

**Zeitschrift:** Palliative.ch : Zeitschrift der schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung = revue de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs = rivista della Società svizzera di medicina e cure palliative

**Herausgeber:** Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

**Band:** - (2005)

**Heft:** 3: Psychologische Aspekte = Aspects psychologiques = Aspetti psicologici

**Artikel:** Le soutien psychologique en soins palliatifs = Psychologische Unterstützung in palliativen Situationen (Zusammenfassung) = Il sostegno psicologico nelle cure palliative (Riassunto)

**Autor:** Aymon, Natacha

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1091903>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 24.04.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

Le soutien psychologique des personnes atteintes de maladie incurable et de leur entourage est l'un des soucis majeurs du Centre François-Xavier Bagnoud de soins palliatifs à domicile. Cet article décrit le travail des psychologues auprès de l'équipe infirmière et auprès des familles suivies, au travers de l'illustration d'une vignette clinique.

Natacha Aymon

## Le soutien psychologique en soins palliatifs



Natacha Aymon

Le Centre François-Xavier Bagnoud de soins palliatifs à domicile compte en son équipe trois psychologues (1,6 postes), dont les missions cliniques principales sont l'accompagnement à domicile de personnes atteintes d'une maladie grave incurable et leurs proches, ainsi que le suivi de personnes endeuillées au travers de consultations et/ou de groupes de soutien (pour adultes et enfants).

C'est le premier versant, à savoir le soutien psychologique des personnes malades et leur famille, qui fera l'objet de cet article. Mon propos sera de décrire le fonctionnement global de l'équipe et le rôle de la psychologue, au travers d'une situation clinique dont le décours s'est révélé complexe, mais qui rend compte de notre travail dans la singularité propre de chaque prise en charge.

### Le travail institutionnel

Avant d'aborder le travail clinique au chevet des patients, précisons que les psychologues ont une fonction institutionnelle auprès de l'équipe soignante. Participant aux colloques et aux réunions d'intervenants, elles veillent à l'intégration de la composante psychologique des situations dont le principal risque est de se trouver noyée dans le médical et le corporel. Elles apportent leurs réflexions et leurs éclairages éventuels sur le fonctionnement intrapsychique des patients (état affectif, mode de défense psychique et mode d'adaptation face à l'irruption de la maladie...) ou sur leur fonctionnement interpersonnel (mode de relation à l'autre). Les psychologues sont aussi là pour accueillir les discussions informelles des infirmier(-ère)s qui reviennent de leurs soins et éprouvent à chaud le besoin d'en parler. En ce qui concerne la supervision à proprement parler, l'équipe du Centre bénéficie des services de deux psychiatres extérieurs, qui offrent quatre heures par semaine pour des séances individuelles ou groupales. Ce qui peut ainsi apparaître comme du « luxe » est loin d'en être, car la supervision permet un approfondissement de la réflexion sur le travail clinique et une certaine digestion des lourdeurs vécues par les soignants. Elle aide à la prise en charge du patient comme elle aide chacun des membres du personnel à rester en bonne santé et à continuer de fonctionner le plus sagement possible, sans que trop de cadavres ne soient enfermés dans les placards de l'institution. Le coût peut apparaître lourd à supporter de prime abord, mais les économies, qu'elles soient financières ou psychiques, se

voient sur la durée, en termes de qualité de soins pour les patients et de qualité de travail aussi bien que de qualité de vie au travail pour les soignants, dont l'absentéisme ou l'instabilité apparaissent largement diminués. Au CFXB, en 2004, le taux d'absentéisme était de 2,5%; si on fait abstraction des absences dues à une grossesse (hors congé maternité), ce taux tombe à 0,9%. Le taux de rotation dans l'équipe soignante est également très bas puisque l'ancienneté moyenne des infirmières est d'environ 6 ans et demi (max. 11 ans, min. 1 an); celle des psychologues de 3 ans et demi (max. 6 ans, min. 1 an).

### L'analyse de situation

Lorsqu'arrive une demande de prise en soins à domicile, par le patient ou son entourage, par le médecin de famille ou par l'hôpital, une infirmière et une psychologue procèdent à une visite d'évaluation de la situation. Travaillant depuis toujours dans l'interdisciplinarité, nous procédons systématiquement à cette analyse en binôme, pour construire notre point de vue avec un double regard médical et psychologique.

Cette première rencontre, qui a lieu à domicile ou à l'hôpital en préparation d'un retour à domicile, vise à prendre contact avec la personne malade et sa famille, pour évaluer leurs besoins, leurs ressources et leurs attentes. Au cours de cet entretien, nous faisons connaissance avec le patient dans le décours global de sa vie et de sa maladie, nous expliquons notre fonctionnement et nos offres de soins infirmiers et psychologiques, et nous évaluons la possibilité de travailler ensemble. Nous recherchons avant tout une relation de coopération active, où le malade est considéré comme étant sujet de sa vie et de la gestion de ses soins, et non pas objet dont on traiterait les symptômes de façon dépersonnalisée.

La prise en considération du patient et des membres de son entourage nous apparaît essentielle pour que la prise en soins puisse se dérouler dans des conditions optimales. Nous demandons, pour la bonne coordination des soins, la désignation d'une personne de référence dans le proche entourage du patient, qui soit d'accord avec le maintien à domicile et coopérante, dans le respect bien évidemment de ses limites et ses difficultés propres.

### Le premier entretien

Lorsqu'une prise en soins démarre, le temps est laissé aux soins infirmiers de se mettre progressivement en place et trouver leur juste rythme. Une dizaine de jours après, une psychologue, désignée comme référente de la situation, se rend au domicile pour faire plus ample connaissance avec le patient et ses proches, dans l'objectif de mieux comprendre leur situation familiale, sociale, affective et spirituelle.

Au cours de cet entretien, la psychologue évalue les éventuelles difficultés relationnelles et psychologiques, puis explicite et offre ses services, à savoir des entretiens individuels (patient et/ou membre de l'entourage) ou des

Prof. Peter de Jongh

## Ricerca in cure palliative:

entretiens familiaux. Il nous arrive régulièrement d'orienter les patients vers d'autres types de prises en charge lorsque cela nous paraît adéquat, par exemple le groupe de parole animé par le psycho-oncologue de l'hôpital de Sion.

Cette rencontre nous paraît importante pour tenter de mieux comprendre dans sa singularité la situation du patient, déceler les éventuelles souffrances et poser les jalons d'un éventuel soutien psychologique. Cela permet de nous présenter et faire quelque peu tomber l'appréhension due à la méconnaissance de notre travail. Précisons que nous ne nous situons pas dans le domaine du pathologique, mais dans l'écoute d'une souffrance et l'accompagnement d'un processus difficile, dans le but de veiller, de façon préventive, à l'équilibre psycho-corporel de chaque membre de la famille et d'aider la mobilisation de leurs ressources.

**Des soutiens ponctuels...**

En règle générale, nous nous mettons à la disposition des familles qui nous appellent en cas de besoin, soit directement, soit par l'intermédiaire des infirmières. Mais il arrive que, sans que les patients en manifestent le désir, les infirmières nous fassent part de leur inquiétude par rapport à l'un ou l'autre des membres de la famille, ou en cas de forte tension relationnelle, par exemple. A ce moment-là, il nous est moins aisé d'intervenir, mais nous pouvons alors contacter par téléphone la famille afin de demander de ses nouvelles et rappeler notre présence. Il peut aussi nous arriver de faire une visite conjointe avec l'infirmière, pour tenter d'entendre ce qui se passe, ou encore de proposer une réunion de famille.

Les demandes ont des motifs très variables: soutenir un instant de crise, un passage dépressif, un éclat d'agressivité ou un moment de tension relationnelle... L'expression et la reconnaissance des difficultés vont permettre à la situation de s'apaiser. Une ou quelques visites suffisent bien souvent.

Nous n'apportons pas de réponses, mais sommes là pour aider les personnes à trouver leur propre façon de faire et d'être. Nous favorisons l'expression de leurs différentes émotions, y compris celles, plus difficiles, liées à la colère par exemple. Nous validons et normalisons leurs ressentis, souvent vécus sur fond de culpabilité. Nous incitons à mobiliser leurs ressources, à trouver ou inventer des stratégies d'adaptation. Nous encourageons aussi la sauvegarde de l'espace intime, si fréquemment attaqué par la dépendance qu'oblige la maladie, que ce soit pour le patient lui-même ou pour ses proches, qui souvent veulent tout pour lui. Mais le tout ou le trop n'est pas le mieux, bien au contraire; il s'agit de travailler constamment sur ce qui serait une juste distance relationnelle, une distance «suffisamment bonne», pour reprendre l'expression winnicottienne. Pour conserver des relations de bonne qualité, il est nécessaire de veiller à un équilibre psychique suffisant de chacun.

**... aux suivis réguliers**

Quelquefois, il arrive que se mette en place un suivi plus régulier. Il est moins fréquent qu'un cadre fixe s'instaure, mais on sent parfois une véritable dynamique de pensée se mobiliser et un espace thérapeutique s'ouvrir. Ainsi s'est installé, avec un patient âgé de 41 ans atteint d'un cancer récidivant plurimétastatique, un suivi que rien ne laissait augurer de prime abord...

Lorsque nous avons rencontré Richard à l'hôpital, ma collègue infirmière et moi-même nous sommes trouvées assez déconcertées face à son attitude d'une autorité glaciale. Assis très droit dans son lit, il assenait théâtralement des ordres au personnel soignant et à son entourage, lesquels s'exécutaient en silence, comme intimidés. Il nous a raconté son histoire par bribes empreintes d'agressivité et de mises en garde. Étonnamment, malgré son jeune âge, nous avons peu été touchées. L'empathie se trouvait certainement empêchée par l'impressionnante mise à distance qu'il opérait défensivement.

Les douleurs qui avaient motivé l'hospitalisation, une semaine auparavant, semblaient maintenant contrôlées, mais la souffrance persistait et les journées hospitalières s'enchaînaient, sans soins donnés. L'infirmière du service nous a communiqué sa perplexité face à cette situation compliquée qui générerait de nombreuses tensions. Ce patient s'était semble-t-il fâché avec la moitié des médecins de la région; sa relation au monde apparaissait bien conflictuelle.

**Le travail sur le cadre**

Pour que notre institution puisse prendre en soins un patient, il faut impérativement qu'un médecin traitant le suive à domicile. Or, Richard n'en avait pas (ou plus) et devait effectuer la démarche d'en trouver un. Pendant plusieurs semaines, la prise en soins n'a pu se mettre en place, malgré nos multiples efforts. Nous étions tentées de «tout faire pour ce patient en difficulté», mais nous avons en équipe décidé de ne pas faire à sa place, de lui laisser le temps de cheminer personnellement et de poser une vraie demande quand il serait prêt. Nous représentons en effet le champ palliatif; faire appel à notre institution implique déjà un certain parcours dans l'intégration du caractère incurable de la maladie. Nous nous inquiétons beaucoup pour ce patient, mais pensions que notre prise en soins courrait à l'échec si nous allions au devant de lui, ce qu'il aurait très certainement vécu de façon intrusive et persécutrice.

Un jour, je reçois son appel. Il se trouvait dans une clinique privée où l'on pouvait, me dit-il, le guérir. Il appelait pour sa sœur qui se montrait très perturbée, me demandant de la recevoir en consultation. J'ai ainsi reçu cette sœur une fois, parachutée dans mon bureau, assez désorientée par l'attitude de son frère. Elle n'arrivait à comprendre «s'il allait vivre ou mourir», ce que je perçus comme le reflet de l'ambivalence profonde de Richard, qui peut-être projetait sur sa sœur le rôle du «malade» qu'il ne pouvait endosser...

Par la suite, Richard a demandé une infirmière par rapport à un problème urinaire. Mais il n'avait toujours pas de médecin traitant et nous avons refusé d'intervenir, persuadés qu'il était primordial de tenir notre cadre non seulement parce que la réalité l'exige, mais aussi afin de le lui faire éprouver comme une structure solide qu'on ne peut attaquer ou pervertir, et qui du coup se révèle fiable et rassurante. Une semaine plus tard, la prise en soin se faisait, dans les règles de l'art.

Les début furent difficiles. Notre superviseur nous avait prévenues que nous risquions d'être utilisées comme des mouchoirs jetables, mais encore fallait-il le supporter, ce que nous avons pu faire en nous soutenant, en partageant nos réflexions en réunion d'intervenants et verbalisant nos vécus en supervision. Les attaques en tous genre de Richard, dont le fonctionnement psychique apparaissait de type borderline, étaient acérées, mais l'équipe a tenu le cap tant bien que mal.

#### La confrontation préliminaire

Les infirmières reçurent au début une multitude d'appels sur la garde les nuits et les weekends, en raison d'angoisses qui s'avéraient très dures à apaiser. Je fus alors mandatée pour aller «me charger» de ces angoisses (l'expression est significative, nous le comprendrons plus tard).

La première fois que je dus me rendre à domicile, je le fis presque à reculons. J'étais inquiète du traitement qu'il allait me réserver; je marchais comme sur des œufs, ne sachant à quoi m'attendre et me préparant mentalement à subir les agressions les plus diverses. La scène de la rencontre avec un patient n'est jamais facile ni confortable. Comme le voyait Bion, le travail entre un thérapeute et son patient est «un combat entre deux animaux féroces». Le premier entretien prend plus souvent allure de lutte et de confrontation que d'une douce et neutre discussion. Le patient va naturellement tester notre fiabilité, notre force à contenir ses difficultés, d'autant plus que ces dernières sont importantes.

Richard commence par évoquer les angoisses qu'il ressent à la tombée du jour: «le sombre qui s'abat... le noir du téléviseur éteint...». Je le questionne à ce sujet mais submergé, il me rétorque que je vais « vite en besogne ». Je me contente donc d'entendre sans approfondir; je ne dois pas le précéder mais l'accompagner dans son cheminement. Sans doute a-t-il besoin de construire quelque chose, de se renforcer avant d'explorer les remous de l'angoissant.

Reprenant une distance plus intellectuelle, Richard m'invite à parler de la mort, ce concept philosophique dont j'avoue ignorer tout, puisque la mort est par essence ce qui nous échappe à tous fondamentalement. Devant mon impuissance à lui répondre, il me demande d'un ton provocateur en quoi donc consistait ma formation, et je lui parle de la vie, du soutien et de l'accompagnement du processus vital.

Alors il me montre ses plantes, qui ne vivaient, me dit-il, que par ses pensées positives régulièrement prodiguées... S'enquérirait-il par là symboliquement du pouvoir de la psychologie à le faire vivre lui, c'est-à-dire à le guérir? Je ne lui interprète rien mais lui réponds que si les mots sont en effet importants pour aider une plante à grandir, il lui faut impérativement un minimum d'eau pour vivre, lui signifiant mon désaccord de cliver le corps du psychisme et lui refusant l'illusion de courir après une nouvelle thérapeutique-miracle de son cancer. Je ne cautionne pas la toute-puissance des pensées et ne veux en aucun cas faire rivaliser la psychologie à la médecine, qu'il s'agit de faire co-exister de façon complémentaire dans une réalité qui les limite toutes deux.

Après un temps de silence, il souhaite que je me présente, ce que je fais plus amplement que de coutume, avec le sentiment qu'il me faut donner un peu de moi pour établir le contact (mais gardant à l'esprit que le travail serait de parvenir à maintenir les limites qui se trouvaient, avec ce patient, toujours quelque peu débordées). A la fin de ce premier entretien, il me faisait la demande d'un suivi régulier d'une séance par semaine.

#### Une dialyse psychique des angoisses?

Les entretiens qui suivirent furent plus détendus. Le cadre était posé et étonnamment respecté. Richard a beaucoup parlé du décours de sa vie, de ses relations amoureuses, amicales et familiales. De sa maladie, il évoquait brièvement mais avec justesse les pertes auxquelles il acceptait maintenant peu à peu de se confronter: renoncement à certains projets devenus irréalisables, changements de son corps... L'agressivité et la toute-puissance, qui servaient sans doute à le protéger contre la dépression, étaient tombées; la fragilité, la difficulté pouvait se vivre et se dire sans détruire.

Quant aux angoisses, j'ai réalisé après son décès que jamais plus nous n'en avions parlé! Cependant, j'ai pris conscience après-coup du rôle que j'avais pu jouer, à mon insu, à ce niveau.

Lorsque Richard m'avait évoqué ses angoisses, j'avais essayé de comprendre de quoi il en retournait au niveau représentatif et comment cela s'inscrivait en lui au niveau corporel. Mais je suppose que ses angoisses étaient trop archaïques, trop destructurantes ou morcellantes pour que l'on puisse essayer de les approcher, les apprivoiser ou en trouver des stratégies de sécurisation. En-dehors de nos séances, il m'arrivait parfois, de façon pré-consciente, d'avoir de furtives pensées où j'imaginai ces angoisses: être happé dans le trou noir de la télé éteinte, dans un mouvement de fumée étouffant... se perdre, s'éparpiller, comme exploser en morceaux... Richard avait une fois évoqué la figure du calamar pour désigner la maladie dans son ventre, mais ce que j'imaginai alors dépassait le monstrueux pour arriver à l'informe, au sans-fond, au vertige de l'abîme.

Ce faisant, j'étais vraisemblablement en train, régulièrement et sans en être bien consciente, de métaboliser en

moi les angoisses de ce patient, de les mettre en image, leur donner un contour et utiliser mes propres moyens de défense pour les supporter. C'est ainsi comme si je prêtai à Richard mon appareil psychique pour penser/panser ses angoisses, comme si je faisais passer dans mon corps ses angoisses pour les transformer et les restituer sous une forme plus vivable, au travers d'une sorte de dialyse inconsciente.

«La première tâche, et sans doute pas la plus aisée, explique Danièle Deschamps au sujet du travail du thérapeute, est de nous laisser surprendre par la douleur impensable de nos patients, et de la laisser résonner en nous, au plus profond de notre être, de notre corps et de notre psychisme. C'est dans ces zones de chaos et d'agonie psychique que nous sommes convoqués, si nous voulons les aider à émerger (...).»<sup>1</sup>. Le psychologue, à ce niveau, est interpellé dans son être-au-monde, son être-à-l'autre, bien au-delà du savoir théorique. On comprend ici l'intérêt pour

lui d'une analyse personnelle et d'une supervision régulière, afin de travailler sur sa propre personne pour pouvoir traverser toutes les rencontres cliniques sans se trouver vampirisé et perdre sa capacité à accompagner l'autre là où il est.

Les appels sur la garde infirmière pour raison d'angoisse ont significativement diminué. Plus aucune hospitalisation n'a été nécessaire, comme de multiples fois auparavant. Les soins se sont poursuivis et la vie a continué son cours de façon moins bousculée, plus tranquille. Richard s'est séparé de sa petite amie, a repris contact avec son ex-femme, s'est rapproché de sa mère et de ses amis. Il est mort entre deux séances, en pleine vie.

#### Correspondance:

Natacha Aymon

Psychologue FSP

Centre François-Xavier Bagnoud de soins palliatifs à

domicile, Av. de la Gare 29, 1950 Sion

027 327 70 70, natacha.aymon@afxb.vsnet.ch

1 Deschamps D., L'engagement du thérapeute – Une approche psychanalytique du trauma, Erès, 2004, p. 292.

Natacha Aymon

## Psychologische Unterstützung in palliativen Situationen

### (Zusammenfassung)

Das Centre François-Xavier Bagnoud für mobile Palliative Care (CFXB) zählt drei Psychologinnen (1,6 Stellen) zu seinem Team. Eine ihrer Aufgaben ist die Begleitung von Personen mit einer schweren, unheilbaren Krankheit und ihrer Angehörigen zu Hause.

#### Die Arbeit in der Institution

In der Institution haben die Psychologinnen eine Aufgabe gegenüber dem Pflorgeteam. Sie nehmen an den Kolloquien und an den Freiwilligentreffen teil und achten darauf, dass auch die psychologischen Aspekte der Situationen wahrgenommen werden. Diese stehen ja leicht in Gefahr, im Medizinischen und Körperlichen unterzugehen. Sie bringen ihre Gedanken und allfälligen Vermutungen zum innerpsychischen oder zwischenmenschlichen Verhalten der Patienten ein. Die Psychologinnen hören sich im informellen Gespräch auch die Berichte der Pflegenden an, wenn diese von ihrer Tour zurückkommen und das Bedürfnis haben, gleich darüber zu sprechen. Für die eigentliche

Supervision des Teams sind zwei aussenstehende Psychiater zuständig. Diese stehen während vier Stunden pro Woche für Einzel- oder Gruppengespräche zu Verfügung. Dies erlaubt eine vertiefte Reflexion über die klinische Arbeit und auch ein gewisses Verdauen all des Schweren, mit dem die Pflegenden konfrontiert sind. Supervision fördert sowohl die Qualität der Arbeit als auch die Lebensqualität bei der Arbeit (Abwesenheits- und Mutationsrate scheinen beim CFXB niedrig).

#### Situationsanalyse

Wünscht ein Patient oder seine Angehörigen, ein Hausarzt oder ein Spital eine Begleitung zu Hause, so machen eine Pflegefachfrau und eine Psychologin vorerst einen Besuch zu zweit, um die Situation einzuschätzen. Diese erste Begegnung findet zu Hause oder im Spital, aber im Hinblick auf eine Entlassung nach Hause, statt. Sie hat zum Ziel, mit der erkrankten Person und ihrer Familie Kontakt aufzunehmen, ihre Bedürfnisse, Ressourcen und Erwartungen zu eruieren und die Möglichkeiten einer Begleitung abzuschätzen. Um die Behandlung gut zu koordinieren, wünschen wir, dass eine Ansprechperson aus dem nahen Umfeld des Patienten bezeichnet wird. Diese soll damit einverstanden sein, dass der Patient zu Hause bleibt, und

zur Zusammenarbeit bereit sein. Dabei respektieren wir selbstverständlich auch ihre eigenen Grenzen und Schwierigkeiten.

### Das Erstgespräch

Hat die Begleitung einmal begonnen, begibt sich eine Psychologin nach Hause, um den Patienten und sein Umfeld näher kennen zu lernen. Es geht dann darum, die familiäre, soziale, affektive und spirituelle Situation besser zu verstehen, allfällige Beziehungsprobleme einzuschätzen und abzuklären, was genau gewünscht wird (Einzel- oder Familiengespräche).

### Von punktueller Unterstützung zu regelmässiger Begleitung

Die Familien rufen uns mit sehr unterschiedlichen Erwartungen: Unterstützung in Krisensituationen, in einer depressiven Phase, bei aggressiven Ausbrüchen oder angespannten Beziehungen. Schon das Verbalisieren und das Anerkennen der Schwierigkeiten beruhigen die Situation. Wir unterstützen den Ausdruck von Gedanken und Emotionen, validieren und normalisieren das Erlebte, regen dazu an, Ressourcen zu mobilisieren und ermutigen alle Beteiligten, eine Intimsphäre zu bewahren. Sehr oft genügen schon ein oder nur wenige Besuche. Manchmal kommt eine regelmässiger Begleitung zustande, in der es zu einer eigentlichen Entwicklung der Gedanken kommt.

Natacha Aymon

## Il sostegno psicologico nelle cure palliative

(Riassunto)

Il Centro François-Xavier Bagnoud di cure palliative a domicilio annovera nella sua équipe tre psicologhe (1,6 unità); una delle loro missioni cliniche è l'accompagnamento a domicilio delle persone affette da una grave malattia inguaribile e di chi sta loro vicino.

### Il lavoro istituzionale

Le psicologhe hanno una funzione istituzionale nei confronti dell'équipe curante. Partecipando ai colloqui e alle riunioni di équipe, esse garantiscono l'integrazione della componente psicologica nelle situazioni in cui il rischio principale è di limitarsi unicamente all'aspetto medico e fisico. Le psicologhe portano le loro riflessioni e i loro punti di vista sul funzionamento intrapsichico o interpersonale dei pazienti. Le psicologhe sono anche pronte ad accogliere le discussioni informali delle infermiere che provano il bisogno di parlare a caldo delle situazioni di cura di cui si occupano. Per quello che riguarda la supervisione, l'équipe riceve il sostegno di due psichiatri esterni, i quali mettono a disposizione quattro ore settimanali per delle sedute individuali o di gruppo. Questo consente un approfondimento della riflessione sul lavoro clinico e una certa «digestione» della pesantezza vissuta dai curanti. Il lavoro di supervisione favorisce la qualità del lavoro così come la qualità di vita al lavoro (il tasso di assenteismo e di rotazione del personale appaiono bassi al CFXB).

### L'analisi della situazione

Quando si presenta una richiesta di presa a carico a domicilio da parte del paziente, di chi gli sta vicino, del medico

di famiglia o dell'ospedale, un'infermiera e una psicologa procedono insieme a una visita di valutazione della situazione. Questo primo incontro ha luogo a casa del paziente o all'ospedale in previsione di un rientro a domicilio; lo scopo è di prendere contatto con la persona ammalata e con la sua famiglia per fare una valutazione dei loro bisogni, delle loro risorse e delle loro aspettative, e valutare così la possibilità di una presa a carico. Per poter garantire un migliore coordinamento delle cure, noi domandiamo la designazione di una persona di riferimento, tra coloro che sono vicini all'ammalato, che sia d'accordo con il mantenimento a domicilio e cooperante, ovviamente nel rispetto dei suoi limiti e delle sue difficoltà.

### Il primo colloquio

Dopo l'avvio di una presa a carico, una psicologa si reca al domicilio per conoscere meglio il paziente e i suoi familiari con l'obiettivo di comprendere meglio la loro situazione familiare, sociale, affettiva e spirituale, di valutare le eventuali difficoltà relazionali e psicologiche, e di informare sui suoi servizi (colloqui individuali o familiari).

### Sostegno puntuale o regolare nel tempo

Le famiglie ci chiamano in caso di bisogno ed hanno delle richieste molto varie: sostenere un momento di crisi, un passaggio depressivo, uno scoppio di aggressività o un momento di tensione relazionale... La verbalizzazione ed il riconoscimento delle difficoltà permettono alla situazione di quietarsi. Noi favoriamo l'espressione dei pensieri e delle emozioni, convalidiamo e normalizziamo i vissuti, incitiamo a mobilitare le risorse e incoraggiamo la salvaguardia dello spazio intimo di ciascuno. Uno o più incontri sono spesso sufficienti. Talora, è necessario un seguito più regolare che tenda alla mobilitazione di una vera e propria dinamica di pensiero.