



palliative vaud

Palliative FLASH®

Soins palliatifs au quotidien

Numéro 87 avril 2026

Il s'agit donc, pour les institutions, d'exercer leur propre réflexivité : interroger leurs orientations, encourager la diversité des points de vue et une pensée critique, permettre la confrontation des idées, reconnaître que la complexité des situations cliniques nécessite du temps pour penser autant que pour agir et protéger les espaces qui rendent ce travail possible.

Conclusion

Dans un domaine comme les soins palliatifs, où l'on ne peut pas toujours guérir ni réparer, il est essentiel de disposer d'espaces où l'on puisse penser ce que l'on fait, mais aussi ce que ce travail nous fait. Promouvoir et exercer la réflexivité des clinicien·nes et celle de leurs institutions, c'est aussi protéger la relation thérapeutique et la qualité des soins proposés à celles et ceux qu'on accompagne.

Références:

1. Bourquin C, Gavin A, Stiefel F, Chanel H, Saraga M, Michaud L. Concerns Oncology Clinicians Bring up During Psychodynamic Supervisions Conducted by Psycho-Oncologists: A Qualitative Exploration. *Psychooncology*. 2025 Aug;34(8):e70238. doi: 10.1002/pon.70238. PMID: 40760742; PMCID: PMC12322352.
2. Stiefel F, Bourquin C, Michaud L. Psychodynamic interventions in palliative care: Cui bono? *Palliat Support Care*. 2025 Nov 3;23:e196. doi: 10.1017/S1478951525101041. PMID: 41178494.
3. Gibbons, R. (2025). The 'impossibility' of working in the current NHS: sacrifice to a primitive god. *Psychoanalytic Psychotherapy*. 39(2), 84–94. <https://doi.org/10.1080/02668734.2025.2490626>

Rédigé par : Dr. Laurent Michaud, CHUV

Remerciements : Marine Bartsch, Yann Corminboeuf, Numa Dottrens, Friedrich Stiefel

Relecture :

Prof. Claudia Gamondi, CHUV, Dr Giorgio Maccaferri, Maître d'enseignement et de recherche clinique, Médecin adjoint, SPANO - Département de psychiatrie

Comité de rédaction :

Prof. C. Gamondi, CHUV
G. Behaghel Service soins palliatifs, CHUV
Y. Gremion, Maison Pallia-Vie, Riaz, Fribourg
S. Moulin, LVCC, Valais
T. Murmo, EHC, Morges
L. Probst Barroso, palliative vaud
Dr R. D'Orio, Rive-Neuve, Blonay
Dr V. Perrin, RSLC, la Côte
T. Puig, Home Mon Repos, La Neuveville
C. Jaccard Schmidhauser, palliative vaud, Lausanne
Dr L. Stanco, Hôpital du Valais

Réponses au Quiz :

1. B, C
2. A, B, C, D
3. A, B, D

Informations et ressources en soins palliatifs pour les différents cantons romands



VAUD : www.palliative-vaud.ch
GENEVE : www.palliativegeneve.ch
FRIBOURG : www.palliative-fr.ch
VALAIS : www.palliative-vs.ch
Arc Jurassien : www.palliativebejune.ch

Soins palliatifs et santé mentale : des clinicien·nes et de la réflexivité.

Dr Laurent Michaud, PD&MERc
Service de psychiatrie de liaison CHUV

Quiz

- 1) Dans certaines situations cliniques difficiles en soins palliatifs, pourquoi les professionnel·les peuvent-ils être tenté·es d'intensifier leurs interventions ?
 - A) Parce que les situations de souffrance exigent toujours une intervention supplémentaire
 - B) Parce que l'action peut parfois aider à réduire le sentiment d'impuissance ressenti par le clinicien
 - C) Parce que l'action permet parfois d'éviter de rester avec l'incertitude ou le sentiment de ne pas savoir
 - D) Parce que l'intensification des interventions améliore le confort et la qualité de vie des patient·es
- 2) Dans les supervisions cliniques, quels types de préoccupations les professionnel·les apportent-ils fréquemment ?
 - A) Des situations où ils ne comprennent pas ce qui se joue
 - B) Des situations où ils comprennent la situation mais ne savent pas comment agir
 - C) Des situations où ils se sentent empêchés d'agir par des contraintes institutionnelles
 - D) Des situations qui les ont personnellement touchés et qui les amènent à réfléchir sur leurs propres réactions
- 3) Concernant les conditions d'existence d'une réflexivité chez les clinicien·nes, quelle(s) proposition(s) est/sont correctes ?
 - A) Elle suppose l'existence d'espaces où les équipes peuvent discuter des situations cliniques complexes
 - B) Elle implique une culture institutionnelle qui favorise la confrontation des points de vue et la pensée critique
 - C) Elle est incompatible avec les exigences de qualité et d'évaluation des soins
 - D) Elle suppose que les institutions puissent interroger leurs propres modes de fonctionnement

Pliez le long de la ligne

palliative vaud Courriel coordination : soins.palliatifs@chuv.ch

Les Palliative Flash sont accessibles sur :
<http://www.palliativevaud.ch/professionnels/documentation>



Soins palliatifs et santé mentale : des clinicien·nes et de la réflexivité.

En soins palliatifs, l'engagement et la disponibilité des équipes sont volontiers mis en avant, mais cette valorisation peut parfois occulter la reconnaissance de l'effet de leur travail sur les clinicien·nes, qui sont confronté·es à des situations humaines d'une intensité particulière. Souffrances psychiques et physiques, incertitude, décisions difficiles, accompagnement des proches et confrontation répétée à la mort, autant d'éléments qui exposent à une charge émotionnelle importante. Nous avons ainsi tou·tes, cliniciennes et cliniciens, à tricoter avec la tristesse, l'impuissance, la frustration et la culpabilité, entre autres. Pour cela, nous pouvons nous appuyer sur différentes ressources : la reconnaissance des patient·es, le travail et les échanges interprofessionnels, notre formation, le soutien des collègues, mais aussi le sens que nous donnons à notre action et l'inscription dans une trajectoire personnelle et un environnement privé qui nous construisent et nous structurent. Ce numéro de Palliative Flash invite à approfondir la question de la réflexivité, une ressource qui nourrit le sens justement, et que nous devons cultiver. Faire façon de ce qui nous traverse et y comprendre quelque chose ne concerne, en plus, pas seulement notre bien-être personnel. Notre raisonnement clinique, nos relations thérapeutiques et les décisions que nous prenons ne sont en effet pas seulement guidés par notre intellect, mais aussi par des courants plus profonds, comme nous allons le voir.

Quand l'action répond aussi à l'impuissance

Lorsqu'une situation devient difficile à tolérer – souffrance persistante, conflit autour des soins, sentiment d'échec – on peut être tenté de répondre par l'action : proposer une intervention supplémentaire, solliciter d'autres intervenant·es, chercher une solution immédiate. Ces démarches sont souvent motivées par le désir sincère d'aider les patient·es. Mais elles peuvent aussi, parfois à notre insu, répondre à un autre besoin : celui de réduire notre malaise ou l'impuissance ressentis face à la situation, l'action remplissant une fonction défensive face à l'angoisse. Lorsque ces mouvements ne sont pas mis au jour, ils peuvent influencer la pratique clinique : investiguer davantage quand il faudrait tolérer l'incertitude ou agir pour ne pas ressentir, par exemples. Le risque est alors que l'intervention vise, au moins en partie, à réguler l'état psychique du ou de la clinicien·ne plutôt qu'à répondre aux besoins de la personne.

Des espaces pour penser la clinique

S'engager dans un processus réflexif est une condition essentielle pour reconnaître ces situations et penser notre clinique. La supervision clinique, individuelle ou de groupe, est un des dispositifs qui le permet. Dans une étude récente, nous avons montré que les professionnel·es y apportent des situations où (i) iels ne comprennent pas ce qu'il se passe (ii) où iels comprennent le fonctionnement du et de la patient·e, mais ne savent pas comment l'aider (iii) iels se sentent limité·es par le contexte institutionnel ou interprofessionnel ou (iv) qu'iels sont touché·es et souhaitent réfléchir sur elleux-mêmes. La supervision devrait permettre d'élaborer ces difficultés et, de surcroît pourrait-on dire, de prendre soin de la santé mentale des équipes.

Concrètement, il s'agit d'abord de mettre des mots sur le manifeste : découragement et tristesse, parfois même rage et colère, face à une fin de vie difficile, ou encore dilemmes éthiques autour de décisions à prendre. Mais le travail de supervision vise aussi, lorsque cela est possible, à explorer des enjeux non- ou préconscients : phénomènes identificatoires puissants, répétition au sein de l'équipe de dynamiques relationnelles appartenant à l'histoire des patient·es, ou tensions et rivalités interprofessionnelles qui se rejouent dans les discussions sur les conduites à tenir. Mettre au jour ces dimensions latentes et comprendre la manière dont elles influencent notre pratique permet de changer de perspective et, lorsque nécessaire, d'ajuster les soins ou la collaboration.

Une responsabilité aussi institutionnelle

La réflexivité ne peut toutefois reposer uniquement sur la bonne volonté des professionnel·es ou sur des espaces de supervision. Les organisations de soins sont traversées par des logiques de contrôle, de standardisation, de productivité et de résultats mesurables, qui déplacent souvent la responsabilité des difficultés vers les individus plutôt que vers le système. Lorsque ces logiques dominent, elles peuvent réduire la tolérance à des tensions inhérentes aux métiers du soin et favoriser une culture de la réponse immédiate au détriment de la clinique et des patient·es.