, Héloïse Haliday, Audrey Juteau, Alexandra Laurent, Florence Mathieu-Nicot, Flora Monraisin-Roizot, Delphine Peyrat-Apicella, Anne-Laure Poujol, Louise Rechtman, Karl-Leo Schwering, Maria Livia Tourinho Moretto, Christelle Viodé.



9 782386 423185

ISBN: 978-2-38642-318-5

13,50 € Prix TTC France

Publié avec le soutien de l'Université
Paris XIII – USPN, de l'Université Paris
Cité et de l'Université de Bourgogne

UNIVERSITÉ
SORBONNE
PARIS NORD



Université
Paris Cité

