



HAL
open science

Quand le toucher s'invite dans la rencontre de “ l'entre-deux ” en soins palliatifs

Louise Rojas

► **To cite this version:**

Louise Rojas. Quand le toucher s'invite dans la rencontre de “ l'entre-deux ” en soins palliatifs. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01359517

HAL Id: dumas-01359517

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01359517>

Submitted on 2 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91 Boulevard de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



**Quand le toucher s'invite dans la rencontre
de
« l'entre-deux »
en soins palliatifs**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité
Par Louise ROJAS

Remerciements

Merci à Agnès Boucris pour le temps qu'elle a su m'accorder, pour son écoute d'une clinique qui lui semblait inconnue, et pourtant si proche de la sienne !

Merci pour ce soutien chaleureux et ces réflexions si vivantes.

Merci à Véronique Cocaïgn pour ce savoir-être qu'elle a su partager. Merci de m'avoir guidé dans ce chemin de la psychomotricité en m'accordant ta disponibilité et ta confiance sans jugements. Merci pour ces réflexions partagées, de vrais temps de pensées bouillonnants ! Enfin merci pour ton écoute, ton soutien et ta bienveillance dans ce monde palliatif où l'histoire se réécrit...

Merci à l'ensemble des psychomotriciens que j'ai croisé sur ma route durant ces trois années de formation, et en particulier, à Oriane Legrand. Merci Oriane de m'avoir initié à cette écoute sensible de mon corps lors de la rencontre psychomotrice.

Merci à mes parents qui m'ont soutenu pendant ce long chemin d'études. Merci pour votre présence.

Enfin je n'oublie pas de remercier Hadrien pour sa patience et sa compréhension pendant ces temps d'écriture... Merci pour ton soutien, tes paroles encourageantes et tes massages dits « anti-stress » !

Sommaire

Introduction.....	5
I. La plongée dans le monde palliatif	6
1. Qu'est-ce que les soins palliatifs ?	6
2. Une éthique de l'accompagnement	7
3. Psychomotricité et soins palliatifs.....	8
A. Présentation de l'Unité Mobile d'Accompagnement en Soins Palliatifs	8
B. Psychomotricité au sein de l'UMASP	9
C. Ma place de stagiaire	12
4. Au temps des premières rencontres	12
A. Récit de la rencontre avec Mme A.	12
B. Récit de la rencontre avec M.P.....	18
C. Quand l'absence de pudeur me questionne... ..	23
II. Panser le corps, penser le temps	25
1. La peau, de la contenance physique à la contenance psychique.....	25
A. L'enveloppe peau	25
B. La peau psychique	26
a. <i>La peau psychique, sentiment d'existence et de contenance</i>	25
b. <i>Le Moi-peau et ses fonctions</i>	26
2. A la découverte d'un temps de crise	30
A. Récits des rencontres avec Mme B.	30
B. Récits des rencontres avec Mme D.	36
C. La question du temps en fin de vie	48
a. <i>Le temps de crise existentielle</i>	48
b. <i>Le temps de remaniements psychiques</i>	53
c. <i>Le temps de régression</i>	56

III. Le toucher en fin de vie	62
1. Le toucher.....	62
A. Le sens du toucher	62
B. Le toucher thérapeutique	63
C. Au temps de l'archaïque.....	63
2. Quand le toucher consolide l'enveloppe psychocorporelle.....	65
A. Une enveloppe psychocorporelle défaillante	65
B. Mme A. ou le toucher réparateur	67
C. M.P ou le toucher communicationnel.....	69
D. Mme A. et M. P, vers un réinvestissement du corporel.....	71
3. Quand le toucher « touche » le temps.....	71
A. Mme B. ou le toucher existentiel	71
a. Quand le corps est "véhicule de l'être au monde"	70
b. Quand la mise en mouvement du corps amène celle de la pensée.....	72
c. Quand le sensori-moteur devient affects et représentations.....	73
d. Enjeux psychomoteurs du toucher.....	74
B. Mme D. ou le toucher tendresse.....	76
a. Quand l'expression tonique et gestuelle fait écho.....	75
b. Quand le corps se délie.....	76
c. Quand Eros s'invite dans le toucher.....	77
d. Le toucher "d'érogénèse contenante" et le travail du trépas.....	79
4. Toucher et mieux se séparer ?	81
A. Une séparation existentielle.....	81
a. <i>Une absence de contact</i>	81
b. <i>Des présences silencieuses</i>	82
B. Quand le rythme fait tiers	84
C. Silence et psychomotricité	86
conclusion	87

Avant- propos

Avant d'entreprendre le chemin de la psychomotricité, j'ai accompagné et rencontré des patients atteints de maladies graves, des patients qui m'ont marqué par leur histoire mais aussi par le réinvestissement corporel qu'ils me témoignaient. Le choix d'un stage en soins palliatifs s'inscrivait dans ce désir de découvrir l'approche psychocorporelle par le travail du psychomotricien lorsque la mort devient si proche.

Intéressée par le toucher thérapeutique, j'imaginai tous les apports d'une telle médiation dans ce temps de vie et décidai d'écrire sur le sujet. Mais le temps en fin de vie m'a vite rattrapé et s'est invité dans cette réflexion sur l'enveloppe. Si la question du temps en soins palliatifs peut sembler une évidence, elle ne m'est pas apparue de prime abord ! Était-ce une manière de me défendre de ce temps compté ? Ce qui paraît certain, c'est qu'elle est devenue une nécessité pour penser ma clinique de psychomotricité en soins palliatifs, d'où la thématique de cet écrit.

Dans cette clinique de l'éthique, de la rencontre et de la perte, il m'a fallu faire des deuils, accepter que ma temporalité soit complètement bouleversée par ce temps du mourir, accepter de lâcher prise.

Accepter la rencontre unique, accepter l'incertitude des retrouvailles m'ont demandé du temps ! Il m'a fallu redécouvrir ma temporalité en l'accordant aux rythmes des patients, en portant attention à ces temps pluriels au sein d'une même séance. Ces temps qui m'ont profondément marqué dans leur dimension existentielle.

Afin de retranscrire au mieux mon cheminement de pensée et de réflexion, j'ai décidé de présenter mes cas cliniques dans la chronologie de mon expérience de stage. Selon moi, je ne peux faire l'économie de ces premières rencontres qui m'ont guidé dans cette réflexion du toucher et de la temporalité. Ainsi, j'ai décidé de retranscrire dans ce mémoire mon processus de pensée, construit sur une articulation à la fois clinique et théorique.

Introduction

Lorsque la maladie grave surgit, c'est l'être dans toute sa psychomotricité qui en est affecté. Les repères internes ne sont plus si fiables et si solides qu'autrefois, le corps malade malmené voire mutilé n'est plus ce contenant sécure et rassurant.

Lorsque l'espoir de guérison s'efface et laisse la place à un futur angoissant, le temps n'est plus familier, il devient compté. Ce présent à vivre devient spolié de son devenir et atemporel.

Quand le temps n'est plus synonyme d'espoir, comment habiter cet organisme pour en faire encore son corps ? Comment habiter ce corps dans cet « entre-deux », entre la vie et la mort ?

Dans ce mémoire, je tente d'apporter une réflexion autour de l'approche psychomotrice, par la médiation du toucher thérapeutique, et ce dans une temporalité mise à l'épreuve tant pour le psychomotricien que pour le patient.

Comment le psychomotricien peut-il soutenir la corporéité dans ce temps de crise ?

Comment la médiation du toucher thérapeutique en psychomotricité peut-elle aider à traverser cette crise du mourir dans l'ici et maintenant ?

Dans une première partie, nous partirons à la rencontre des soins palliatifs et des premiers patients qui ont nourri mes réflexions cliniques.

Dans une seconde partie, je proposerai d'aborder les fondements de l'enveloppe psychocorporelle pour mieux comprendre son atteinte dans ce temps de vie. Dans cette partie j'interrogerai la temporalité en m'étayant sur de nouvelles rencontres.

Enfin, j'aborderai une discussion autour du toucher thérapeutique dans ce temps de « l'entre-deux » à travers ses résonnances dans l'accompagnement psychomoteur de la fin de vie.

I. La plongée dans le monde palliatif

1. Qu'est-ce que les soins palliatifs ?

Pendant longtemps, la clinique palliative est restée assimilée à des soins réservés aux patients en phase d'agonie. Le monde du curatif et celui du soin palliatif demeurant alors séparés entre l'espoir de guérison d'un côté et l'échec, la mort imminente de l'autre. Actuellement cette vision dichotomique des soins a évolué et le palliatif trouve toute sa place dans le temps curatif.

La Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) définit les soins palliatifs en ces termes : « des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale »¹. Les soins palliatifs s'adressent à toute personne dont la pathologie organique, ou autre, ne peut être guérie d'un point de vue strictement médical. Aller à la rencontre de la clinique palliative implique donc de se détacher d'une représentation sociétale, empreinte voire entachée par l'idée d'une mort imminente. Représentation qu'il est néanmoins important d'avoir à l'esprit lorsque l'accueil des soins palliatifs semble difficile pour patients, familles et soignants.

Le temps de la phase palliative varie selon chaque situation. Elle peut surgir lorsque la perspective de guérison devient mince tant lors du diagnostic de la maladie qu'en fin de traitements curatifs. Mais le temps palliatif reste un soin, il limite la progression de la maladie tout en veillant à garantir la qualité de vie du patient, c'est là toute la réflexion éthique de cette clinique. La phase palliative peut s'étaler sur des semaines, des mois, voire des années. Elle n'est pas à confondre avec la phase terminale qui constitue ce temps du décès imminent. Cependant face à l'avancée de la maladie, les frontières entre phase palliative et terminale apparaissent floues dans la réalité clinique. Le plus souvent, c'est lorsque l'approche curative ne peut plus rien proposer ou estime qu'il est préférable d'arrêter les traitements lourds, au risque de tomber dans un acharnement thérapeutique déraisonnable, que les soins palliatifs interviennent. C'est le temps de l'échappement thérapeutique.

La conception du soin dans le palliatif n'est plus celui de la guérison, mais celui d'un accompagnement respectueux d'une qualité de vie du patient. Les besoins et les demandes fondent le projet de vie. Dès lors, les soins palliatifs s'opposent à la pratique d'euthanasie. La

¹ Société Française des Soins Palliatifs, www.sfap.org

SFAP précise cette position : «Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès».² Pour respecter cet engagement de soin, l'approche globale de la personne est essentielle. Celle-ci s'envisage avec le concept de « douleur totale » issue de l'expérience clinique de C.SANDERS, fondatrice du mouvement moderne des soins palliatifs. La personne souffrante est appréhendée dans sa globalité de l'être à travers le soulagement de ses symptômes physiques mais aussi ceux liés à la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. La démarche palliative a la particularité de s'adresser tant aux patients, qu'aux familles ainsi qu'aux soignants, ce qui fonde un véritable travail de mise en lien non négligeable et pertinent dans un tel moment de crise. Tout soignant en soin palliatif doit donc envisager l'accompagnement dans l'étymologie même du mot « être auprès de ». Mais cette posture implique une réflexion, une éthique de soin qui fonde le monde palliatif.

2. Une éthique de l'accompagnement

L'expérience de la maladie grave demeure évidemment éprouvante et difficile à supporter pour toute personne qui y est confrontée. Cette perspective plus ou moins proche de la mort constitue une véritable souffrance. Elle implique aux équipes des soins palliatifs de penser une philosophie du soin pour mieux accompagner ce temps de l'autre souffrant.

Les mots de C.SANDERS nous plongent dans cette éthique de soin : « Lorsqu'il n'y a plus rien à faire, il y a encore quelque chose à faire ; lorsqu'il n'est plus possible de traiter, il est encore possible de soigner »³. Ainsi accepter la rencontre en soins palliatifs, c'est aussi accepter d'envisager ce temps du mourir comme temps de vie. Le malade demeure une personne humaine et doit être considéré avec dignité, dans le respect, l'attention et les soins qu'il mérite.

Pour D.JACQUEMIN, cette éthique de soin s'inscrit au cœur de la question du rapport au temps. Il devient nécessaire de réintégrer le temps du mourir comme partie intégrante de l'histoire de vie de la personne. Cette posture professionnelle demande un engagement éthique non négligeable. Cela nécessite d'affronter et surtout d'oser lever certaines résistances personnelles, puisque la rencontre d'une personne proche de la mort nous confronte à notre propre finitude : « Cette dimension de présence à l'autre dans son histoire, dans le temps ultime qu'il vit encore, où des besoins spécifiques peuvent encore s'exprimer, nécessite une

² *Ibid.*

³ SAUNDERS C., 1989, p. 267.

attitude de la part des soignants et accompagnants : celle de « faire société » avec le malade, c'est-à-dire d'entrer en sa compagnie dans une certaine solidarité, d'être présent dans ce lieu où lui se trouve en cette période de vide »⁴. Néanmoins, par cette conception du soin à la fois éthique et humaniste, il ne s'agit pas d'idéaliser la fin de la vie puisque celle-ci reste « le lieu d'une crise, parfois sans solution réelle d'accompagnement »⁵. Le soignant doit donc au préalable faire lui-même le deuil de « la belle mort ».

3. Psychomotricité et soins palliatifs

A. Présentation de l'Unité Mobile d'Accompagnement en Soins Palliatifs

Cette année, j'ai découvert la clinique palliative auprès d'une Unité Mobile d'Accompagnement en Soins Palliatifs (UMASP). L'UMASP dans laquelle j'effectue mon stage est rattachée à un hôpital assurant des soins d'hospitalisation aiguë. Ainsi contrairement aux Unités de Soins Palliatifs⁶, l'UMASP intervient auprès de différents services hospitaliers disposant de lits identifiés⁷. La douleur étant traitée spécialement dans un service de l'hôpital, l'UMASP possède donc une spécificité palliative dans son intervention.

L'UMASP est dite « mobile » car elle est amenée à intervenir lorsqu'un médecin, référent d'un patient, estime qu'il est nécessaire d'y avoir recours. Cette équipe pluridisciplinaire, se déplace au lit du malade et auprès des soignants. Tout service peut donc solliciter l'intervention des soins palliatifs. Néanmoins il est encore possible de constater la difficulté de certains à solliciter l'UMASP, dont la « politique » est celle de nommer les mots « soins palliatifs » dès la première rencontre afin de ne pas alimenter ou renforcer des confusions. Les représentations sociétales des soins palliatifs peuvent faire éprouver un sentiment d'abandon aux équipes soignantes. Comme chaque individu, chaque service entretient un rapport particulier à la mort.

L'UMASP intervient dans différents contextes selon les besoins, les demandes d'évaluations et d'aide du service :

- Lorsque la problématique d'un patient vient mettre à mal l'équipe comme l'expression d'un symptôme ingérable, la souffrance de la famille, etc. et nécessite l'intervention d'une équipe spécialisée.

⁴ JACQUEMIN D., 2002, p.149.

⁵ *Ibid*

⁶ USP : lieux spécifiques aux soins palliatifs, constitués de lits totalement dédiés à la pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement en fin de vie où les soignants sont formés à cette approche de soin.

⁷ Lits identifiés en soins palliatifs : lits dédiés à la prise en charge palliative dans des services hospitaliers.

- Lors de réflexions éthiques en lien avec la qualité de vie, comme l'arrêt d'un traitement, une amputation ou la limitation de certains traitements.
- Lorsque la demande du projet de vie, demandé par le patient, nécessite une discussion éthique.

Pour répondre à cette approche globale, l'UMASP qui dispose de ses propres locaux, se compose d'une équipe pluridisciplinaire constituée de deux médecins, deux infirmières, d'une psychomotricienne, d'une psychologue et d'une secrétaire. Une équipe d'une dizaine de bénévoles, formés aux soins palliatifs, est également présente.

L'UMASP dispose de temps d'échanges. Les transmissions matinales et quotidiennes permettent à chacun de se renseigner sur l'état des patients. Une réunion de synthèse hebdomadaire assure un véritable travail de lien transversal et pluridisciplinaire. Ces temps sont aussi l'occasion de prendre connaissance des problématiques des patients, c'est donc souvent le temps des indications de psychomotricité.

Les missions de l'UMASP vont de l'accompagnement du patient et de ses proches, au soutien et à la formation des soignants. Un véritable travail de lien entre l'équipe soignante et l'UMASP se construit, ce qui permet de redessiner la représentation des soins palliatifs et d'être sollicité en amont des traitements curatifs. Ce temps d'intervention précoce est essentiel car il permet de rencontrer la personne dans sa globalité, avec son histoire de vie, ce qui est rendu souvent plus difficile en phase terminale.

La rencontre dans le temps palliatif se déroule dans un « *entre-deux* », entre ce temps du curatif, qui n'est plus signe d'espoir, et l'approche de la mort qui reste source d'angoisse. Venir à la rencontre en soins palliatifs, c'est donc proposer de co-créeer un espace intersubjectif dans ce présent qui reste à vivre.

B. Psychomotricité au sein de l'UMASP

Bien que tout soignant puisse solliciter l'intervention de la psychomotricienne, de façon justifiée pour un patient, seule la prescription du médecin de l'UMASP permet la mise en place de séance de psychomotricité.

Selon la situation clinique, les motivations et les demandes transmises à la psychomotricienne, plusieurs types d'interventions psychomotrices sont possibles. Elles peuvent aller d'une simple évaluation psychomotrice à un véritable travail de thérapie psychomotrice.

Les indications psychomotrices les plus fréquentes sont les suivantes :

- Troubles tonico-émotionnels : paratonie, hypotonie ou hypertonie impliquant une région ou l'ensemble du corps ;
- Perturbation de la motricité spontanée : ralentissement psychomoteur ou agitation motrice ;
- Trouble du schéma corporel : atteinte des somatognosies, perte des repères corporels ;
- Altération de l'image du corps : atteinte de l'estime de soi, unité somato-psychique fragile, angoisse de morcellement, de liquéfaction, atteinte de l'unité corporelle ;
- Trouble de l'investissement corporel : désinvestissement ou surinvestissement d'une partie ou de la totalité du corps ;
- Troubles des comportements : apathie, perte d'initiative, appréhension du toucher ou du mouvement, intolérance à la frustration, hypercontrôle des horaires des traitements ;
- Atteinte narcissique : remise en cause identitaire, quête de nouvelles limites corporelles ;
- Anxiété somatisée ;
- Perte d'autonomie progressive ;
- Troubles de la communication : isolement, repli relationnel ou cause neurologique.

La première rencontre est essentielle, elle offre souvent une mise en compréhension du vécu corporel et temporel du patient. Elle s'appuie sur la dynamique de la rencontre dans l'instant présent, à l'écoute des besoins psychomoteurs et de la problématique psychomotrice du patient. L'évaluation psychomotrice est donc nécessaire.

- Le sens de l'évaluation

En soins palliatifs, la question de l'évaluation peut sembler difficilement représentable, du fait de la précarité corporelle liée à l'avancée de la maladie, de la douleur pouvant faire barrière à la rencontre, du corps abimé et vulnérable en fin de vie et de l'angoisse de mort massive. Et pourtant, cette évaluation est essentielle et nécessite d'être systématique. Elle permet au psychomotricien d'établir un projet thérapeutique respectueux des besoins psychomoteurs du patient en fin de vie et d'éviter le piège de la projection. Le risque majeur serait de projeter ses propres représentations, voire idéaux, sur la fin de vie. La psychomotricité venant nourrir le fantasme d'une « bonne mort », entourée d'un psychomotricien « tout puissant » et pourvoyeur d'une détente absolue.

- Un travail de liens

Avant toute rencontre, il s'agit de mener un véritable travail de lien pluridisciplinaire entre les professionnels de l'UMASP. Ces éléments cliniques servent d'éclairage sur le vécu corporel du patient. Ce travail de lien est aussi mené auprès des soignants du service dans

lequel nous intervenons. C'est également une manière d'informer notre présence et de ne pas aller « seul » à la rencontre du patient.

- La rencontre psychomotrice

En clinique palliative, le temps est bouleversé. L'incertitude de la durée de prise en charge nécessite d'avoir constamment le regard porté sur l'évaluation à travers les dires du patient et de ce qu'il dévoile dans sa corporéité. La maladie fait tiers dans la rencontre psychomotrice, chaque séance est une nouvelle rencontre, une nouvelle manière de comprendre comment le patient habite son corps. L'évaluation n'est donc pas figée dans le temps, elle est mouvante et remanie constamment le projet psychomoteur.

Par cette approche globale du sujet en soins palliatifs, les questions posées peuvent concerner aussi bien la place du symptôme et de la maladie que les ressources pour s'y adapter et l'histoire de vie.

Dans cette rencontre, c'est l'observation psychomotrice qui nourrit l'évaluation. Il s'agit de porter attentivement son regard de psychomotricien sur la manière dont le patient habite son corps. Les postures adoptées, l'expressivité faciale et émotionnelle ainsi que la qualité tonico-émotionnelle du patient sont riches d'informations. C'est en ayant à l'esprit les items psychomoteurs tels que le tonus, l'équilibre, les processus de coordination, les repères temporo-spatiaux, l'image du corps et le schéma corporel, que le psychomotricien affine sa lecture psychomotrice. Enfin des items de tests spécifiques peuvent être proposés et utilisés pour soutenir l'observation qui demeure avant tout qualitative. De cette évaluation psychomotrice, transmise aux autres acteurs de soins, peut s'élaborer un projet thérapeutique adapté à la problématique psychomotrice du patient.

Fragilisé par la maladie et ce temps de crise, l'équilibre psychomoteur du patient est perturbé, déséquilibré. Les problématiques psychomotrices deviennent le reflet de ses ruptures et des remaniements psychomoteurs auxquels il tente de faire face. Les problématiques psychomotrices sont à entendre avec le vécu corporel antérieur à la maladie. A partir de sa clinique, V. COCAIGN en propose plusieurs : l'atteinte de l'axe en lien avec la perte de la verticalité; le manque d'ancrage; l'atteinte de l'enveloppe; les troubles de la régulation tonico-émotionnelle et la dissociation somatopsychique. Plusieurs problématiques peuvent se retrouver chez un même patient, l'idée étant de veiller à respecter les défenses psychocorporelles. Ainsi le psychomotricien propose une porte d'entrée vers la problématique la plus accessible pour l'un et l'autre.

C. Ma place de stagiaire

Ma place de stagiaire a naturellement évolué au fil de l'année. Un temps d'observation des séances m'a permis de m'immiscer dans ce monde palliatif, émotionnellement éprouvant, car me confrontant à ma propre finitude.

Observatrice, j'ai appris à accueillir mon monde intérieur, mes pensées, mes affects, mes images et mes représentations que convoquait ce temps de vie. En prendre conscience, les nommer sans jugement, m'a permis d'entamer un véritable travail d'introspection en lien avec mon histoire et mes deuils personnels. Il était nécessaire d'écouter ces mouvements intérieurs pour les reconnaître comme miens et ne pas les projeter sur les patients.

Encouragée et contenue par la présence de la psychomotricienne, j'ai occupé une place d'actrice dans cette observation. J'ai appris à regarder avec mon être, à partager mon regard psychomoteur, à transmettre à l'équipe mes réflexions et à me laisser surprendre par l'instant présent.

Puis à mon tour, j'ai pu proposer des séances, rencontrer seule des patients hospitalisés et découvrir mon identité professionnelle.

Lors des rencontres avec les patients, il ne s'agissait pas d'imposer ma présence mais de respecter leurs besoins. Aussi, je pouvais passer d'une place d'observatrice à celle d'une thérapeute.

C'est tout au long du stage, que j'ai pu élaborer les problématiques des patients, sous le regard contenant et formateur de la psychomotricienne.

4. Au temps des premières rencontres

A. Récit de la rencontre avec Mme A.

Mon premier jour de stage est marqué par la rencontre avec Mme A., âgée de 47 ans. C'est une femme douloureuse que l'on me présente en réunion. Ses douleurs de type neuropathiques suscitent les interrogations de l'équipe qui la retrouve souvent dans sa chambre, souffrant seule sans solliciter les soignants.

Un cancer du canal anal a été diagnostiqué, une opération basse de l'appareil digestif a été pratiquée. Aujourd'hui elle présente des métastases et la chimiothérapie s'est interrompue. Mme A. présente une plaie à l'aine droite qui impressionne les soignants, d'autant plus qu'elle la scrute minutieusement. Elle semble avoir besoin de la regarder et parfois de toucher

le pansement présent sur cette partie de son corps abîmé, ce qui engendre une gêne chez certains soignants.

Mme A. est mariée mais les relations avec son époux sont très distantes, celui-ci venant très peu lui rendre visite car handicapé physiquement. Son discours m'est décrit comme très critique sur son mari dont elle minimise le handicap. Mme A. n'a pas d'enfants, originaire d'Afrique du Nord, sa famille est en grande partie au pays, seul un cousin réside en France.

J'apprends qu'elle a dû se confronter précocement à la perte d'êtres les plus chers. Son père a succombé à une crise d'asthme lorsqu'elle n'avait que quatre ans et sa mère fut électrocutée lorsque qu'elle en avait treize. Mme A. se définit comme une femme s'étant occupée constamment des autres, ayant appris à se débrouiller toute seule et à élever ses frères et sœurs. Le « prendre soin de soi » n'est pas quelque chose de connu pour Mme A., ni la demande d'aide. Les soignants évoquent leur difficulté à l'accompagner puisqu'elle ne se manifeste pas lors des moments douloureux, elle reste seule et isolée dans la sensation jusqu'à la venue d'un soignant. Mme A. dispose d'une pompe à morphine dont elle peut user à tout moment selon son besoin, pourtant elle n'y a pas recours.

Une première rencontre s'est faite avec la psychomotricienne au cours de laquelle une évaluation a été proposée. Sur son *dessin du bonhomme* figure une petite fille entourée d'arbres. Mme A. se décrit en Algérie sur la plage.

Les rencontres en psychomotricité ont ouvert un espace autour des soins du corps et des massages. Un espace de détente et de bien être qu'elle accepte, tout en veillant au confort de la psychomotricienne pendant les massages.

La rencontre avec Mme A.

La psychomotricienne et moi, venons à la rencontre de Mme A. Pleine d'entrain pour débiter cette première rencontre, me voilà confrontée à un tout autre sentiment. J'aperçois une petite femme repliée en position fœtale qui nous tourne le dos, son corps et sa tête orientés vers la grande fenêtre de sa chambre.

Mme A. est menue, les traits de son visage sont fins, elle porte un turban sur la tête laissant apparaître quelques cheveux épars mouillés par la transpiration. Son visage exprime de la souffrance, elle est essoufflée. Enroulée sur le côté droit, elle est au bord des larmes et me semble « carapacée » dans sa douleur, elle refuse d'emblée la séance. Terrorisée, assaillie

par sa douleur qu'elle évalue à 8 sur 10, j'ai l'impression de voir une petite fille perdue, angoissée et vulnérable.

Mme A. ressent de grandes douleurs depuis quelque temps et nous sommes les seuls soignants au courant puisqu'elle n'a prévenu personne, ni appuyé sur sa pompe à morphine. L'urgence envahit la pièce, la psychomotricienne s'agenouille près d'elle, à la hauteur de son regard et lui tient la main. Je suis saisie par l'intensité des regards. Celui de la psychomotricienne, empathique, qui tente de rentrer en communication avec elle et celui de la patiente qui souffre et la regarde à la recherche d'un soutien. Je décide de m'éloigner et m'appuie contre le mur, j'ai également besoin de soutien face à cette situation de crise.

La psychomotricienne pose sa main sur le front de Mme A., s'empresse de lui proposer un gant frais pour abaisser sa fièvre et un verre d'eau. Tellement éprise de douleurs, elle ne répond pas, elle semble à bout. Elle accepte finalement les solutions proposées du bout des lèvres. Tandis que la psychomotricienne se dirige vers la salle de bain je regarde et tente d'établir un contact avec Mme A. Bien qu'elle croise mon regard j'ai l'impression de lire dans ses yeux comme de la gêne, elle détourne le regard. La sensation douloureuse fait barrage à la rencontre. La psychomotricienne, accroupie auprès d'elle, pose sa main sur la sienne, la regarde, lui sourit et met des mots sur cette situation éprouvante. La patiente semble apprécier et remercie. Avec la permission de Mme A., la psychomotricienne appelle le médecin et l'infirmière référentes de la patiente, ce qui paraît la rassurer, portant toute son attention sur ce coup de téléphone.

À présent, nous voilà toutes les quatre autour d'elle, à l'écoute de cette douleur et de sa souffrance. Je suis alors surprise en remarquant le changement de posture de Mme A. Elle s'est spontanément réaxée dans son lit, son corps traduit une ouverture à la relation. Elle balaie son regard sur chaque soignant en souriant. Un sourire qui naît lorsque nous tentons de comprendre ce qu'elle ressent. Cette fois-ci, elle évalue à 5 sur 10 sa douleur, ce qui me surprend. Une simple présence semble avoir eu un effet apaisant, rassurant, et contenant. J'ai l'impression que Mme A. a besoin d'être en relation.

Le médecin et l'infirmière décident de l'ausculter pour mieux comprendre cette douleur et se rapproche d'elle en l'entourant chacun à ses côtés. D'une voix fluette, Mme A. peine à décrire sa douleur qu'elle ne traduit que par un geste circulaire de la main droite, comme un automassage. La sensation douloureuse fait barrage aux mots, elle a besoin d'être étayée par les mots du médecin pour la décrire. Ses mots demeurent hésitants, elle semble perdue dans la sensation, confuse. Une même réponse passe du « *oui* » au « *non* » voire au « *Je ne sais pas* ». Lorsqu'elle répond aux questions, j'ai l'impression qu'elle nous cherche du regard, qu'elle attend notre approbation.

Le médecin continue d'évaluer la douleur et la questionne sur la plaie à sa jambe droite. Je suis alors surprise de la réponse de Mme A., elle soulève d'emblée son drap en disant « *Vous voulez voir ?* », prête à découvrir son corps sans pudeur, ce que le médecin ne juge pas nécessaire.

La pompe à morphine est à sa gauche. Elle lui tournait le dos à notre arrivée. Elle en connaissait l'utilité mais n'en a pas eu recours lors des épisodes douloureux. Elle la touche, constate l'utilisation de cet appareil et sa technicité. Lorsque le médecin lui demande pourquoi elle n'appelle pas les soignants, celle-ci s'effondre en larmes en baissant la tête, comme si quelque chose d'honteux l'envahissait. J'ai l'impression que cette émotion résonne avec des éléments personnels de son histoire de vie. La question lui a paru trop brutale. La psychomotricienne s'agenouille à nouveau, et dépose sa main sur celle de Mme A., la caressant d'un toucher réconfortant. Les regards sont intenses, la psychomotricienne nomme l'insupportable de la douleur et l'apaisement d'être en relation en se tournant vers nous. Mme A. l'a suivi du regard et nous adresse un sourire. Elle sourit à présent à la psychomotricienne et laisse échapper des petits rires, comme soulagée d'être comprise, d'être entendue, elle dit maintenant « oui ». Je suis frappée par cette scène, j'ai l'image d'une mère communiquant avec son bébé dans un véritable dialogue tonico-émotionnel.

À présent apaisée, Mme A. accepte de faire la séance de psychomotricité. Avant de quitter sa chambre, le médecin et l'infirmière appuient sur la pompe à morphine et l'invite à renouveler ce geste pour prévenir la douleur ainsi que les soignants disponibles pour l'aider.

La psychomotricienne questionne si elle souhaite un éventuel massage. Bien qu'elle soit fortement désireuse d'un toucher « *Ah oui, on masse !* », Mme A. a besoin d'être guidée pour le choix des parties du corps à masser. Elle reprend la proposition de la psychomotricienne, « les jambes », puis elle y rajoute « les bras ».

Pendant qu'elle s'installe, elle tourne son visage vers moi et m'interpelle « *Vous êtes élève ?* » me dit-elle en me souriant. Je me lève et me rapproche d'elle, m'étant volontairement mise à distance évitant d'être intrusive pendant le massage. Désormais, nous sommes disposées chacune à un de ses côtés, l'entourant symboliquement. Nous abordons la psychomotricité, ce que Mme A. interroge. Elle fait pourtant seule le lien somato-psychique, « *le psychologique* » et « *le moteur du corps* ». Nous continuons avec elle ce lien en y associant les émotions, comme celles ressenties quelques instants auparavant lorsque sa douleur la tirait. Tout de suite, Mme A. approuve nos paroles « *Ah oui c'est bien, c'est très bien ce que vous savez* ». Dans ses mots, j'ai l'impression qu'elle nous attribue une meilleure connaissance de son vécu tonico-émotionnel, comme si nous pouvions « décoder », « traduire » à sa place.

Alors qu'elle est invitée à s'installer confortablement pour le massage, Mme A. semble de nouveau perdue et déplace d'un léger mouvement son bassin vers la gauche. Je sens Mme A. hésitante, à la recherche de la validation de sa posture, elle accroche du regard la psychomotricienne comme pour demander de l'aide « *Comme ça ? C'est bien ?* ». De nouveau, j'ai l'image d'une petite fille, soucieuse de bien faire qui peine à trouver ce qui lui convient selon son propre besoin. Elle remue légèrement puis s'arrête assez vite et nous fait un geste de la main pour nous signifier qu'elle est prête. Nous l'interrogeons sur ce geste, « *On fait comme ça les Arabes* » dit-elle en souriant et en rigolant. Une discussion autour du langage du corps est entamée. « *Vous les Français vous parlez normalement* » nous dit-elle, ce qui nous fait sourire toutes les trois.

Le massage avec huile débute par le pied droit et Mme A. regarde avec attention les gestes de la psychomotricienne en maintenant légèrement sa tête en extension du côté massé. Elle observe attentivement ces mains qui se posent, touchent son corps et l'enveloppent sans dire un mot, sans regarder la psychomotricienne. La psychomotricienne alterne son regard entre la zone massée et le visage de Mme A. pour s'assurer de son confort. Par légères pressions, les mains enveloppent le pied dans tout son volume et remontent progressivement vers la jambe et la cuisse droite avec quasiment la même rythmicité. Une main posée sur le pied droit et l'autre sur la cuisse, la psychomotricienne lisse avec précaution de haut en bas. Bien que cette partie du corps soit douloureuse, elle est massée et la patiente ne semble pas gênée. Le massage se poursuit à gauche et Mme A. suit des yeux le déplacement de la psychomotricienne tout en orientant désormais son attention sur son pied gauche.

Ce n'est qu'à partir du massage de la main et du bras gauche que Mme A. se relâche enfin et dépose sa tête sur l'oreiller en fermant progressivement les yeux. Puis d'elle-même, elle redescend sa blouse avec sa main droite, qui avait été légèrement remontée pour le massage des cuisses. Aidée par la psychomotricienne elle recouvre ses parties intimes et ses cuisses dans une certaine pudeur. Elle refuse le drap sur ses cuisses, elle n'a pas froid.

Le toucher au niveau des épaules l'apaise, elle verbalise spontanément le bien-être, guidant même la psychomotricienne. Elle défait sa blouse à la hauteur des épaules pour profiter pleinement de ce massage, incline son cou vers la droite et se redresse légèrement pour faciliter le passage des mains. Spontanément, elle parle de son corps, de ses épaules qui sont « lourdes ». Son attitude a changé, elle se permet de guider la psychomotricienne vers des parties de son corps, venant exprimer quelque chose de son désir. De même, elle me donne l'impression de se réapproprier une intimité, celle d'un corps qu'elle couvre et

découvre lorsqu'elle le souhaite. J'ai l'image d'un corps qui devient sujet, qui peut progressivement dire « Je », ce qui me semblait complexe en début de séance.

Cependant, il me semble qu'elle ne s'autorise que partiellement à lâcher prise. Elle ferme les paupières et les relève par intermittence comme si elle avait besoin de garder une certaine maîtrise.

Alors que la psychomotricienne l'invite à prendre le temps pour faire sa reprise, Mme A. écourte cet espace de détente et rouvre rapidement les yeux en nous souriant. Le temps de verbalisation reste pauvre, le seul mot qu'elle utilise pour décrire son ressenti corporel est « *douleur* ». Je suis surprise de constater à quel point la douleur vient masquer les sensations du massage qu'elle avait cependant pu nommer spontanément pendant le toucher. À l'évocation du mot « *douleur* » son visage se ferme comme si le mot convoquait la sensation. J'ai l'impression que la douleur s'est inscrite dans sa pensée voire dans le vécu du corps.

Avant de quitter la chambre, nous lui proposons de se réinstaller si elle en éprouve le besoin. Sans hésiter, elle s'allonge spontanément en chien de fusil sur le côté gauche. Guidée par la psychomotricienne, elle prend le temps de rechercher de bons appuis et la posture qui lui semble la plus confortable. Je remarque alors que Mme A. est moins accrochée à notre regard et semble davantage à l'écoute de son besoin. Elle peut même refuser ce que nous lui proposons ou bien accepter avec plaisir un coussin entre ses jambes en testant plusieurs positions. Elle opte finalement pour le coussin calé entre ses cuisses de façon à laisser reposer la cuisse droite dessus. Mme A. profite de notre présence pour s'installer et prendre place dans cette chambre qui est la sienne. Nous sommes désormais en retraits, debout à une certaine distance et nous la regardons « faire seule », témoins de ce changement radical entre le début et la fin de séance. Nous vérifions que tout soit à sa portée notamment la pompe à morphine. Mme A. appuie spontanément sur sa pompe en nous disant : « *Ah oui ! J'appuie elle m'a dit* (en parlant du médecin), *mais j'y pense pas !* ». D'une voix plus assurée elle nous explique qu'elle n'a pas pu prendre son café de l'après-midi à cause de son état douloureux, nous allons le dire à l'aide-soignante. Mais le désir de Mme A. s'affirme, elle souhaiterait « *un café au lait* », précise-t-elle. En début de séance je découvrais une femme terrée dans sa douleur et ne s'autorisant pas à demander de l'aide ; maintenant j'entends qu'il est possible pour elle de s'accorder du bon en sollicitant autrui.

Chacune notre tour nous lui serrons la main et lui tournons le dos pour quitter la chambre mais elle nous rappelle, nous revenons sur nos pas. Alors qu'elle était bien installée sur son lit, elle se recrute toniquement, se penche vers sa petite table de chevet et tire le tiroir où j'aperçois une réserve de gâteaux. Elle empoigne plusieurs sachets et nous en offre à

chacune de nous. Nous la remercions, touchées par cette attention et repartons les poches pleines de gâteaux.

Mme A. se sentait-elle redevable de cette séance ? À sa manière, avait-elle eu besoin d'endosser une fonction maternelle, celle d'une mère nourricière en prenant soin de nous ? Ou bien était-ce une façon de ne pas se sentir redevable de cette aide de soignants qu'elle avait sollicité malgré elle ?

Le projet thérapeutique visait à accompagner Mme A. autour des résonances psycho affectives et psychomotrices de la douleur qui mettaient en difficulté l'équipe soignante. De même, la douleur mettant à mal l'investissement de son corps et de son schéma corporel, la psychomotricité devenait cet espace de mieux-être.

Le lendemain, nous allons à la rencontre de Mme A., mais elle a de la visite. Je suis d'emblée frappée par la différence entre sa corporéité de la veille et celle d'aujourd'hui. Elle est assise dans son lit, souriante, profitant pleinement de la visite d'un proche. Elle préfère reporter la séance de psychomotricité. Je ne la reverrai pas, un projet en USP a été accepté, Mme A. a été transféré dans cette unité. J'apprendrai une semaine plus tard qu'elle est décédée peu de temps après son admission.

B. Récit de la rencontre avec M.P

M. P. âgé de 85 ans, est hospitalisé d'urgence en service vasculaire. Suite à un anévrisme, il a reçu une endoprothèse aorto-thoracique. Mais une anomalie a été décelée. Un écoulement de pus est constaté au niveau de la prothèse. La décision de ne pas opérer est prise par les médecins, cela pourrait aggraver son état de santé. Une prise en charge symptomatique de confort et palliative lui est donc proposée. À la venue de l'équipe mobile de soins palliatifs, M.P. surprend. En effet, il accueille l'équipe d'une façon pour le moins inattendue, nommant le mot « palliatif » tout en l'associant à un mieux-être avec le projet d'un retour à domicile avec rééducation. Actuellement un projet de transfert en unité de soins palliatifs est envisagé mais peine à se mettre en place en raison de l'attente d'une réponse. Bien que ce lieu de soin soit plus adapté pour accompagner le patient, celui-ci refuse et souhaite rester dans le service vasculaire.

Marié, père de deux enfants et retraité, il est décrit comme complètement autonome et particulièrement actif avant son hospitalisation. Il pratiquait de nombreuses activités (sport, marche, vélo, jardinage, etc.) Aujourd'hui, M. P. est dépendant, il est alimenté par nutrition

artificielle. Une insuffisance rénale chronique l'oblige à uriner dans un urinoir à cause de ses « envies pressantes ». Cette dépendance questionne l'équipe car il ne s'exprime nullement sur cette perte narcissique et ce changement brutal d'identité. Il souffre de douleurs thoraciques, principalement lors d'inspirations profondes.

Dans ce contexte de soin, nous partons à la rencontre de M.P. avec la psychomotricienne afin d'évaluer son vécu psychocorporel et les résonances psycho-affectives de cette perte pour envisager ou pas des séances de psychomotricité.

La rencontre avec M. P.

Lorsque nous entrons dans la chambre, M.P. est en train d'uriner dans son urinoir sous son drap. Surpris par notre arrivée, il sursaute, et je le sens expédier son besoin urinaire. Gênées de nous immiscer brutalement dans cette intimité, nous lui proposons de patienter dans le couloir, mais il nous invite à rentrer déclarant avoir fini.

Nous prenons donc place comme il nous y autorise. Il est allongé en décubitus dorsal sur son lit, nous nous installons du côté gauche, le côté droit étant « bouché » par les différents appareillages médicaux. D'emblée, je suis gênée par cette réalité corporelle qui s'impose à lui et dont nous sommes témoins. Celui-ci ne nomme pas directement la difficulté vis-à-vis de cette irruption soudaine dans son intimité mais il demeure dans une certaine tonicité. Allongé dans son lit, ses jambes s'entrecroisent sous son drap, sa main droite est suspendue et agrippée à la poignée de potence du lit tandis que la main gauche continue de s'agiter sous le drap. Des mouvements de mains que je localise au niveau du bas ventre de M.P. A-t-il vraiment fini d'uriner ?

M.P. est un homme d'un certain âge. Ses cheveux gris légèrement bouclés rappellent les signes du temps passé, mais son corps évoque une certaine force physique, ses muscles des bras sont encore visibles et il dégage une certaine présence. Je constate l'ampleur des soins invasifs. M.P. est entouré d'appareils médicaux, de nombreux fils et tuyaux longent son corps. Son corps n'a pas été épargné, piqué de part et d'autre.

Agrippé à sa poignée de potence, l'expression de son visage me traduit une certaine tension. Les rides du front sont marquées, la mâchoire est verrouillée, sa bouche est fermée et les sourcils sont contractés dans une expression de concentration ou de colère.

Il accepte notre présence mais son comportement me traduit l'inverse. Je le sens sur la défensive, ambivalent. Lorsque nous lui parlons, il garde le plus souvent le regard dirigé droit devant lui, son regard croise rarement le nôtre. Le mouvement de sa tête pour nous regarder

est furtif. Lorsqu'il regarde droit devant lui, j'ai l'impression que cela témoigne davantage d'une attitude défensive plutôt que d'une « absence ». J'ai l'impression que nos questions l'embêtent, mais il nous répond.

Nous sommes assises près de lui et M.P. agrippe encore plus fort la poignée de potence suspendue à son lit. J'ai alors l'image d'un homme qui se hisse, comme pour se lever, pour se tenir et se verticaliser. Je constate que M.P. n'est pas posé, n'a pas d'appuis.

La psychomotricité lui est inconnue et l'évocation de ce nom reste pour lui « *un mot savant* » qu'il met à distance. Progressivement, le climat s'apaise, M.P. apparaît plus ouvert dans la rencontre mais perdure dans une hypertonie. Il s'agrippe fortement à sa poignée de potence et continue de serrer ses jambes l'une sur l'autre. Nous lui expliquons notre présence tout en lui définissant la psychomotricité. Il s'étaye sur les mots de la psychomotricienne pour parler de son vécu du corps. Il se plaint de douleurs thoraciques, de troubles du sommeil et des différentes prises de constantes. Il a besoin de nous prendre à témoins et nous montre son corps en pointant les différentes perfusions au niveau de son cou, de son bras et de son poignet gauche. Dans son discours, j'entends l'impact de la dimension invasive de ces soins. Il s'exclame « *Je suis un hérisson, regardez !* » et lâche sa poignée de potence pour pointer ces attaques sur son corps. Cette image d'un corps « *hérisson* » prêt à sortir ses pics pour se défendre résonne fortement avec sa posture défensive déjà remarquée. Je ressens sa colère face à son corps perfusé, malmené et agressé ; par les actes médicaux répétés. Son hypertonie de fond m'apparaît alors comme le reflet de sa colère.

Soudain une douleur l'assaille lors d'une inspiration. Son visage se crispe, il fronce les sourcils, élève ses épaules maintenues en tension. Il bloque son inspiration, comme pour gérer la sensation douloureuse, et la relâche partiellement alors que nous l'encourageons à expirer profondément. La douleur irradie tout le dos, et pendant qu'il tente de supporter cette sensation, il nous confie « *Je fais pas exprès, je prends comme ça arrive* ». Il nous symbolise par un coup de poing vif, le ressenti de sa douleur. M.P. a besoin de nous justifier cette expression douloureuse comme si nous pouvions en douter. Je note alors que nous portons cette blouse blanche, symbolique, associée inéluctablement au corps médical. Nous apprenons que lorsque la douleur surgit, M. P. n'appelle pas les soignants « *C'est pas que je suis fier je sais pas me plaindre* », « *que voulez-vous que je leur dise aux soignants ?* »

Dans la pièce voisine, on entend des gémissements continus. Il nous regarde et, d'un air légèrement inquiet, nous dit : « *il a mal* » tout en continuant de nous fixer des yeux puis, il détourne le regard.

Sa main droite continue d'agripper la poignée de potence à laquelle il se hisse régulièrement. Alors que nous soulevons cette aménagement postural et la tonicité de ce bras droit, il aborde son passé de sportif. La natation était son activité favorite nous dit-il en se réagrippant, il nous en parle au passé sans aborder la dimension émotionnelle de cette perte motrice. Nous découvrons pourtant un homme pouvant user d'un certain humour. M.P. est conscient de son état « *Je ne suis pas superman !* » dit-il en souriant ; puis parle de son âge « *L'âge de la retraite, de la préretraite de la retraite* ».

Il aborde spontanément le sujet du transfert en USP dans un autre hôpital en nous témoignant de sa difficulté à se projeter « *Je suis entre deux chaises* » nous dit-il. Entre le service d'hospitalisation aiguë et l'unité de soins palliative. En entendant ses mots, j'ai l'image d'un corps qui ne peut s'asseoir, qui tient pour ne pas tomber face à l'instabilité de la posture. M.P s'agrippe-t-il à sa poignée pour ne pas tomber ?

La psychomotricienne propose un massage du corps, ce que M.P. accepte aussi vite. Le temps de l'installation semble cependant difficile à trouver pour lui. Je le sens hésitant, il recherche notre approbation, tire le drap puis le remet et reste les jambes serrées l'une sur l'autre. Il a besoin d'être guidé. La psychomotricienne l'aide alors à décroiser ses jambes qu'il maintient tout de même serrées l'une contre l'autre, pieds joints. M. P. garde les yeux ouverts et la psychomotricienne débute un massage enveloppant du pied droit. Très vite son visage se crispe, et affiche la même expression que quelques minutes auparavant lors de l'épisode douloureux. Bien que la psychomotricienne l'interroge sur la sensation désagréable, il redevient silencieux lui signalant que tout va bien.

Au bout de quelques minutes, M.P. intervient : « *Je suis désolé mais j'en peux plus !* ». Il a besoin d'uriner. La psychomotricienne s'empresse de lui donner l'urinoir qu'il glisse sous son drap, elle l'aide en soulevant le drap. Pendant qu'il libère ce besoin urgent, nous détournons le regard. Je me questionne alors sur l'expression de ce besoin à cet instant. Depuis quand se retenait-il ? Est-il à l'écoute de ses besoins ? Bien que je détourne le regard, je ressens son débordement, il s'essouffle, s'énerve et tente d'uriner à toute vitesse. L'envie était trop pressante, M.P. finit par uriner sur lui-même et mouille le lit et sa chemise. En reposant son urinoir, il exprime alors sa colère face à cette situation handicapante et verbalise la douleur qu'il ressent dans le bas ventre pendant la miction, tout en restant vague. La psychomotricienne reprend en miroir ses émotions et se permet de nommer « *la verge* », ce qui semble le libérer. Il s'appuie sur ces mots et précise ses douleurs, décrit des pics tout en s'autorisant à décharger sa colère « *C'est énervant, vous savez, c'est horrible ! Vous pouvez*

même plus aller aux toilettes quand vous voulez !» M.P. aborde cette dimension narcissique de la perte et livre ses émotions face à cette dépendance soudaine.

La sensation des draps mouillés de son lit ne le dérange pas, il souhaite continuer le massage et se réinstalle. Le massage enveloppant des pieds reprend, M.P. reste les yeux ouverts et prend la parole avec une tonalité de voix apaisée « *Ah quel soulagement !* »

Progressivement, ses jambes se relâchent et se desserrent, ses pieds s'ouvrent vers l'extérieur. J'ai l'impression qu'il peut davantage se poser dorénavant. Au fur et à mesure du massage, il gémit, des petits gémissements qu'il s'autorise et que j'interprète comme l'expression d'un plaisir, d'un bien-être. Ses paupières s'abaissent légèrement puis se ferment complètement lors du massage des bras et des mains. Un soignant fait irruption dans la chambre et repart aussitôt, M.P. ne dit rien.

Lorsque les mains de la psychomotricienne touchent son visage, M.P. se crispe, contracte ses yeux et fronce les sourcils. Il me paraît dissocié, il demeure très tonique en haut alors que le bas de son corps semble relâché. De nouveau, un autre soignant interrompt la séance pour prendre la température et nous fait signe qu'il repassera. Cette fois ci, M. P nous questionne sur l'objet de cette venue. Lorsque nous l'informons, il soupire, hausse les épaules et les sourcils pour signifier son indifférence. « *Ben ils repasseront ! La tension ils l'ont assez prise comme ça, ils attendront !* » dit-il en maintenant ses yeux fermés. Le massage terminé, M. P paraît détendu, il garde les yeux fermés et murmure son ressenti : « *Relax* ». Nous le quittons et je remarque que ses poings sont toujours fermés. Avec son accord, nous repasserons le voir.

Le vécu psychocorporel de M.P. témoigne d'un corps mis à l'épreuve, malmené et fatigué par les soins. La parole sur son corps n'est faite qu'au travers des stigmates et des symptômes. L'accompagnement du projet thérapeutique en psychomotricité visait à soutenir cet accès à un espace sensoriel, véritable étayage de son enveloppe psychocorporelle. Il semblait judicieux d'aborder M.P. autour de cette demande indirecte de « réparation » de l'enveloppe pour lui redonner une sécurité interne dans cet « entre-deux ». Il s'agissait de l'accompagner dans la résonance psychomotrice de cette perte d'autonomie sans mettre à mal ses défenses toniques.

Je ne reverrai pas M. P. Ayant obtenu une place en USP, il sera reparti avant mon retour. J'apprendrai par la psychomotricienne qu'il aura pu bénéficier d'un véritable espace de régression en psychomotricité au sein de son nouvel établissement. Peu de temps après, il décédera.

C. Quand l'absence de pudeur me questionne...

Lorsque Mme A. venait soulever brusquement le drap recouvrant l'intérieur de sa cuisse, je suis restée étonnée par ce dévoilement intime du corps qui semblait anodin. J'ai eu comme l'impression que nous pouvions avoir accès à son corps sans limites, sans barrière.

Alors que nous perturbions M.P. en pleine intimité, en train d'uriner, sa réaction m'a surprise. Une effraction qu'il banalisait aussi tôt en minimisant notre irruption. Comment comprendre cette gêne que je ressentais ? Cette intimité du corps banalisée me questionne...

De ces premières rencontres avec Mme A. et M.P., c'est un sentiment de décalage qui m'a traversé, comme si nous n'avions pas les mêmes limites. Que comprendre de cette exposition du corps semblant dénué de pudeur ?

Du latin « *Pudor* » signifiant « *Gêne* », la pudeur est définie comme la « Discretion, retenue qui empêche de dire ou de faire ce qui peut blesser la décence, spécial en ce qui concerne les questions sexuelles »⁸.

Pour M.P. et Mme A., ce ne sont pas les mots, mais bien le corps qui s'expose sans gêne devant le regard d'autrui. Je me pose alors la question des limites, qu'elles soient corporelles ou relationnelles. Où se situent-elles pour ces deux patients ? Mais surtout comment se situent-elles lorsque la maladie grave vient s'immiscer dans ce rapport à soi et à autrui ?

En effet, tenter de comprendre le manque de pudeur, de Mme A. et de M.P., implique de recontextualiser l'espace-temps de ces rencontres. Hospitalisés, l'un comme l'autre, c'est le corps réel qui est atteint et soigné par un ensemble de professionnels. Le corps soigné devient véritable objet d'investigation et de préoccupation, il est palpé, mesuré, évalué, manipulé mais peu touché au sens relationnel : « Le patient perd son statut de sujet. Il n'est plus qu'un objet médical »⁹.

À cette dimension du « corps objet » des soins, s'ajoute l'atteinte réelle des limites corporelles menaçant la symbolique du dedans et du dehors. L'espace devient intrusé par le soin et la distance devient celle de l'intime, « celle de l'acte sexuel et de la lutte ».¹⁰ E.T. HALL souligne qu'à cette distance, « la présence de l'autre s'impose et peut même devenir envahissante par son impact sur le système perceptif »¹¹. Dans le soin médical, cet espace devient partagée sans même que le soignant y soit autorisé. L'intimité devient « volée ».

⁸ LE PETIT LAROUSSE., 2002, p.837.

⁹ PRAYEZ P., SAVATOFSKI J., 2009, p.129.

¹⁰ HALL E.T., 1966, p.147.

¹¹ *Ibid.*, p. 147.

Pour Mme A., l'atteinte de la limite corporelle est réelle. Sa plaie vient matérialiser cette absence de frontière entre l'intérieur et l'extérieur de son corps.

Pour M.P, la peau est également atteinte mais différemment. Elle est perforée, abimée par les multiples perfusions. Sa colère souligne ce vécu d'intrusion et ce sentiment de dépossession de sa propre peau, de son propre corps.

Pour l'un et l'autre, l'atteinte de la peau semble avoir des résonances psychiques et émotionnelles.

La peau, peut-elle toujours assurer son rôle de frontière, de limite entre l'intérieur et l'extérieur ? Mais qu'est-ce que donc que la peau ? En quoi son atteinte peut-elle avoir des répercussions sur le plan psychique ?

II. Panser le corps, penser le temps

1. La peau, de la contenance physique à la contenance psychique

A. L'enveloppe peau

La peau représente l'organe sensoriel le plus important du corps, elle le recouvre presque en totalité constituant alors une véritable enveloppe. Composée de trois couches, épiderme,¹² derme¹³ et hypoderme,¹⁴ il est impensable et impossible de vivre sans peau, il en résulte de la survie de l'homme! La peau est surtout le premier né de tous les organes, les cellules de tact se formant dès la septième semaine de gestation. E.PIREYRE nous rappelle qu'in utero et même quelques temps après la naissance, la peau n'est pas complètement constituée affectant la limite entre le milieu intérieur et extérieur de l'organisme : « La peau prénatale n'est même pas une peau. [...] Elle est nue. [...] Quand l'enfant vient au monde, il nous montre qu'il n'avait pas à se protéger, qu'il était ouvert à tout ce qui était son monde »¹⁵.

A son tour, P.PRAYEZ souligne l'importance de la peau, elle « forme la base, la toile de fond de l'ensemble des perceptions et expériences du sujet ».¹⁶ En effet, lorsqu'A. MONTAGU se propose de définir les quatre fonctions physiologiques de la peau, il les relie aux premières expériences :

- La peau a avant tout une fonction sensorielle. Ses terminaisons nerveuses disposées en surface et en profondeur lui permettent de réagir sensiblement à tout changement provenant de l'environnement externe. Dès lors, elle est amenée à percevoir la sensation thermique, tactiles (pression, vibrations, vitesse) et douloureuse.

-La peau assure également une fonction de protection en faisant barrière contre les agressions extérieures de substances et de corps étrangers.

- La peau est un organe métabolique et un régulateur thermique.

-La peau permet également les échanges entre le milieu intérieur et extérieur, en étant une membrane semi-perméable, assurant les échanges respiratoires et thermiques.

¹² Epiderme : partie externe de la peau constituée de plusieurs couches de cellules dont la plus superficielle est cornée et produit des squames. (Poils, plumes, cornes, ongles, griffes, sabots sont des productions de l'épiderme.

¹³ Derme : couche moyenne de la peau entre l'épiderme et l'hypoderme

¹⁴ Hypoderme : partie profonde de la peau, sous le derme, riche en tissu adipeux.

¹⁵ PIREYRE E., 2015, p.75.

¹⁶ PRAYEZ P., SAVASTOFSKI J., 2009, p. 137.

Dans son mémoire de fin d'étude en psychomotricité, M. NARBONNET propose de voir la peau comme « un signe identitaire »,¹⁷ elle y décrit une fonction sociale. La peau est individuelle, sa couleur, ses sillons, « ses cratères » sont le reflet de l'expression génétique et de l'histoire de vie de chacun.

Enfin la peau change avec le temps, « elle s'amincit, se dessèche, des taches et des rides apparaissent »¹⁸ avec le vieillissement.

B. La peau psychique

Comme nous l'avons vu, la peau constitue une limite relative entre l'intérieur et l'extérieur du corps. Faisant le parallèle avec cette peau délimitante, E. BICK propose la notion de peau psychique.

a. *La peau psychique, sentiment d'existence et de contenance*

E.BICK adresse à la peau une fonction symbolique lors des soins où le bébé est touché, bercé, caressé, massé par un objet maternant. Selon l'auteure, ces expériences tactiles sont avant tout enveloppantes et permettent au bébé de rassembler les perceptions sensorielles vécues principalement de façon éparpillées. Elle explique alors la fonction psychique de la peau et souligne la nécessité d'un objet contenant externe. Celui-ci étant capable de contenir l'ensemble des parties dispersées du vécu corporel de l'enfant. Cette fonction contenante assurée au départ par la mère est ensuite introjectée par le bébé qui peut l'intérioriser progressivement. Puisque ses parties du Soi sont contenues par cette peau psychique, l'enfant peut alors vivre la séparation sans se désorganiser. Ainsi cette peau psychique, à l'origine de la pensée donne au tout petit le sentiment rassurant d'existence par ce qu'il ressent.

A MONTAGU précise cet étayage psychique « pour savoir qu'il est individu il doit être conscient de ce qu'il sent »¹⁹ et rajoute « l'identité personnelle n'a de substance et de structure que pour autant qu'elle est fondée sur la réalité des sensations du corps ».²⁰

E.BICK précise qu'une défaillance lors de l'introjection, c'est-à-dire dans la construction d'un objet contenant dans l'espace intérieur, peut entraîner le développement d'une seconde peau, comme substitut à la fonction « contenante » de la peau.

¹⁷ NARBONNET M., 2006, p.15.

¹⁸ CHARPENTIER E., 2015, p.10.

¹⁹ MONTAGU A., 1979, p.154.

²⁰ MONTAGU A., 1979, p.155.

b. *Le Moi-peau et ses fonctions*

En 1985, D. ANZIEU introduit la notion de Moi-peau et développe une théorisation psychologique à partir des fonctions de la peau : « Toute activité psychique s'étaie sur une fonction biologique. Le Moi-peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau ». ²¹ Selon D. ANZIEU, cet étayage corporel vient soutenir le développement du Moi. Pour ce faire, celui-ci part des travaux de S.FREUD sur l'organisation de l'appareil psychique. En 1920 S. FREUD, qui aborde sa deuxième topique à travers les trois instances de la personnalité, introduit l'image d'une vésicule pour représenter l'appareil psychique : « Le Moi est avant tout un Moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, il est lui-même la projection d'une surface c'est-à-dire : le Moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps ». ²²

D. ANZIEU va également s'appuyer sur les travaux de P. FEDERN qui s'interroge sur les limites du Moi en termes de limites entre le Soi et le non-Soi.

Selon D. ANZIEU, le Moi se constitue à partir des expériences tactiles et de ses perceptions qui lui permettent de se forger un Moi-peau. Indifférencié psychiquement, le bébé ne peut distinguer les frontières entre Soi et autrui. La constitution du Moi-peau et la richesse des expériences corporelles avec son environnement, lui permettent d'établir ses fonctions psychiques et de le soutenir dans son individuation.

Le Moi-peau est défini comme : « Une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface de son corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif ». ²³

« Etre un Moi, c'est se sentir unique » ²⁴ ajoute D. ANZIEU. Le Moi-peau soutient donc cette individualité. Ces premières expériences vécues dans un véritable corps-à-corps permettent au Moi-peau de se constituer et de délimiter ainsi l'intérieur et l'extérieur du corps.

D. ANZIEU s'appuie sur les fonctions de la peau pour théoriser les huit fonctions du Moi-peau :

-La fonction de maintenance du psychisme : La peau assure la fonction de soutien du squelette et des muscles. Parallèlement, l'intériorisation d'un « *holding* » maternel comme

²¹ ANZIEU D., 1985, p.61.

²² FREUD D., cité par D. Houzel dans ANZIEU et col., 1987, p.35.

²³ ANZIEU D., 1985, p.61.

²⁴ *Ibid.*, p.84.

objet support, lors des soins corporels avec la mère, permet à l'enfant d'accéder à la consistance interne du soi, de trouver un appui interne en soi pour un futur « Je ».

-La fonction de contenance : La peau recouvre tout le corps dans lequel sont contenus les organes. A l'instar, le Moi-peau enveloppe tout l'appareil psychique. En s'appuyant sur le « *handling* » maternel vécu avec sa mère, l'enfant peut se construire une enveloppe psychique, capable de contenir les pensées, les représentations psychiques et d'intégrer la notion de contenant-contenu.

-La fonction de pare-excitation : La peau protège l'organisme des agressions extérieures. C'est au départ la mère qui assure cette fonction jusqu'à ce que l'enfant ait intériorisé cette fonction pour se protéger lui-même contre les agressions et les excès de stimulations

-La fonction d'individuation du soi : La peau confère une identité propre à chacun, parallèlement, le Moi-peau apporte le sentiment d'être un être unique et différencié des autres avec ses propres limites corporelles.

-La fonction d'intersensorialité : L'étendue de la peau, lui permet par ses récepteurs sensoriels de relier les sensations entre elles. Le Moi-peau constitue une surface psychique pouvant relier toutes les sensations en aboutissant à la perception d'un sens commun et donc à la perception de soi.

-La fonction de soutien de l'excitation sexuelle : La mère investit libidinalement la peau de son enfant lors des soins maternels. Pareillement, ces contacts corporels préparent à l'autoérotisme, à la reconnaissance des zones érogènes et l'investissement de la sexualité génitale.

-La fonction de recharge libidinale: La peau répond aux stimulations externes qu'elle reçoit en entretenant le tonus sensori-moteur. Le Moi-peau maintient la tension interne tout en régulant la surcharge d'excitation.

-La fonction d'inscription des traces sensorielles : La peau renseigne l'organisme sur le monde extérieur. Le Moi-peau sert de support à l'inscription des traces sensorielles tactiles qui font échos aux expériences précoces.

La troisième partie de ce mémoire illustrera l'atteinte du Moi-peau à travers Mme A. et M.P

La maladie grave vient bouleverser l'identité psychocorporelle et psychomotrice de la personne. Le temps des soins, des traitements, des opérations multiples viennent fragiliser le Moi-peau et les limites corporelles, comme nous l'avons vu précédemment. Proposer une médiation psychomotrice semble pertinent pour accompagner les patients vers un vécu corporel plus apaisant. Il s'agit de consolider le Moi-peau pour restituer un minimum d'unité psychocorporelle. Le toucher sera abordé plus en détails dans la troisième partie de ce travail.

Revenons quelques temps sur nos observations et notre réflexion...

M.P, plutôt réfractaire à notre venue, acceptait le toucher alors que nous aurions pu imaginer l'inverse. En fin de séance, le lâcher prise devient même possible, il s'autorise à différer le soin médical, profitant pleinement de la séance de psychomotricité. J'ai alors l'impression qu'il se réapproprie son corps.

Alors qu'en début de séance, Mme A. peinait à trouver sa place en tant que sujet et à habiter pleinement son corps. Exprimer ses désirs et ses refus et être actrice de son corps deviennent possible après le massage.

Ces évolutions, suite au toucher, m'ont longuement questionnée, en me donnant l'image d'un « toucher magique... » . Comment en une seule séance m'était-il possible d'observer une telle évolution thérapeutique, me donnant l'impression d'un « avant » et d'un « après » ? Comment un patient pouvait-il « changer » de fonctionnement en si peu de temps ? Ces changements ne devaient-ils pas s'entendre avec ce temps de la fin de vie ?

C'est ainsi que la thématique du temps, et plus particulièrement de la temporalité s'est imposée à moi. La confrontation à l'indicible, à l'impensable, à la mort, ne vient-elle pas provoquer une rupture temporelle ? Est-ce une crise existentielle qui vient ouvrir un temps du possible ?

Survолons ensemble ce temps de vie et cette temporalité pour mieux comprendre les enjeux qu'impose la crise du mourir. J'attire l'attention du lecteur sur un point : cette temporalité que je propose de présenter n'a pas valeur de tableau typique, observé en soins palliatifs. La crise du mourir demeurant individuelle et subjective, chacun l'affronte avec ses ressources, avec son histoire et ses défenses.

2. A la découverte d'un temps de crise

A. Récits des rencontres avec Mme B.

Mme B. est une jeune femme âgée de 29 ans à qui l'on a diagnostiqué un cancer digestif il y a trois ans. Ancienne avocate, elle s'était reconvertie dans le domaine de la pâtisserie. L'annonce du cancer a littéralement bouleversé ses projets de vie tant professionnels que personnels. En couple, un projet de vie commune avec mariage était sur le point de se concrétiser. Les derniers mois ont été particulièrement éprouvants : lieux de soins multiples, attente interminable de réponses médicales et de traitements tant espérés, métastases cérébrales décelées provoquant une crise d'épilepsie avec pour séquelle la paralysie de sa jambe droite.

L'impossibilité de guérison a été annoncée à Mme B. qui s'en est défendue par de la colère projetée sur les médecins et leurs traitements. L'équipe du service dans lequel elle est accueillie semble touchée par cette patiente et l'investit fortement. Les soignants décrivent Mme B. comme étant très somnolente, sa fatigue et son sommeil pouvant faire obstacles à la rencontre. Une indication psychomotrice est donc faite afin d'évaluer l'intégration de la perte et son vécu corporel actuel.

Une première rencontre s'est faite avec la psychomotricienne. Elle s'est déroulée dans un contexte de plaintes somatiques sans que la maladie grave ou la paralysie ne soient nommées. La paralysie n'est évoquée indirectement qu'à travers « *la jambe qui tombe sur le côté* » et qui génère une douleur. Les bras et les lombaires font également partie des plaintes somatiques. Ses demandes demeurent extérieures voire décalées de la maladie grave. Elle déplace son angoisse sur des faits anodins et souhaite un justificatif médical pour ses séances de club de sport. À ce moment de l'accompagnement, Mme B. ne livre pas d'éléments sur le vécu de la perte motrice de sa jambe droite, sur les émotions qui peuvent s'y associer. « *Je marche* » dit-elle à la psychomotricienne en pointant sa béquille posée sur le mur de sa chambre. Néanmoins les propositions de psychomotricité sont bien accueillies, elles offrent un espace de détente et de plaisir autour de mobilisations passives, d'étirements et de portage, le tout étayé par les mots de la psychomotricienne. Mme B. paraît ouverte à cet espace de bien-être, démontrant alors une capacité de relâchement et de concentration autour de ses éprouvés sensoriels.

La somnolence qui était décrite par l'équipe comme pouvant faire obstacle à la rencontre semble s'apparenter à un sommeil de retrait, la patiente n'étant pas spécialement en lutte contre le sommeil pendant la séance.

À ce temps de suivi, l'accompagnement psychomoteur avec Mme B. visait à la soutenir dans les résonances psychomotrices et psychoaffectives de sa perte corporelle. La psychomotricité demeurant alors la découverte d'un espace possible autour du plaisir corporel et offrant un soutien narcissique.

Deux jours plus tard, nous partons à la rencontre de Mme B. pour une deuxième séance de psychomotricité.

Ma première rencontre avec Mme B.

Allongée sur le dos dans son lit, les deux jambes fléchies et les pieds en appui, elle a le visage pâle. La chimiothérapie a laissé des traces, son crâne est presque nu et laisse apercevoir quelques mèches de cheveux à la couleur châtain. De même l'impact des traitements et de la maladie ont effacé ses formes féminines, sa maigreur est visible. La fragilité qui se dégage de sa voix fluette, sa gestuelle ralentie et son aspect physique me donne l'image d'une enfant. Bien que son état semble précaire, elle est souriante et nous accueille avec plaisir. Dès le début de séance, elle évoque ses douleurs à l'aine droite tout en touchant sa jambe du même côté. Ayant déjà rencontré une psychomotricienne dans sa précédente institution, elle est demande de portage et d'étirements des membres supérieurs et inférieurs.

La psychomotricienne débute la mobilisation par le côté droit comme la séance précédente. Tout en posant ses mains de façon enveloppante sur le pied, elle accompagne ses gestes par des mots. Elle nomme les parties du corps touchées et réalise des portages des jambes par des mouvements d'abduction et d'adduction.

Très vite, Mme B. ferme les yeux et semble concentrée dans ses sensations démontrant une capacité d'introspection. Elle rouvre les yeux et partage spontanément son ressenti sur la mobilisation passive de sa jambe droite. Des douleurs neuropathiques de type « décharges » ont été ressenties ; elle évoque sa jambe droite à travers un constat, celui de l'impossible « *commande motrice* ». Mme B. continue d'élaborer autour de sa motricité, son tonus lui fait défaut, elle n'a plus aucune « *commande* ». Elle doit subir le poids de cette jambe paralysée qui retombe sur le côté droit et contre laquelle elle ne peut plus lutter.

Elle nous montre ses ajustements posturaux pour pallier cette perte de tonus, adaptations corporelles qui peuvent parfois lui faire mal puisqu'elle n'a plus que « *la peau sur les os* » nous dit-elle. J'ai la sensation d'entendre la mort dans ses mots.

Alors que la proposition est sur le point de se poursuivre vers son côté gauche, elle attrape son bonnet, situé sur sa table de chevet, et s'en recouvre le crâne. La psychomotricienne lui demande si elle a froid, apparemment non. Pourtant nous voyons bien qu'elle a besoin de couvrir son crâne marqué par la chimiothérapie.

La mise en mouvement du corps côté, gauche, ouvre la voie à un espace d'élaboration inattendu. La jeune patiente évoque la détente ressentie dans le membre inférieur et parle spontanément de l'atteinte de sa verticalité. Elle verbalise la violence subie de son alitement : « *On m'a interdit de marcher pour mon cancer* », « *ça fait quand même cinq mois !* ». Désormais Mme B. peut évoquer la blessure narcissique du handicap, elle partage sa souffrance vis-à-vis d'un corps qui n'est plus celui qu'elle a connu, qui n'est plus celui de son jeune âge mais qui la renvoie à une toute autre représentation, celle d'une personne âgée, « *d'une vieille mémé* », dit-elle en regardant son corps comme si elle en faisait le constat. Des sentiments émergent, ceux de la frustration et de la souffrance, liés à un corps devenu dépendant d'autrui jusque dans les besoins élémentaires les plus intimes. Un corps affaibli et malmené, « *J'ai pas eu de répit* », dit-elle en se touchant le ventre.

Ce temps de la séance devient celui de la réalité du temps du cancer. Le cancer est enfin nommé autour de ses retentissements et des ruptures de projet de vie pour elle et son couple. Alors qu'elle nous verbalise ce projet d'une vie commune balayée par la maladie, elle nous tend sa main gauche et nous montre son alliance offerte la veille par « *son fiancé* ». Elle sourit aux compliments de la psychomotricienne et partage cet instant de bonheur en souriant tout en contemplant sa bague, sans nommer un quelconque projet de mariage à venir.

Le toucher et les mobilisations de portage et d'étirements se poursuivent vers les bras, la voix de la psychomotricienne offrant toujours une enveloppe sonore. Mme B. demeure dans cette même intériorité et présence à soi. Un toucher sous forme de pression et de lissage du membre supérieur est fait. Son visage est détendu, elle se laisse guider par les propositions d'étirement en donnant son poids dans les bras de la psychomotricienne. Alors que j'observe ce portage des bras, une image de bercement me vient à l'esprit.

Mme B. fait la découverte de cet espace sensoriel qui semble correspondre à son besoin du présent. Elle nous confiera que la douleur de ses jambes lui permet cette écoute sensorielle. L'espace-temps de la rencontre en psychomotricité devient le temps du possible et de la « *relativité* ». Cette réalité de l'instant présent devient également celle de l'élaboration

de sa finitude : « *On est tous de passage sur terre...* » et de l'incertitude de la mort : « *J'ai une épée de Damoclès au-dessus de la tête* ». Mme B. n'est pas débordée d'angoisse, elle nous parle d'une voix triste qui traduit avec justesse le chemin qu'elle parcourt.

Mme B. a la sensation « *Qu'il manque quelque chose* », la psychomotricienne sourit, en effet des mobilisations de la nuque avaient été réalisées la séance précédente. La psychomotricienne se positionne derrière le lit du côté de sa tête et enveloppe de ses mains chaque côté de la tête. Mme B. laisse porter sa tête par des mouvements de rotation, d'inclinaison et d'extension de la nuque tout en fermant les yeux. Lorsqu'elle rouvre les yeux, elle paraît gênée et évoque l'impossibilité de relâchement car trop envahie par les pensées concernant sa fin de vie sans la nommer « *de ce que je vous ai dit avant* ». L'angoisse de mort a été envahissante, la réalité qu'elle évoquait jusque-là du côté de la détente devient aussi le reflet de sa finitude, porteuse de peurs et d'angoisse.

Avant que nous partions, Mme B. nous confie que ses parents l'ont trouvée « *moins blanche suite à notre séance* ». La psychomotricienne lui sourit et se rappelle que Mme B. avait évoqué cet apaisement corporel en fin de séance. Mme B. sourit puis rit, « *J'ai eu envie de les croire* » et termine en regardant la psychomotricienne par « *Nos séances me font du bien* ». Alors qu'il ne s'agit que de la deuxième séance, je suis surprise par cette proximité. La relation devient privilégiée, Mme B. investit la psychomotricité et scelle le lien en inscrivant un « *Nous* ». J'ai l'impression qu'elle a besoin de s'assurer de la présence du thérapeute pour les séances à venir. Nous quittons la chambre et lui donnons rendez-vous le lendemain à la même heure.

Le lendemain

Le lendemain, nous apprenons que Mme B. fait l'éloge des bienfaits de la psychomotricité aux soignants. Les soignants du service témoignent également de cet investissement du thérapeute « bon objet » : « *Ah ça y'est tu l'as vu ?* », « *Merci pour elle* ». Elle est toujours décrite par l'équipe comme somnolente et difficilement accessible du fait de la fatigue qui l'accable. Nous comprenons alors qu'elle est uniquement éveillée pour les séances de psychomotricité, le psychomotricien devenant le principal soignant témoin de sa « survie ». De même, la veille elle investissait pleinement les séances en les inscrivant dans un enjeu vital soutenant sa pulsion de vie. Nous partons à sa rencontre en gardant à l'esprit cette réflexion.

En rentrant dans la chambre, nous remarquons un jeune homme assis aux côtés de Mme B. La lumière de la chambre est tamisée, les stores des volets sont mi-clos. Elle semble se reposer, elle ouvre les yeux. La psychomotricienne lui propose de repasser plus tard mais elle refuse de cette voix fluette que nous lui connaissons, elle souhaite maintenir la séance. Le jeune homme décide discrètement de sortir et embrasse le front de sa compagne. Mme B. éclaire la chambre et se réinstalle avec difficulté pour se verticaliser, elle a besoin d'aide et d'appuis. Bien qu'elle reste demandeuse de séance, la maladie progresse et Mme B. nous apparaît plus affaiblie et ralentie que la veille. Elle porte son bonnet sur la tête, son visage est toujours aussi livide. Son discours est marqué par un ralentissement, elle cherche ses mots, les rallonge en fin de phrase et semble confuse par moments. Mme B. évoque la fatigue physique que nous percevons et fait spontanément le lien avec la séance de psychomotricité en reprenant cette dimension symbolique de soutien « *J'en ai besoin, ça me donne de la vitalité* ».

Le portage de la veille ayant suscité une douleur à la jambe droite, la psychomotricienne, par précaution, propose uniquement un toucher enveloppant en pression et lissage sur les jambes. Ce que Mme B. accepte. Le toucher débute au membre inférieur droit et Mme B. ferme les yeux pour se concentrer sur la sensation. Malgré cette adaptation du toucher, la jeune femme verbalise la sensation d'une « *chatouille* » qu'elle relie à la frustration de cette impossible « *commande motrice* ». Elle ne peut plus « commander » son corps. Le toucher vient faire écho à la souffrance de la perte narcissique. Au-delà de la douleur physique liée à sa paralysie, c'est la douleur globale et émotionnelle de cette perte dont nous témoigne Mme B. Sa jambe droite est à la fois douleur et souffrance, son image corporelle est doublement blessée par cette atteinte motrice.

Etonnamment le toucher du membre inférieur gauche ouvre de nouveau l'espace d'élaboration autour du sensoriel et du lâcher prise. La jambe gauche incarne ce besoin d'entamer un nouveau rapport à son corps : « *Je ressens qu'elle se pose* ». Elle relâche alors de tout son poids la jambe jusqu'à faire retentir le son du lit, déstabilisé par le tonus de sa jambe. Parfois, Mme B. semble perdue, concentrée à la recherche d'autres verbalisations comme si elle devait passer par l'intellect. La psychomotricienne la rassure sur la liberté de parole et l'absence de bonnes réponses.

Les mobilisations aux membres supérieurs se poursuivent, identiques à la veille, et découlent sur des angoisses de mort. Elle évoque sentir « *les articulations rouillées, j'entends qu'elles craquent* », le corps est « *froid* ». L'angoisse de mort massive vient se refléter dans les éprouvés corporels, nous sommes loin du corps vivant et animé de couleurs, évoqué la

veille en fin de séance. Lorsque la psychomotricienne reprend ces qualificatifs « froid » et « rouillé », Mme B rit mais n'en dira rien, elle demeure sur ce versant sensoriel. Puis d'elle-même, elle tente de se recouvrir avec le drap de son lit, la psychomotricienne l'accompagne, lui propose la couverture et la borde. La voilà enveloppée, seule sa tête reposant sur l'oreiller est visible.

Les mobilisations passives de la tête et de la nuque se poursuivent. Avec la même capacité de relâchement, Mme B ferme les yeux, laisse le poids de sa tête entre les mains de la psychomotricienne, sa mâchoire se relâche et sa bouche s'entrouvre le temps des mobilisations. Mme B. reste vigilante, elle demeure dans un certain tonus et ouvre par intermittence les yeux puis les referme. En reposant sa tête sur l'oreiller, la psychomotricienne lui propose un temps de relaxation autour de la respiration mais Mme B. y met un terme assez vite en ouvrant les yeux. Elle évoque avoir ressenti de la chaleur qu'elle relie très vite au portage du bonnet et non aux mains de la psychomotricienne.

Puis soudain Mme B. incline la tête du côté opposé à la psychomotricienne, se touche le front avec la main droite comme si elle réfléchissait et interroge la thérapeute quant à « *l'étendue de son métier* » et de ses possibilités d'accompagnement. Elle dit avoir du mal à différencier la psychomotricité de la kinésithérapie. Lorsque la psychomotricienne lui spécifie le vécu sensorimoteur et l'espace de verbalisation de la psychomotricité, elle acquiesce en hochant la tête, son regard est vague, « *un lieu où on peut dire toutes nos peurs* » dit-elle. En fait Mme B. a besoin de concrétude, de s'assurer et de se réassurer du cadre thérapeutique vers lequel elle se dirige. La séance de psychomotricité devient clairement identifiée comme espace de thérapie contenant, dans lequel elle peut venir élaborer et déposer ses angoisses. Elle confirme ressentir le besoin de cet espace corporel, d'autant plus que les séances de kinésithérapie deviennent éprouvantes pour elle. Cet espace de « pause corporelle » semble donc arriver à un moment propice en lui permettant sans doute de se déculpabiliser de cet arrêt rééducatif.

Puis Mme B. tout en reprenant le besoin de détente ouvre une nouvelle voie au travail psychomoteur et sollicite indirectement une demande autour de l'enveloppe : « *Je sens que les massages peuvent me faire du bien* ». Nous nous apprêtons à la quitter, la psychomotricienne l'interroge sur ce que nous pourrions lui souhaiter pour le week-end à venir. Elle réfléchit puis répond « *des visites et un bon feuilleton, une enquête policière* » précise-t-elle d'un petit rire et arbore un sourire authentique.

En sortant de la chambre nous apercevons son conjoint adossé au mur qui nous sourit. Nous prenons le temps de parler et d'échanger avec lui. Il nous raconte le parcours traversé ensemble depuis l'annonce du cancer et les difficultés rencontrées, pour elle comme pour lui,

soulignant « *qu'ils étaient seuls* ». Il nous confie avec surprise que depuis l'annonce des traitements un soulagement semble avoir été possible « *maintenant qu'on connaît le chemin* ». Il nous fait part du détachement de sa compagne et s'interroge. Il la sent distante mais nous témoigne de sa force psychologique et de ses ressources. Il nous décrit alors une jeune femme soucieuse de ses proches, protectrice de sa famille ne souhaitant pas les faire souffrir. « *Elle retient* » nous dit-il. Elle nous est décrite par son conjoint comme une femme d'action dans la lutte continue.

Alors que le projet psychomoteur en début d'accompagnement visait à accompagner et soutenir Mme B. dans le vécu de cette perte narcissique de son corps. À présent, la séance de psychomotricité devient clairement identifiée comme espace de thérapie contenant, dans lequel elle peut venir élaborer et déposer ses angoisses. Le projet psychomoteur devient celui d'un soutien et d'un étayage autour des liens, des liens tonico-émotionnels mis à mal par la maladie, le lien entre la blessure narcissique et la perte de commande motrice, le lien entre ses éprouvés sensoriels et ses représentations de sa maladie.

La semaine suivante en arrivant au stage, j'apprendrai le décès de Mme B. C'est durant le week-end qu'elle s'est éteinte, entourée de ses proches.

B. Récits des rencontres avec Mme D.

C'est dans le cadre d'une consultation en hôpital de jour que nous faisons la rencontre de Mme D. Elle a 69 ans, un cancer digestif a été diagnostiqué en 2004. Le parcours de soin n'est donc pas récent, il s'inscrit dans son histoire de vie, bien avant notre rencontre. Aujourd'hui, l'équipe mobile de soins palliatifs accompagne Mme D. dans ce temps de soin devant l'aggravation de la maladie.

Mme D. est assise en salle d'attente, c'est une femme qui semble prendre soin d'elle. D'apparence élégante et discrète, elle est légèrement maquillée, bien apprêtée et laissant deviner une certaine classe sociale.

Lorsque nous la rencontrons nous sommes malheureusement confrontées à la réalité hospitalière : notre « box » est occupé... Nous l'orientons vers une autre direction, elle se lève, et semble déséquilibrée suite à ce transfert. Elle me donne alors l'impression de tenir difficilement debout comme épuisée. Mais quand nous l'interrogeons, elle nie cet état.

Finalement nous n'obtenons qu'une chambre de soin avec lit et fauteuil, elle se dirige instinctivement vers le fauteuil : « *Je ne peux pas m'allonger* ». Assise, son tonus postural est élevé, elle ne s'adosse pas et demeure dans une extension axiale, ses jambes sont décroisées, ses talons posés sur le sol mais ses pointes de pieds légèrement relevées.

D'emblée, Mme D. déroule son parcours de soin. C'est un parcours de lutte qu'elle nous décrit en se frottant ses mains et ses avant-bras. Cette dimension du combat appartient à son fonctionnement, elle n'a cessé de lutter contre sa maladie et se définit comme une femme indépendante. C'est une ancienne documentaliste, divorcée du père de son fils, elle a un nouveau conjoint mais refuse la cohabitation, ayant besoin de préserver son espace. Alors qu'elle apprenait son cancer, elle devait aussi faire face à un combat de mère, son fils adolescent se mettant à l'époque en danger mais « *Il ne s'est jamais piqué !* ». Seule dans cette épreuve, sans soutien de la part de son ex-mari ou de son compagnon actuel, elle imagine aujourd'hui le pire pour son fils « *si je l'avais lâché* ». Cette période de lutte est marquée de douleurs, et d'épisodes de fuite diarrhéiques qu'elle relayait au second plan.

Aujourd'hui, ce temps de lutte est de trop : « *le corps ne peut plus se cacher* » nous dit-elle. La fin d'une lutte qui coïncide avec son rôle de mère. Elle estime avoir suffisamment accompli sa tâche, bien que la situation précaire de son fils la préoccupe pour l'avenir. Mme B. se sent en décalage avec ses proches, son conjoint planifiant des vacances à l'étranger, alors qu'elle se sait incapable physiquement. Le temps du voyage appartient à un passé lointain dont elle semble avoir fait le deuil. Ce décalage de rythme lui donne la sensation de ne pas être entendue et perçue dans sa réalité psychocorporelle. Au fur et à mesure de son récit de vie, elle s'autorise à relâcher le haut de son corps, ses épaules s'abaissent dans les temps d'expiration comme un essoufflement de fatigue. La temporalité devient centrale dans son discours, ce présent qui lui échappe, symbolique de sa « *vie qui s'écoule* ». Les ressources pour faire face à ce temps sont inexistantes, elle répond « *Je me force à sortir* » d'un geste vif de la main comme si elle piquait pour faire avancer quelqu'un.

Le vécu du corps est accablé par la sensation de poids, de déformation du corps, elle se sent gonflée à cause des œdèmes. Elle se décrit comme le « *Bonhomme Michelin* » avec des stries qui lui coupent le corps à chaque niveau de l'abdomen.

Progressivement, la mort est évoquée dans sa dimension spirituelle à la rencontre des aïeux. Elle se représente « *un passage* » qu'elle anticipe en préparant ses proches, notamment son fils et son compagnon. La mort est maîtrisée pour ne pas devenir angoissante : « *J'en ai*

pas peur ». Croyante et de religion catholique, elle garde un souvenir agréable des textes lus à l'église sur le sujet. En évoquant ces retrouvailles de l'au-delà, elle évoque le décès de son père. Le souvenir de sa mort est marqué par les dernières paroles qu'il lui adresse : « *Maintenant, c'est toi le petit soldat* ». L'émotion envahit Mme D., elle pleure et s'en étonne, elle qui n'a pas pleuré depuis des années par peur de ne plus pouvoir s'arrêter « *comme un robinet qui fuit* ». Cette rencontre en psychomotricité la surprend dans sa dimension émotionnelle, « *Je ne m'étais pas imaginé ça* ». La psychomotricienne évoque le projet psychomoteur autour d'un espace qu'elle nomme « *l'entre-deux* » de manière à l'accompagner dans ce temps présent. Elle semble sceptique mais reste preneuse. Cette expression « *d'entre-deux* » lui est étrangère, elle s'en amuse. Elle sait qu'elle a tendance à faire l'inverse en se réfugiant dans l'activité. Nous sentons que la séparation est difficile avec Mme D., alors que nous nous levons, elle perdure dans la discussion.



Deux semaines plus tard, nous retrouvons Mme D., hospitalisée dans le service suite à des complications d'œdèmes. Allongée dans son lit, vêtue de son pyjama, elle est tout enveloppée sous la couette. Alitée depuis son réveil, elle attend l'aide-soignante pour faire sa toilette, il est alors 12h.

Elle se critique « *J'ai fait ma feignasse* », « *Je suis momolle* ». Elle demeure surprise de ce temps de pause et de ce rythme ralenti qui n'est pas le sien. Elle use cependant d'humour, « *Je fais mon adolescente* », et semble même y trouver un bénéfice, un confort non négligeable. Ce temps d'hospitalisation devient alors la symbolique de cette « pause » qu'elle se refusait. Dès lors, le retour à la maison devient source de préoccupation avec ses adaptations nécessaires au domicile. Elle nous confie ne pas pouvoir compter sur son conjoint. Mme D. persévère dans ce récit de lutte de mère, abandonnée de tous. En évoquant cette force à tenir bon, elle confie l'admiration pour le courage de sa mère durant la maladie de son père. L'injonction maternelle « *Tiens-toi droite !* », et les années de danse classique font partie de son fonctionnement. Elle confie penser à sa posture dès qu'elle voit son reflet quelque part.

Nous proposons une séance autour du portage des bras afin d'évaluer son tonus et l'aider à ressentir la densité de son corps. Les mobilisations passives de flexion/extension, abduction/adduction du membre supérieur gauche débute avec la psychomotricienne puis se terminent par un lissage du bras de haut en bas. Durant la proposition la psychomotricienne invite à ressentir les sensations de poids et de relâchement. Mme D. rouvre les yeux et

exprime avoir ressenti du plaisir dans l'amplitude des mouvements abduction/adduction, surprise de cette liberté d'angle articulaire.

Avec son accord, je réalise les mouvements du bras droit en tentant de respecter l'ordre d'enchaînement réalisé pour le gauche. Lorsqu'elle ouvre les yeux, elle me dit « *C'était agréable mais il m'a manqué quelque chose que j'avais eu à l'autre côté* ». Par « *l'autre côté* » j'entends la présence de la psychomotricienne. La relation à trois est-elle possible ? Placée chacune d'un côté du corps, avec la psychomotricienne nous mobilisons ses bras pour réajuster ce léger déséquilibre. La mobilisation terminée, la sensation de détente et de légèreté la font sourire. Donner symboliquement son poids n'est pas habituel mais semble néanmoins appréciable. Nous fixons un rendez-vous pour le lendemain tout en faisant l'hypothèse de ne pas se retrouver puisqu'elle pourrait repartir à son domicile, son état s'étant amélioré. Elle sourit tendrement à la psychomotricienne en nous remerciant. Le lendemain elle sera déjà partie.



Deux semaines plus tard, j'apprends que Mme D. a dû être ré-hospitalisée. La psychomotricienne m'explique qu'un massage et portage des bras lui ont été proposés, ce qu'elle a investi avec plaisir. De plus, Mme D. a besoin d'aide pour sa toilette, la psychomotricienne me confie ses paroles : « *On passe une barrière quand on ne peut plus se laver.* »

Nous rentrons dans la chambre, elle adresse aussitôt un sourire plein de tendresse à la psychomotricienne. La psychomotricienne s'assoie près d'elle et je m'installe un peu plus loin. Mme D me regarde par moments pour soutenir ses mots mais ses yeux restent le plus souvent rivés sur la psychomotricienne. Elle a pu prendre une douche, aidée par une aide-soignante. Elle confie le plaisir « *de sentir bon* » mais cet épisode convoque le corps vulnérable. « *Je suis quand même fatiguée* » dit-elle.

Son bras gauche est massé puis celui de droite. Lors du portage, je suis surprise de la voir fermer les yeux tout en parlant. Elle se dit rassurée par l'entente de son conjoint et son fils pendant ce temps d'hospitalisation, sensible aux efforts de chacun pour favoriser au mieux ce temps. Un espace de sérénité se dessine autour d'elle tout en étant portée et bercée par les bras de la psychomotricienne. Puis elle se redresse et se verticalise légèrement tout en continuant de se faire porter.

Des difficultés de circulations liées à la maladie digestive sont exprimées, Mme D. nous sollicite face à cette plainte. Un travail de respiration est proposé avec les mains de la

psychomotricienne sur son dos. La consigne « *respirez dans ma main* » la surprend, elle semble perdue face à l'inconnu. La perte de maîtrise la déstabilise quelque instants puis soutenue et étayée par la psychomotricienne, elle expire en déposant son dos.

Elle aborde d'autres plaintes autour de la circulation digestive en décrivant la sensation d'une barre coupant le haut et le bas du corps. La psychomotricienne lui propose alors une respiration autour de bâillements pour relâcher le haut du corps. Nous l'étayons et mimons avec elle un bâillement très relâché et sonore. Elle finit par bailler, sa bouche est grande ouverte mais aucun son n'est émis. Elle profite cependant du bâillement mais sa mimique semble critique vis-à-vis de cette fatigue. Pour l'aider à sortir le son, nous proposons la lettre « A » lors de l'expiration. Elle émet le son « A » qui se transforme aussi tôt en bâillement avec son, ce qu'elle ne pouvait produire auparavant. Elle se sent plus relâchée mais sa fatigue se ressent, nous quittons la chambre.



La semaine d'après, j'apprends par la psychomotricienne que Mme D. a eu l'impression d'avoir vécu une expérience de mort imminente. Ce temps de vie s'est compliqué. Son anniversaire approchant a ravivé le souvenir du décès de son père, mort au même âge. Une mort qu'elle qualifie d'acharnement thérapeutique. La psychomotricienne m'informe alors que l'identification au père est forte et que la date d'anniversaire devient source d'angoisse de mort. De même, j'apprends que la situation devient conflictuelle entre le conjoint et le fils, le conjoint s'indignant des massages des pieds que lui fait son fils.

Nous trouvons Mme D. sur le départ qui range sa valise. Une permission de sortie, la veille, lui a permis de fêter son anniversaire à l'extérieur avec ses proches. Un moment agréable qu'elle raconte avec beaucoup de plaisir en contemplant le bouquet de roses qui orne sa table de chevet.

Elle fait le bilan de ce temps d'hospitalisation. Son anniversaire tant redouté n'était que le reflet de la mort de son père en lien avec cette impression de mourir, où elle « *s'est sentie lâchée* ». Aujourd'hui un projet de SSR²⁵ est envisagé, Mme D. doit s'en occuper et dit se rendre compte du besoin d'aide à domicile. Dans ce bilan, elle fait alors un parallèle entre l'aggravation récente de la maladie et le moment où elle a cessé cette préoccupation maternelle, face aux problèmes de son fils, « *mon corps pouvait se détendre, lâcher prise* ». Comme si la détente pouvait générer la maladie. Elle évince très vite cette dimension.

²⁵ SSR : Soins de suite et de Réadaptation.

Puis elle tient à souligner à la psychomotricienne son « professionnalisme ». Dans ce temps de crise traversé, elle estime avoir découvert « *l'entre-deux* » grâce à elle. Elle insiste fortement « *Vous êtes la seule* ». Je sens l'investissement transférentiel assez fort, et me sens exclue voire gênée, ayant l'impression d'être de trop dans cette relation.



Deux semaines plus tard, nous apercevons dans les couloirs de l'hôpital, le conjoint de Mme D. qui souhaite nous parler. Suite à une nouvelle hospitalisation aux urgences, il est préoccupé par son état de santé: elle ne mange plus, n'a plus d'appétit. Le projet de SSR est resté inachevé, sa compagne n'y a pas donné suite. Un séjour de repos dans une maison spécialisée en soins palliatifs est envisagé, ce qui l'inquiète pour avoir eu deux amis décédés dans cet établissement.

En arrivant dans la chambre, je suis surprise par l'état précaire de Mme D. qui contraste fortement avec la dernière séance. Elle porte un pyjama trop large et des chaussons aux pieds. Elle est décoiffée et amaigrie, son pas est ralenti, elle peut tout de même se lever mais traîne ses pieds de fatigue. Elle sourit avec tendresse à la psychomotricienne, heureuse de la retrouver. Adossé au mur, son conjoint tente maladroitement de la soutenir mais il est source d'agacement. La séance va débuter, elle fait une commission à son conjoint, ce qui l'éloigne un certain temps.

Mme D. est agressive envers son compagnon, ses encouragements pour qu'elle s'alimente l'insupportent. Le temps vécu au domicile depuis la dernière hospitalisation semble avoir été éprouvant. Le soutien et les attentions de ses proches l'étouffent en l'incitant à une lutte qu'elle refuse. La nourriture s'apparente à la survie : « *On ne m'entend pas !* ».

Alors qu'elle exprime vouloir se détacher de tous les liens relationnels qui l'unissent à ses proches, ces derniers lui manifestent l'inverse. Mme D. demeure dans la maîtrise de ce temps du mourir. La mort à venir implique une rupture qu'elle met en place tel un protocole. Mais l'angoisse de mort vient troubler son sommeil : « *Je n'arrive pas à dormir, j'y pense, j'en rêve...* ». Ce temps de vie n'est pas représentatif de son idéal de mort. Ce temps devient celui d'une attente insupportable dénuée de sens, « *J'attends...* », « *Ça sert à quoi d'attendre, si c'est pour vivre comme ça* ».

Elle sourit ironiquement et évoque un acte manqué, elle s'est assise hier sur ses lunettes rouges, les cassant par inadvertance : « *Je ne les ai plus, elles étaient ma marque de*

fabrique ». Tout ce qu'elle mange est rejeté, son organisme devient progressivement dysfonctionnel.

Puis d'une petite voix gênée, comme si elle demandait l'interdit ou transgressait une règle : « *J'aimerais bien un petit massage* » dit-elle à la psychomotricienne.

Elle oriente la psychomotricienne vers un massage des bras pour soulager les œdèmes tout en se touchant le ventre car une douleur est ressentie. Alors que la psychomotricienne lui propose un massage du ventre, je la sens prise de court, Mme D. préfère le massage du bras opposé. Le massage continue, elle ferme les yeux et reste silencieuse. Puis elle oriente le massage vers le dos et se met d'elle-même en position de lotus, assise sur son lit. La psychomotricienne, placée derrière elle, pose ses mains sur ses omoplates et l'invite à déposer son poids. Mais Mme D. a besoin de temps avant de se laisser porter, ses réajustements posturaux, ses redressements traduisent sa difficulté symbolique à donner son poids. La psychomotricienne la rassure sur sa solidité « *Je vous tiens* » et Mme D. parvient à déposer progressivement son poids.

Soudain, alors qu'elle avait conservé son débardeur tout en cachant sa poitrine, elle décide de l'enlever complètement. Son corps dénudé et amaigri nous apparaît, un corps marqué par la maladie et son âge. Un corps-à-corps s'engage entre les deux femmes, la psychomotricienne offre son épaule gauche comme appui et continue de masser avec la main droite. Mme D. s'y adosse tout en déposant sa nuque contre le creux de l'épaule droite. Je suis émue par ce massage et notamment les images qui me viennent du côté d'une dyade.

Le massage terminé, Mme D. s'enveloppe sous la couverture et ferme les yeux. Nous la regardons en silence quelques minutes, avant qu'elle n'ouvre les yeux et nous adresse un sourire. Ce massage ouvre une parole autour de ce temps du lâcher prise dont elle ressent les bénéfices puis finit par nous dire « *J'ai déposé les armes.* »



Le lendemain, nous rentrons dans la chambre, son conjoint nous cède la place, la laissant « entre de bonnes mains » tout en nous souhaitant « *bonne séance* ».

Mme D. prend de plus en plus conscience de son dysfonctionnement digestif. Le simple plaisir du jus sucré, extrait d'une clémentine, n'est même plus possible. Elle semble peinée par cette perte d'un ajustement qui lui donnait encore un peu de plaisir dans ce temps de vie. Son regard et sa voix traduisent de la tristesse face à cette prise de conscience. Une

réalité vécue dans une certaine conflictualité entre le désir de ne pas froisser ses proches qui prennent soin d'elle en lui apportant de la nourriture alors qu'elle trouve cela pesant et décalé de ce temps de vie qu'elle rejette « *Ce n'est pas une qualité de vie !* ». Elle n'a parlé de ce ressenti qu'une seule fois à son conjoint « mais il n'a pas entendu ». Nous l'invitions à lui en reparler si elle en ressent le besoin.

Lorsque la psychomotricienne nomme ce temps d'entre-deux, et le lâcher prise corporel, le ton de Mme D. se teinte légèrement d'agressivité et finit par nous dire « Je n'ai pas de corps ».

Le discours de Mme D. reste centré sur les douleurs abdominales et sa main masse son ventre de façon circulaire. Elle regarde avec douceur la psychomotricienne, lui esquisse un sourire et exprime, avec cette même intonation, son désir de « *petits massages* ». En se préparant pour le massage, la psychomotricienne propose de masser le ventre puis le dos si elle le désire. Mme D. accepte aussi tôt le massage du ventre, comme si elle attendait impatiemment cette proposition.

Allongée sur le dos, elle soulève son haut de pyjama, et ferme les yeux. Le toucher est enveloppant sur le devant et sur les côtés. L'expression de son visage alterne entre relâchement et tension, je remarque un léger froncement des sourcils.

Mme D. semble apaisée suite à ce massage, elle reprend la position en lotus pour le massage du dos et ôte son débardeur. A peine le massage commencé, elle demande si elle doit se rapprocher du lit (se rapprochant ainsi de la thérapeute) pour le confort de la psychomotricienne. Le portage du dos semblable à celui de la veille est repris, le corps de la psychomotricienne servant d'appui. La patiente rencontre toujours cette même difficulté à déposer son poids, ses mains attrapent ses genoux repliés ou s'appuient de part et d'autre du lit. De nouveau la psychomotricienne la rassure quant à sa solidité pour l'accueillir. À présent, quasiment joue contre joue, les deux corps ondulent, celui de Mme D., impulsé par les mouvements du corps de la psychomotricienne.

Le massage terminé, elle remet son débardeur mais maintient ses yeux fermés et dit le bien-être du massage. Elle rouvre les yeux, se tourne vers la psychomotricienne et lui tend la main. La psychomotricienne répond à cette invitation et Mme D. enveloppe sa main dans les siennes. L'échange de regards est intense et riche de tendresse.

Puis Mme D. se réinstalle dans son lit, elle est surprise de constater que son ventre peut être massé sans douleur puis reprend immédiatement « *C'est parce que c'est vous.* ». La psychomotricienne souligne la symbolique de cette zone et à peine a-t-elle le temps de

terminer sa phrase qu'elle la coupe en évoquant « *la zone des nœuds* » en mimant les mains qui tordent quelque chose.



Une semaine s'écoule au cours de laquelle Mme D. s'est beaucoup interrogé sur la maison de repos, demandant à la psychomotricienne si elle y sera présente. L'angoisse de mort se propage, son fils s'est effondré en lui déclarant qu'elle demeurerait « *son seul pilier* ». La psychomotricienne me rapporte les paroles de Mme D. : « *Il a pleuré comme un bébé* ». Mme D. a pu faire ses directives anticipées notamment sa demande de non réanimation.

Lorsque nous allons à sa rencontre, nous apprenons qu'elle attend impatiemment la venue de la psychomotricienne, questionnant chaque soignant de son arrivée. Le coiffeur de l'hôpital vient juste de passer avant notre venue et Mme D. arbore un joli brushing.

La nuit dernière fut éprouvante suite à une diarrhée nocturne qu'elle n'a pas pu maîtriser : « *J'ai tout dégueulassé, y'en avait partout..* » nous dit-elle avec honte et colère contre cette dépendance progressive qui lui est violente.

Ce temps de la dépendance tant redouté est arrivé. Cette intimité qu'elle gérait seule depuis des années est brutalement partagée, son « *linge souillé* » est visible aux yeux de tous. Son ventre devient le reflet de ses angoisses, des angoisses de liquéfaction liées au sentiment de fuite corporelle. Son corps lui échappe et résonne avec l'angoisse de mort « *Ca fuit comme dans ma tête.* » Lorsque la maison médicalisée est évoquée, Mme D. s'en défend et évince le sujet.

Elle masse son ventre ce que la psychomotricienne lui fait remarquer. Elle nous explique comment ce geste est devenu habituel. Elle s'est surprise à le refaire à l'identique sur sa cuisse devant son conjoint qui soulevait l'irrationalité du geste, étant donné l'absence de douleur à cet endroit. Mais pour Mme D., ce geste symbolise autre chose, c'est ce qu'elle nomme « *la caresse réconfortante* ».

Les problèmes de circulation dans le corps s'intensifient, ce qui lui donne l'impression d'avoir « *un boudin de piscine* » scindant le haut et le bas du corps. Bien que cette image aquatique ne lui parle pas, elle qui déteste l'eau : « *Je flotte mal* » nous dit-elle.

Le massage est toujours accueilli avec autant de joie et de désir. La psychomotricienne propose de diminuer l'inclinaison du lit pour le massage du ventre, mais cela la déstabilise.

Elle refuse d'allonger le lit. Pendant qu'elle se fait masser le ventre, elle ferme les yeux et insiste sur l'exclusivité de cette zone : « *Personne ne peut me toucher ici, même les médecins me font mal.* » Je me sens parfois mal à l'aise devant l'intensité de ce transfert quasi fusionnel.

Alors que la psychomotricienne émet la possibilité de réaliser le massage du dos en s'allongeant sur le côté, Mme D. refuse catégoriquement et préfère opter pour la position en lotus car « *C'est mieux équilibré* ».

Le temps d'installation reste marqué par la symbolique du poids: « *Je ne suis pas trop lourde ?* » et nécessite la réassurance habituelle de la psychomotricienne pour lui permettre de relâcher son dos. Disposée derrière la psychomotricienne, j'ai une autre perception de la scène. Je perçois la réalité de son corps amaigri à la peau fine et toute la proximité de ce massage, m'amenant parfois vers l'illusion de n'observer qu'un seul corps.

Pour signifier la fin du massage, la psychomotricienne redépose progressivement Mme D. vers son axe en lui laissant reprendre sa verticalité à son rythme. Mais elle continue de donner son poids et ne se redresse pas de suite. Pour qualifier son ressenti suite au massage, Mme D. choisit « *Merci.* »



Une semaine s'est écoulée depuis la dernière séance observée. Entre temps, j'apprends que Mme D. a évoqué la tentative de suicide, par la fenêtre, de son père en fin de vie. Questionnant parallèlement la psychomotricienne sur la fenêtre de sa chambre qui lui semble bloquée.

Son ambivalence vis-à-vis de ce temps du mourir est de plus en plus prononcée, elle évoque le nom de Jeanne Calment²⁶ pour nommer la maison médicalisée commençant par le même prénom.

En allant nous renseigner sur son état de santé avant de débiter la séance, l'équipe nous informe de son état de sommeil profond de la veille, suite à l'administration d'un anti-nauséeux, ce qui surprend l'infirmière.

Nous entrons dans la chambre. Mme D. est assise sur son lit en train de régurgiter, elle est livide et son regard est anxieux bien que la présence de la psychomotricienne la rassure. Son conjoint, adossé au mur, la regarde et traduit son angoisse maladroitement, il est décalé et use d'humour de façon défensive.

La psychomotricienne pose sa main sur son dos et l'accompagne dans ce moment éprouvant en attendant que l'infirmière, informée, arrive avec le médicament. La patiente semble désemparée. Elle confie : « *Hier j'avais plein d'angoisses* », une larme coule de son

²⁶ Jeanne Calment : centenaire française ayant vécu le plus longtemps au monde.

visage. Nous aménageons l'espace pour le rendre plus confortable, la chambre est remplie de nourriture qui favorise son état nauséeux. En attendant l'infirmière qui tarde, Mme D. évoque le sentiment d'abandon et la sensation de ne pas être entendue (elle avait déjà signalé son état avant notre arrivée). Elle reprend cet état de sédation vécu la veille qui semble l'angoisser car traduisant le début d'une confusion : « *Je parlais toute seule hier...* » dit-elle d'une voix fluette et le regard vague.

Nous sortons un instant, une annonce va lui être faite, nous apprenons alors que le projet de maison de repos a été refusée, par manque de place, décalant alors ce projet vers un SSR. Alors que le médecin du service et l'infirmière de l'équipe mobile viennent de le lui annoncer, nous rentrons dans la chambre.

Mme D. est assise sur son lit, un drap recouvre ses cuisses. Depuis hier, elle nous confie s'être rendue compte ne plus porter de montre : « *Je ne veux pas mesurer le temps* » nous dit-elle. L'ambivalence de ce rapport au temps est nommée : « *Des fois je me dis Allez, que ça vienne ! Et il y a ce déclic* ». Elle acquiesce en hochant la tête lorsque la psychomotricienne symbolise le déclic par une envie de vivre. La tristesse se lit sur son visage, elle est silencieuse, son regard est figé comme sidéré, elle ne nous regarde pas.

Lorsque le massage lui est proposé, Mme D. est moins enthousiaste que d'habitude. Elle diffère d'un temps sa réponse et précise qu'elle souhaite un massage centré sur le ventre pour diminuer les symptômes. Etonnamment, elle veut bien désormais allonger le lit pendant le massage alors que de l'angoisse avait été ressentie pendant la séance précédente.

Lors du massage, elle évoque l'angoisse de son conjoint avec tendresse en l'imaginant petit « *Ça devait être le gamin qui avait des choses à manger dans ses poches* » dit-elle en souriant. De cette manière, elle nous informe de la fragilité de son conjoint, celui-ci ayant accompagné plus jeune, son père en fin de vie pour un cancer. Puis elle reste silencieuse, le massage continue et progresse vers le thorax, une main sur le ventre, une main sur le sternum. Sa mâchoire se relâche et s'entrouvre, l'air expiré fait vibrer ses lèvres, son souffle se fait fortement entendre. Elle semble néanmoins dans une lutte tonique, ses yeux s'entrouvrent légèrement. Elle parle seule et la psychomotricienne l'invite à se laisser aller au sommeil si elle le désire.

A la fin du massage, Mme D. persiste dans cet état de repos en maintenant ses yeux fermés et son souffle demeure intense. Nous la regardons se reposer dans le silence. Le temps me semble suspendu. Puis elle rouvre les yeux. Elle se réinstalle dans son lit, se verticalise légèrement et évoque l'annonce faite par le médecin.

Mme D. a l'impression de subir cette décision médicale sans avoir le droit d'exprimer son avis. Sa réaction habituelle aurait été celle de « *mettre une barrière* ».

Elle évoque alors la conséquence de ce transfert en SSR et les pertes que cela engendre : la perte des soignants et plus particulièrement la perte du lien avec la psychomotricienne. Une relation qui s'est construite dans le temps, ce qui n'est pas négligeable pour elle. Elle se demande si elle aura le temps de recréer un lien aussi fort. Elle nous témoigne sa tristesse et se met à pleurer, mais ses larmes demeurent dans la retenue, son plexus solaire est verrouillé. La psychomotricienne reconnaît toute la légitimité de cette émotion et se rapproche d'elle en s'asseyant sur son lit. Elle lui touche sa main qu'elle caresse d'un geste tendre et réconfortant. Elle légitime ses émotions de tristesse et l'invite à ne pas retenir mais à « *laisser circuler* » cette souffrance. La tristesse de cette séparation vient refléter l'intensité du lien : « *Je peux pas dire que c'est une rupture mais c'est quand même une forme de rupture !* ». J'entends alors la rupture dans sa dimension amoureuse mais aussi dans ce qu'elle a de destructeur et de séparateur comme la mort. Mme D. pleure et cela « *fait des années que ce n'est pas arrivé* ». A l'instar de notre première rencontre, les larmes viennent symboliser cette boucle qui se ferme. Ce transfert hospitalier l'angoisse, elle questionne la psychomotricienne sur l'équipe qui y travaille et a besoin de réassurance quant au lien inter-hospitalier. La psychomotricienne relâche sa main un instant pour la laisser se moucher, mais elle attrape son index, elle s'agrippe.

Mme D. semble éprouver le besoin de justifier ses larmes pour s'en autoriser : « ça aide un peu » mais elle se reprend de suite « *mais c'est dur de les avaler* », comme s'il fallait ravalier ses larmes, retenir sa tristesse. L'image du petit soldat semble planer autour de Mme D. qui ne peut s'empêcher de lutter contre l'effondrement émotionnel.

Alors que l'état des œdèmes s'était amélioré, elle remarque que depuis ce matin son bras gauche a fortement gonflé. Elle interprète ce symptôme comme l'expression de sa volonté de rester dans cette institution. Elle pense alors somatiser, ne s'autorisant pas à exprimer son refus de partir. Nous lui proposons de porter sa voix en transmettant son ressenti aux médecins, ce qu'elle accepte. Mme D. nous fait part de pensées anxieuses qui « l'englobent ». Nous lui rappelons qu'elle est entourée de professionnels ayant la capacité de soulager cette légitime souffrance, notamment par des anxiolytiques. Elle nous autorise à en faire part à l'équipe médicale.



Le lendemain, nous apprenons que son état s'est nettement dégradé dans la nuit. Elle a même chuté de son lit dans la matinée. La décision d'arrêter l'alimentation a été prise par le

médecin référent. La demande de maison de repos en unité de soins palliatifs a été renouvelée avec ces nouveaux éléments. Nous devons aller voir Mme D., or nous avons pris du retard, nous devons faire face à une réalité temporelle qui est la nôtre : il est presque l'heure de partir, nous sommes vendredi et le week-end de Pâques retarde les retrouvailles de la semaine prochaine... Nous décidons tout de même d'aller la voir quelques instants.

Assise dans son lit, le regard triste et vague, elle tient son téléphone près d'elle. D'emblée, elle aborde sa tristesse et son angoisse car « *Je pense à la mort* » nous dit-elle. Elle nous évoque alors sa chute mais ne semble pas traumatisée : « *J'ai pas eu peur, j'ai attendu.* » Alors qu'elle exprime des plaintes dans la région abdominale, elle ne sollicite pas de massage auprès de la psychomotricienne ; même lorsque la question lui est directement posée. C'est alors qu'elle nous explique qu'elle était sur le point de téléphoner à son conjoint, elle désire le voir et ressent le besoin d'être en sa présence. Elle lui téléphone devant nous en lui demandant timidement de lui rendre visite « *si tu veux, tu peux venir...* », il répond positivement, elle raccroche. Mme D. nous confie se rendre compte de la souffrance de son conjoint face à la distance qu'elle a mis en place, distance qu'elle n'a pas nécessairement faite avec son fils. Elle tentait de maîtriser ce temps du mourir dans une forme de désinvestissement du lien, mais se rend compte que ce n'est pas possible.

Elle souhaite un massage du ventre, la psychomotricienne lui précise que ce massage sera écourté du fait de nos obligations personnelles qui nous poussent à partir. Elle accepte et le massage du ventre se réalise dans le silence pendant qu'elle ferme les yeux. La fin de notre rencontre approche, chacune à notre tour nous nous approchons d'elle et lui serrons la main, les échanges sont intenses. Lorsque je lui serre la main, je constate que Mme D. regarde mon badge accroché à ma blouse, elle lève les yeux et pour la première fois me dit au revoir en me nommant par mon prénom.

La semaine suivante j'apprendrai que Mme D. a finalement obtenu une place dans la maison de repos où elle bénéficie de séances de psychomotricité. J'apprendrai même qu'elle marche dans les couloirs deux semaines après son arrivée et profite de séances d'art-thérapie.

C. La question du temps en fin de vie

« Qu'est-ce donc que le temps ? Si personne ne me le demande, je le sais. Mais si on me le demande et que je veuille l'expliquer, je ne le sais plus. » (Confessions XI, 4)

Par cet adage, SAINT AUGUSTIN, nous plonge dans toute la problématique du temps. Au quotidien, notre existence a lieu dans le temps, et sans même que nous le conscientisons, nous faisons l'expérience d'exister sous la modalité du temps. Comment s'imaginer exister en dehors du temps ?

Pour M. HEIDEGGER, existence et temporalité sont intimement liées, le temps reste la modalité sous laquelle notre existence nous apparaît. Il est impossible de se penser, de s'imaginer en dehors du temps, l'expérience de notre existence reste liée et structurée par le temps. A. ZIELINSKI précise la pensée de M. HEIDEGGER : « Vivre, c'est vivre en avant de soi. Notre existence trouve son sens, et se déploie, à partir des possibles que nous considérons, et à travers lesquels, nous faisons l'expérience de notre liberté ».²⁷

Mais comment vivre le temps lorsque le possible devient celui de sa propre mort ? Comment donner sens à son existence alors que la temporalité est devenue limitée? C'est toute cette temporalité de la fin de vie qu'interrogent Mme B. et Mme D. lors des séances de psychomotricité : « Comment vivre ce temps ? ».

La temporalité correspond au temps vécu, celui dont nous sommes amenés à faire l'expérience dans des moments de vie agréables ou désagréables. Cette conception subjective du temps est dite aussi celle du temps psychologique, temps vécu, et s'oppose par définition au temps physique, mesurable, le temps des horloges.

a. *Le temps de crise existentielle*

- *Concept de crise*

La mort n'est pas seulement un évènement biologique, elle est aussi un évènement psychique, celui de la confrontation à sa propre finitude jusque-là déniée. Elle représente alors ce dernier évènement majeur d'une vie. Pour M. ABIVEN, « cet évènement lorsqu'il peut se prévoir, et qu'on peut s'y préparer, comme c'est le cas dans les phases terminales de maladies, s'apparente alors à une crise ».²⁸ L'homme doit donc faire face à cette dernière crise existentielle.

Du latin « *Crisis* » signifiant un « assaut », et du grec « *Krisis* » au sens de séparer, distinguer ; le mot « Crise » vient souligner le caractère à la fois brutal et décisif de ce temps. Les expressions langagière « *crise de nerfs* », « *piquer une crise* » confirment cet aspect

²⁷ ZIELINSKI A., 2004, p. 94.

²⁸ ABIVEN M., 2004, p.127.

brusque et violent. Il n'existe pas de « douce crise », le danger est omniprésent puisque la crise se fait dans la violence, dans la rupture, dans la souffrance et l'angoisse. La crise vient alors menacer l'intégrité de la personne.

Dès sa naissance, l'être humain se confronte à la crise, puis est amené à vivre différents temps de changement et de crises dans son développement, ce qui le familiarisera avec cette notion. Chaque crise lui imposera un changement et une période d'évolution. La crise confronte à la fois à un temps fait de tensions, de conflits, de contradictions et d'angoisses, tout en invitant à la transformation et au changement. Il s'agit à la fois d'une « crise et des possibilités de transformation, de croissance, de structuration maturante ».²⁹ Bien évidemment, chaque crise est singulière et les traversées sont autant diverses qu'il existe d'individus différents et uniques. De même, selon l'histoire de vie de la personne et la manière dont elle aura dépassé ses crises antérieures, l'expérience de la crise actuelle en sera tout autant influencée. Mais « pour celui qui va mourir, cette crise est la dernière, la plus profonde sans doute, peut-être la plus angoissante, elle suppose un saut dans l'inconnu. Même si on l'accompagne, elle se vit dans la solitude, car l'expérience du mourir demeure impartageable »³⁰.

Lorsque nous rencontrons Mme D., elle traverse un temps de crise : son adaptation à la maladie depuis 2004 ne tient plus, sa « vie s'écoule » et son « corps ne peut plus se cacher ». La crise actuelle convoque à celles du passé : la mort de son père et le combat pour son fils. Des temps de crises dépassées dans la lutte avec l'image d'être un « petit soldat ». La fatigue liée à l'avancée de la maladie prend alors un tout autre sens, un sens qu'elle interroge dès la première rencontre.

- *La rupture du temps familial*

Parce que le temps est intimement familial, qu'il est flux, passage et linéarité, il est impensable qu'il puisse être remis en cause. Et pourtant l'annonce d'une maladie grave, l'irruption de la souffrance viennent bouleverser cette linéarité.

Le temps familial n'est autre que celui qui passe et que nous pouvons mesurer, il s'agit alors du temps quantifiable autrement dit le « *chronos* » grec. A. ZIELINSKI précise que *chronos* est à la fois une succession et une liaison d'instantanés différents. *Chronos* est à la fois continuité mais s'évalue aussi en terme de ruptures, l'évènement marquant servant de repère pour distinguer l'avant et l'après. Cette capacité à unifier les moments tout en séparant les

²⁹ *Ibid.*

³⁰ *Ibid.*, p.128.

instants, SAINT AUGUSTIN l'attribue à l'esprit. D'après lui le temps est le propre de l'âme, SAINT AUGUSTIN fait ainsi une conception psychologique du temps et distingue le temps de l'homme du temps de la nature qui n'est pas éprouvé, et mesuré. La continuité et la rupture sont donc le fait de l'homme. L'âme relie ce qui passe et ce qui demeure.

Le temps devient donc familier, si familier qu'il nous lie à nous même, aux autres et au monde dans lequel nous vivons. « Hier » et « aujourd'hui » peuvent se ressembler sans que l'expérience de demain soit angoissante. L'unité du temps qui passe n'est pas effrayante, elle devient une évidence, et demeure tranquille où les ruptures s'intègrent dans une continuité temporelle.

Dans la maladie grave et bien plus encore dans la proximité de la mort, c'est cette familiarité et cette unité temporelle qui semblent menacées. La rupture qui jusque-là demeurait intégrée dans la continuité vient prendre le pas et troubler les liens temporels. Selon A. ZIELINSKI, « Maintenant » et « avant » deviennent insaisissables et « demain » se vit sous le signe de la menace. Pour M. RUSZNIEWSKI, le présent devient spolié de son devenir, « un présent atemporel qui engloutirait toutes les phases du temps ».³¹

A. VILLATE., B. LAVIGNE., S. MOREAU., D. BORDESSOULLE et D. MALLET parlent de fracture temporelle. La personne malade n'est plus dans ce *Chronos* grec mais dans un temps dit *Kairos*, elle vit un « temps d'attente, contemplatif, parfois éternisé par la souffrance où le futur n'est qu'une répétition d'un présent souffrant ».³² *Kairos* est un temps très important en soins palliatifs, c'est le temps psychique si singulier propre à chacun et à chaque situation.

Pour Mme D., la maîtrise de la maladie devient compliquée. Ce présent auquel elle tente de faire face, lui donne l'impression que sa vie « s'écoule ». La question du temps devient centrale et l'approche de son anniversaire se vit sous l'angoisse de mort. Elle précisera ne plus porter de montre car décalée entre ce temps physique et psychique : « Je ne veux pas mesurer le temps ».

Pour Mme B., en une séance, la temporalité oscille entre le passé douloureux, l'instant présent de la détente et le futur angoissant de « l'épée de Damoclès ».

³¹ RUSZNIEWSKI M, 1995, p. 98.

³² VILLATE A., LAVIGNE B., MOREAU S., BORDESSOULLE D., MALLET D., 2014, pp. 304-305.

- *La rupture de l'immortalité*

Comment entendre l'incompréhensible ? Comment entendre la sentence de la mort, lorsque l'on a tenté de « survivre » psychiquement et physiquement depuis l'annonce de la maladie grave ?

Alors qu'ils pensaient avoir subi le pire avec l'annonce traumatique et sidérante de la maladie, les patients doivent faire face au retour du refoulé, la mort fait de nouveau effraction et « s'inscrit dans une réalité incontournable, tangible, imparable »³³. L'évolution de la maladie, l'arrêt des traitements curatifs, la dégradation physique rendent la mort criante plus que jamais, porteuse de son flot d'angoisses et de peurs. En effet, si nous savons l'existence de notre finitude, nous tentons quotidiennement de nous comporter comme si elle n'existait pas, car insupportable pour la psyché.

S. FREUD écrit autour de cette impossibilité à penser notre mort :

« On pouvait croire que nous étions naturellement convaincus que la mort était le couronnement nécessaire de la vie [...] que la mort était un phénomène naturel, irrésistible. Mais en réalité, nous avons l'habitude de nous comporter comme si il en était autrement. Nous tendons de toutes nos forces à écarter la mort, à l'éliminer de notre vie [...]. Il nous est absolument impossible de nous représenter notre propre mort et chaque fois que nous nous y essayons nous nous apercevons que nous y assistons en spectateurs. [...] Personne au fond ne croit en sa propre mort ou ce qui revient au même ; dans l'inconscient, chacun de nous est persuadé de son immortalité ».³⁴

V. JANKELEVITCH ajoute « La mort et moi sommes exclusifs l'un de l'autre et nous nous chassons réciproquement [...]. Chaque mort étonne ou scandalise comme si elle était la première ».³⁵

La confrontation à l'idée de la mort à plus ou moins court terme change le rapport au temps : « Là où il pouvait s'inscrire à tous les temps de la conjugaison [...] il s'organise maintenant le plus souvent au présent et au passé, parfois au conditionnel mais rarement au futur même si l'espoir d'un jour meilleur persiste chez un grand nombre ».³⁶ Paradoxalement, le temps est compté mais intemporel. J. ALRIC souligne cet effacement des limites du temps. Celles-ci deviennent floues, jusqu'à brouiller les limites entre le fini et l'infini voire entre les

³³ CLEMENT-HRYNIEWICZ N., p.736.

³⁴ FREUD cité par CLEMENT-HRYNIEWICZ N., 2012, pp.736-737.

³⁵ JANKELEVITCH cité par CLEMENT-HRYNIEWICZ N., 2012, p.737.

³⁶ CLEMENT-HRYNIEWICZ N., 2012, p.736.

dimensions psychiques du mortel et de l'immortel : « A l'irreprésentable de la mort se substitue une sorte de certitude fantasmatique d'être accueilli là pour toujours ».³⁷

- *La rupture identitaire*

Le temps de la désillusion et du doute s'installe et fragilise la personne malade. En état de vulnérabilité, c'est un sentiment d'insécurité interne qui s'éprouve face à la mort, ce qui « n'est pas sans rappeler celui ressenti par l'enfant en l'absence de la mère que décrit R.SPITZ autour de l'angoisse du huitième mois ou encore J.BOWLBY dans ses travaux sur l'attachement »³⁸. Insécurité d'autant plus forte que les assises narcissiques sont mises à mal. Le corps devient désillusion et pointe au sujet ce qu'il n'est plus.

Selon J. LAPLANCHE et J-B PONTALIS, le « narcissisme » est par « référence au mythe de Narcisse, (l') amour porté à l'image de soi ».³⁹ Dans cet ordre d'idée, une blessure narcissique correspondrait à une diminution de l'amour porté à l'image de soi et à l'image du corps. M. GUIOSE reprend la définition de SCHILDER, pour qui, « l'image du corps désigne les perceptions et représentations mentales que nous avons de notre corps, comme objet physique, mais aussi chargé d'affects. Elle est l'aspect imageant du corps et appartient à l'imaginaire, à l'inconscient avec comme support l'affectif ».⁴⁰ Ainsi, le corps altéré, décharné, mutilé dans son apparence incarne une altérité radicale et terriblement douloureuse. L'image du corps en sera fortement affectée, et la blessure narcissique sera profonde.

C'est le rapport au corps qui change, celui-ci devient l'objet persécuteur, agresseur, douloureux, source d'angoisses, de déplaisir mais aussi de menace vitale : « Il devient la représentation même du monstrueux, de l'anormalité, de la Mort là où le culte de la beauté prime [...] où le corps différent « hors-norme » dérange jetant un trouble dans l'esprit collectif à la mesure des fantasmes et des peurs qu'il génère. ⁴¹ ». Le corps vient alors porter atteinte à l'image spéculaire, devenant source de honte et de dégoût dans ce qu'il donne à voir à l'autre de sa vulnérabilité et de ses failles.

La psychomotricienne me confiera le sentiment de honte éprouvée par Mme D. face à la dépendance, la douche devenant difficilement réalisable et lui donnant l'impression d'être « une pochtronne » et « d'avoir passé une barrière ».

³⁷ ALRIC J., 2011, p. 88.

³⁸ CLEMENT-HRYZNIEWICZ N., 2012, p.736.

³⁹ LAPLANCHE J., PONTALIS J-B., 1997, p. 261.

⁴⁰ GUIOSE M., 2007, p. 96.

⁴¹ CLEMENT-HRYZNIEWICZ N., 2012, p.738.

Pour Mme B., la mise en mouvement du corps fait élaborer l'image d'un corps qui n'est plus celui de ses 29 ans mais la convoque à une toute autre représentation, celle d'une personne âgée.

b. Le temps de remaniements psychiques

Le temps de la maladie grave est un temps de perte et de renonciation. Des pertes symboliques et réelles qui fragilisent la personne malade. Ce temps de perte et d'angoisse engendre des remaniements psychiques couteux

- *Travail de deuil et travail de déliaison*

Pris dans un contexte émotionnel prédominé par la perte, le patient se voit confronté à l'accumulation de bouleversements vers lesquels il ne peut lutter. Cette notion de perte le convoque alors à toutes ses expériences antérieures de la perte, et ce dès la petite enfance. Le corps souffrant dans sa globalité, à la fois psychique, et corporelle, le patient doit faire face à un travail de deuil. Mais « le travail de deuil ne s'accomplit complètement que s'il aboutit à une récupération des investissements placés dans les objets perdus ». ⁴²

Mme B. chemine son travail de deuil autour de la perte motrice liée à son hémiplégie. La redécouverte de son corps, par le lâcher prise en psychomotricité, devient ce nouvel investissement du « possible ».

Mme D. définit son identité avec cette image de femme indépendante et libre, la progression de la maladie lui impose la dépendance d'autrui et la douleur du deuil qui y est rattaché.

C'est le temps du deuil, deuil de l'image du corps idéalisée et de la vie antérieure. Ces renoncements narcissiques renvoient aux interactions précoces et font écho aux premières expériences symboliques de la séparation. Le travail du deuil est couteux psychiquement, le principe de réalité vient s'imposer au principe de plaisir.

N. CLEMENT-HRYNIEWICZ préfère parler de « douleur du deuil » ⁴³ plutôt que de travail de deuil. En effet, comment faire le deuil de soi ? La maladie grave et ses pertes successives bousculent le psychisme, les pulsions de vie. Elle confronte à un travail de

⁴² DE M'UZAN M., 1976, p. 188.

⁴³ *Ibid.*, p.739.

déliation. Désormais les pulsions de mort⁴⁴ prennent le pas et délient insidieusement les éléments acquis auparavant notamment la perception d'une unité corporelle.

Pour Mme B., la pulsion de mort vient délier les sensations-représentations lors de la deuxième séance de psychomotricité. Le corps reste sur le versant sensoriel « froid », écho de l'angoisse de mort.

Pour Mme D., ce travail de déliaison s'est fait autour d'une problématique tonico-émotionnelle entre tenir/vivre et lâcher/mourir, et ce, en lien avec l'image « du petit soldat ».

- *Les mécanismes de défenses*

Dans ce contexte, nous avons vu que les soins palliatifs ne manquent pas de faire violence et trauma aux patients, souvent anéantis par le principe de réalité. Bien que ces bouleversements effractent le psychisme, celui-ci peut s'en défendre. Ainsi le malade va déployer ses défenses psychiques pour se « préserver d'une réalité vécue comme intolérable parce que trop douloureuse »⁴⁵. Ses modalités d'adaptations sont coûteuses pour « survivre » psychiquement et dépendent de son histoire et de sa personnalité.

M. RUSZNIEWSKI définit un certain nombre de mécanismes de défenses mis à l'œuvre pendant la maladie grave et insiste sur leur caractère non linéaire. Ces mouvements défensifs qui traversent le malade en fin de vie sont avant tout inconscients et involontaires. Ils doivent être entendus et respectés comme écho de la temporalité et de l'élaboration psychique à l'intégration de cette réalité traumatique ; les contraindre au principe de réalité n'aurait aucun sens.

-La dénéiation : Bien qu'il soit informé de l'impossible guérison, le malade refuse de croire cette douloureuse réalité. Il s'en défend en minimisant, en annulant une partie voire la totalité de la réalité.

-L'isolation : Cette modalité défensive consiste à dissocier l'affect de la représentation intolérable. Le malade reconnaît la menace vitale de façon intellectualisée en l'isolant du vécu émotionnel, la maladie est donc mise à distance.

⁴⁴ Les pulsions de mort sont définies dans le cadre de la deuxième théorie des pulsions de FREUD. Définies par LAPLANCHE J. et PONTALIS, 2009, p.371 : « catégorie fondamentale de pulsions qui s'opposent aux pulsions de vie et qui tendent à la réduction complète des tensions, c'est-à-dire à ramener l'être vivant à l'état anorganique. Tournées d'abord vers l'intérieur et tendant à l'autodestruction, les pulsions de mort seraient à secondairement dirigées vers l'extérieur, se manifestant alors sous forme de la pulsion d'agression ou de destruction ».

⁴⁵ RUSNIEWSKI M., 1995, p. 15.

-La projection agressive : La réalité de la gravité étant intégrée, la personne malade tente de se protéger de cette angoisse en déversant son amertume sur les proches et les soignants, attaqués le plus souvent sur un mode quasi-paranoïaque.

Face à l'annonce de l'impossible guérison, Mme B. projette son angoisse et son agressivité contre les médecins et les traitements.

-La maîtrise : Le sentiment d'impuissance et de perte de contrôle fragilisent la personne malade qui éprouve le besoin de rester dans le contrôle pour se préserver de l'angoisse. La recherche de maîtrise peut se traduire par une rationalisation de la maladie, des attitudes obsessionnelles, de contrôle, de maîtrise sur les traitements et l'avancée de la maladie.

Pour Mme D., la maîtrise de la maladie s'inscrit dans son histoire, héritière d'un Surmoi parental. Elle est ce « petit soldat » qui a maîtrisé la mort depuis 2004, et « prépare » désormais ses proches à son départ. Cette maîtrise fait partie de son fonctionnement et se retrouve tout au long des séances dans l'apprivoisement du lâcher-prise.

-Le déplacement : Lorsque l'angoisse devient trop proche, le patient peut la maintenir à distance en la transférant sur une autre source d'inquiétude en rapport indirect avec la maladie voire sans aucun lien.

Lorsque le passage au palliatif est annoncé à Mme B., celle-ci déplace son angoisse sur les séances de sport « coaching » dont elle ne pourra pas être remboursée.

-La régression : Repliée sur elle-même, la personne malade se protège de la détresse en se laissant « porter » par ses proches, les soignants auxquels elle s'en remet complètement, pouvant se laisser à une excessive passivité et attitudes infantiles. Cette défense lui laisse le temps de retrouver ses moyens pour faire peu à peu face à la réalité. J'aborderai plus en détails le concept de régression plus loin dans ce travail.

-La sublimation/la combativité : Le patient découvre un espace de construction et une dynamique positive à la maladie par la capacité de créer, de s'engager, de lutter qui viennent donner sens à la maladie comme si cela pouvait améliorer son état physique.

Pour Mme D., cette combativité est à relier avec sa maîtrise. Elle lutte avec cette image du « petit soldat » qui demeure présent, les larmes doivent être ravalées, j'apprendrai qu'elle profitera de l'art-thérapie dans sa nouvelle institution. La capacité de créer venant soutenir sans doute sa mise en sens de la maladie, de son existence et de ce temps qui reste à vivre.

-Le clivage du moi : La difficulté voire l'impossibilité de se résigner à la mort amène le patient à faire cohabiter deux réalités psychiques apparemment contradictoires : la réalité de la mort et l'espoir manifesté par le désir de vivre. Paradoxalement, c'est ce va et vient qui aide le malade à s'apaiser dans ce quotidien de souffrance. Or l'équipe soignante peut se cliver à son tour, chacun étant convaincu d'être au plus proche du vécu du patient.

L'ambivalence de Mme D. reflète ce mécanisme de défense. Elle nous nomme « le dé clic » synonyme de vie lorsqu'elle espère la mort à venir.

- *Les étapes du mourir*

E. KUBLER-ROSS a également contribué à une meilleure compréhension des mouvements psychiques mobilisés dans ce temps de vie incertain. Différentes étapes du mourir y sont décrites. Pour ce travail, je ne les développerai pas en détail mais en voici la composition : l'étape du refus et l'isolement, de la colère et de la révolte, du marchandage, de la dépression et de l'acceptation de la fin. L'auteure insiste pour ne pas réduire ces étapes à une lecture caricaturale du patient en soins palliatifs. En effet, elles ne sont ni inéluctables, ni linéaires, ni obligatoirement successives. Certains peuvent ressentir des sentiments, ou présenter des attitudes et des comportements retrouvés dans un stade sans forcément manifester d'autres étapes du mourir. Il est donc important de ne pas imaginer la nécessité de les provoquer.

- c. *Le temps de la régression*

- *La régression et la maladie*

L'expérience des soins palliatifs ne manque pas de confronter les patients au processus de régression qui accompagne la fin de vie. La dégradation progressive de leur corps, la perte

d'autonomie dans les soins corporels et les sentiments de passivité peuvent renvoyer les patients à une dépendance régressive à l'autre, dans son renvoi à la dépendance primaire du nourrisson, incapable d'assurer seul sa survie, de subvenir seul à ses besoins élémentaires. N. CLEMENT-HRYZNIEWICZ précise que la résonance de ces pertes symboliques sera d'autant plus difficile, qu'elles viendront souligner la rupture avec l'Idéal du Soi.

*Mme D. doit faire face à la perte de maîtrise sphinctérienne de son corps devant alors porter des protections. Une maîtrise sphinctérienne qui renvoie symboliquement à ce premier sentiment de toute-puissance relationnel de l'enfant, « qui contribue à l'affirmation de la personnalité naissante ».*⁴⁶

Pour Mme B., sa verticalité est atteinte par son hémiplégie, la régression s'entend avec cette atteinte symbolique de la marche. La verticalité renvoie à un passage symbolique, celui de l'autonomie et de l'appréhension du monde, ce que Mme B. ne peut plus réaliser.

Dans ces temps de dépendance extrême, l'insécurité interne et la vulnérabilité font éprouver à de nombreux patients le besoin qu'un autre soit là, présent pour contenir cette détresse et l'accompagner avec confiance dans ce temps de crise. Un autre sur lequel il est possible de s'étayer, de s'appuyer voire de régresser sereinement à ses côtés.

Cela nous amène vers le concept de la régression en soins palliatifs.

- *Concept de régression*

M.GUIOSE reprend le concept de régression en le reliant au cadre des soins palliatifs à travers les écrits de J-L DONNET.

Celui-ci :

« nous invite à voir la régression dans le cadre sous ses aspects topique, temporel, libidinal. Régression topique puisque moins le patient peut se mouvoir physiquement, plus sa « rêverie » est active. Régression temporelle car ce fonctionnement régrédié de l'appareil psychique privilégie les traces mnésiques et induit une concrétisation, une actualisation parfois hallucinatoire du passé (des patients nonagénaires réclamant leur « maman » au seuil de la mort). Régression libidinale enfin, en centrant le sujet sur son propre espace, par ce corps malade qui se rappelle à lui continuellement, propice au repli des investissements objectaux et à l'état narcissique du moi »⁴⁷.

⁴⁶ DE AJURIAGUERRA J., 1977, p.201.

⁴⁷ GAUCHET- HAMOUDI O., GUIOSE M., 2007, p.93.

Pour M. GUIOSE, « le cadre des soins palliatifs « induit la « régression » vers des pensées qui touchent à la douleur de la perte, de la finitude, de la néantisation en même temps qu'il l'encadre. »⁴⁸. Ainsi la relation thérapeutique se déploierait naturellement dans et par le mouvement régressif, tout en l'encadrant.

Approfondissons cette notion de régression pour mieux en saisir les enjeux dans la clinique des soins palliatifs.

La régression est « un retour à un stade antérieur affectif et mental [et] désigne le retour du sujet à des étapes dépassées de son développement (stades libidinaux, relations d'objet, identifications, etc.) ». ⁴⁹La théorie psychanalytique s'est intéressée sur cette notion lui donnant alors un sens plus précis que je propose de rappeler de manière succincte.

Commençons par S. FREUD, lequel aborde la régression thérapeutique à travers sa dimension dangereuse pour la cure analytique. Les mouvements régressifs qu'il rencontre chez les patients névrotiques lui apparaissent comme un risque contre lequel l'analyste doit se prémunir : « la régression apparaît donc comme un élément pathogène, réactivé par la démarche thérapeutique et qui peut la contrarier si l'analyste n'y prend pas garde »⁵⁰.

A l'inverse, D.W.WINNICOTT propose une démarche thérapeutique fondée sur la régression. Le cadre thérapeutique s'imprègne des soins maternels, des concepts du « *holding* », du « *handling* » et vise à aménager une situation thérapeutique sécurisante laissant le patient libre de régresser. L'analyste devient cette « mère suffisamment bonne » accompagnant ce retour organisé vers la dépendance primitive, afin de restaurer le narcissisme primaire qui n'a pu s'établir au temps de l'archaïque.

Pour M. RENAULT, la régression est une expression de la liberté du sujet souffrant, elle est « cette part de la vie du sujet où il met au travail sa propre histoire, plus précisément celle de ses désirs, de ses amours ou de ses haines ». ⁵¹

E. FERRAGUT reprend cette notion de régression en tant que mouvement défensif. L'auteure précise, le thérapeute doit « entendre un symptôme qui dit que quelque chose du sujet a été vivant, l'est toujours... ». ⁵²Ainsi la régression face à la menace angoissante permettrait au patient de retrouver une stabilité appartenant à « une organisation éprouvée et vécue comme possible, assurant l'intégrité du sujet (par exemple la fusion), et donc bonne pour sa vie et sa survie ». ⁵³En nommant la fusion comme expression régressive, c'est la dyade

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ LEMPERIERE T et al., cité par DEFIOLLES-PELLETIER V, 2010, p.255.

⁵⁰ EDMOND M., 2002, p.30.

⁵¹ RENAULT M., 2002, p.102.

⁵² FERRAGUT E., 2008, p.29.

⁵³ *Ibid.*, p.28.

mère /bébé qui nous est alors convoquée dans le contexte de la relation thérapeutique, et qui se retrouve aisément dans le texte de M. DE M'UZAN, intitulé le travail du trépas.

- *Le travail du trépas*

Alors que nous ne sommes qu'à la deuxième séance, Mme B. scelle le lien en y inscrivant un « nous ». De même, la psychomotricienne devient témoin exclusif de ces temps d'éveil, le reste du temps, Mme B. dort et se coupe de la relation. Enfin les séances de psychomotricité s'associent à un élan vital, elles lui redonnent « de la vitalité ». Comment comprendre ce besoin vital ?

Mme D. manifeste un transfert régressif quasi « amoureux » avec la psychomotricienne, dans lequel je me sens rejetée et exclue. Comment comprendre cette demande régressive et cette manifestation d'amour ?

C'est en 1976, que M. DE M'UZAN publie le travail du trépas. Le trépas signifiant ce passage de la vie à la mort. A partir de sa clinique, il décrit cette « ultime expérience relationnelle »⁵⁴ que vient solliciter passionnellement le patient qui se sait mourant. Son besoin d'investissement relationnel est d'autant plus fort que le malade en fin de vie nécessite cet autre pour pouvoir dans un dernier effort « assimiler tout ce qui n'a pu l'être jusque-là dans sa vie pulsionnelle, comme s'il tentait de se mettre complètement au monde avant de disparaître ».⁵⁵

Bien que la mort rode et menace le lien relationnel, la passion l'emporte et l'investissement relationnel vient témoigner l'intensité de la pulsion de vie. Le travail du trépas est le reflet de l'activité psychique qui embrase le patient à l'approche de la mort.

M. DE M'UZAN souligne les deux traits essentiels de ce travail psychique : « l'expansion libidinale et l'exaltation de l'appétence relationnelle ».⁵⁶ Le malade en fin de vie vient alors jeter son dévolu sur un « objet-clé »,⁵⁷ sollicitant un engagement quasi fusionnel. Animé par cette pulsion de vie flamboyante, le mourant cherche à recréer une dernière dyade dans une avidité régressive qui requiert l'implication corporelle: « Le mourant et son *objet clé* constituent une sorte d'organisme, presque un corps indépendant, qui pour pouvoir se construire, exige un contact physique entre ses éléments. Je crains qu'on ne mesure jamais assez l'importance de ce contact élémentaire, fût-il limité à deux mains qui se tiennent lorsque l'échange verbal est devenu impossible ».⁵⁸

⁵⁴ M'UZAN M., 1976, p.185.

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ M'UZAN M., 1976, p.191.

⁵⁷ *Ibid.*, p.194.

⁵⁸ *Ibid.*

Le soignant doit alors assumer certaines fonctions du Moi du malade à la manière d'une mère qui joue le rôle de Moi externe du tout petit comme nous le rappelle M. GUIOSE. Mais cette relation quasi symbiotique n'est pas sans conséquences dans ce contexte de mort annoncée, « l'objet-clé »⁵⁹ doit accepter ce moment d'a-personnalisation, étant alors inclus « dans l'orbite funèbre du mourant »,⁶⁰ et entraîné fantasmatiquement avec lui dans la mort. Pour favoriser ce travail du trépas faut-il encore accepter de se laisser « *toucher* » par celui-ci, nous précisera M. DE M'UZAN. L'objectif majeur de cette *dyade* est de faciliter cette relation transférentielle régressive pour protéger le patient contre toute perte objectale et angoisse d'abandon. N. CLEMENT-HRYNIEWICZ ajoute un détail majeur, elle souligne que cette quête de sens reste difficile et demande du temps. Ce travail psychique n'est donc pas le chemin choisi par tous de par l'incertitude temporelle des soins palliatifs, et la singularité de la crise du mourir.

Le travail du trépas nous invite à concevoir le lien indissociable entre *Eros* et *Thanatos* et souligne la dimension corporelle dans la demande régressive de certains patients.

M. GUIOSE souligne la spécificité du psychomotricien pour accompagner ce travail psychique : « Le psychomotricien est bien outillé pour ce travail « d'immersion », car il a l'habitude de cette plongée régressive dans son travail au niveau du corps sensible et ému. »⁶¹ De par son engagement corporel, le psychomotricien vient s'inscrire dans cette plongée régressive d'autant plus qu'il prend en considération les résonances archaïques de ce corps-à-corps.

A présent, je propose de plonger ensemble aux fondements du toucher. J'aborderai ensuite l'ensemble des cas cliniques avec la thématique du toucher en fin de vie. Enfin j'élargirai la réflexion du toucher en soins palliatifs à travers les perspectives d'un travail de pré-séparation.

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ GAUCHET-HAMOUDI O., GUIOSE M., 2007, p.107.

III. Le toucher en fin de vie

1. Le toucher

A. Le sens du toucher

Lorsque l'on cherche la définition du mot « *toucher* », le PETIT LAROUSSE nous indique «mettre la main, ses doigts au contact de quelque chose, de quelqu'un pour apprécier son état sa consistance, sa chaleur». ⁶²

Au-delà de sa valeur fonctionnelle, le toucher témoigne également d'une dimension émotionnelle, retrouvée dans les expressions langagières communément admises « *à fleur de peau* », ou « *être bien dans sa peau* ». Le toucher doit donc s'entendre dans sa dimension affective, c'est particulièrement celle-ci qui guidera notre réflexion tout au long de cette partie.

En termes de tact, le toucher est un des cinq sens, correspondant à la sensibilité cutanée. La peau constitue son organe comme vu précédemment ; l'homoculcus de sensitif illustre l'étendue de cette surface sensible sur l'ensemble du corps humain. Cependant comme chaque sens, il doit être stimulé pour conserver sa sensibilité.

Concernant la musicalité du toucher, M. GUIOSE rappelle qu'elle est celle de la « *Toccata* », dont l'étymologie « *Toccare* » laisse sous-entendre cette proximité corporelle de la rencontre et la réciprocité de ce sens : on ne peut toucher, sans être soi-même touché.

Le toucher est essentiel pour l'être humain. Toucher est avant tout un besoin primaire au même sens que les besoins vitaux comme l'ont démontré les travaux sur l'attachement de H.HARLOW et J.BOWLBY. De même, A MONTAGU précise le rôle fondamental du plaisir tactile dans le développement de l'individu. C'est sur la base du toucher, que le tout petit en devenir appréhende l'intimité, la proximité, l'absence et la présence d'un autre, et ce depuis le stade fœtal. « De tous nos sens le toucher est le plus personnel », ⁶³ c'est donc celui qui se déploie dans l'espace des relations intimes.

Un des grands principes de l'embryologie veut que plus une fonction se développe tôt, plus il est probable qu'elle sera fondamentale, c'est pourquoi le toucher est le dernier sens à disparaître. Par ailleurs, si « le toucher est le sens qui permet la conscience de l'unité

⁶² LE PETIT LAROUSSE., 2002, p.1018.

⁶³ HALL E.T., 1966, p.85.

corporelle, de la continuité du corps »⁶⁴ y avoir recours semble pertinent pour accompagner des personnes aux identités psychocorporelles effractées lorsque la mort devient si proche.

B. Le toucher thérapeutique

P. ANDRE., T. BENAVIDES., F. GIROMINI utilisent le terme de toucher thérapeutique pour qualifier le massage en psychomotricité. Néanmoins, ils précisent que « le toucher thérapeutique diffère du massage [à fonction rééducative en kinésithérapie] par sa dimension d'exploration de l'identité, par sa volonté d'apporter un soulagement aux troubles mentaux dont souffrent les patients ».⁶⁵

J. SARDA y voit une invitation au relâchement musculaire et tonique ainsi qu'à l'expression des ressentis, des images mentales et des émotions.

Qu'il soit proposé par le psychomotricien ou sollicité par le patient, le toucher thérapeutique nécessite des adaptations et un aménagement à chaque personne malade, ainsi qu'aux réalités institutionnelles.

Proposer un toucher thérapeutique est donc histoire de rencontre et non de technique. Et pourtant, il me semble impossible de faire l'économie de ce savoir-faire et des réflexions qu'il suscite. Il impose au psychomotricien de s'approprier la technique puis de s'en défaire progressivement, tout en menant un travail d'introspection vis-à-vis du toucher.

C. Au temps de l'archaïque

P. PRAYEZ propose une distinction entre l'originnaire et l'archaïque. L'archaïque constitue le temps des toutes premières expériences et précède l'originnaire. Du grec « *arkaios* » signifiant « *ancien, qui vient d'avant* », l'archaïque constitue l'énergie première où puisent les pulsions sexuelles. L'archaïque se lie aux fonctions instinctuelles et peut surgir tout au long de la vie, au fur et à mesure le sujet doit le transformer, l'élaborer afin d'en avoir un recours plus adaptée socialement.

L'archaïque constitue ce tout premier temps du début de la vie et fait références aux premières expériences corporelles où la fonction contenante de la mère tient une place primordiale, comme nous l'avons vu avec la peau psychique d'E.BICK. C'est avec cette

⁶⁴ GUIOSE M., 2004, p.681.

⁶⁵ ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F., 2004, p.183.

fonction contenante et dans la relation, que le bébé réalisera les premières transformations de l'archaïque.

Pour M. GUIOSE, « lorsqu'on agit par légères pressions, par diffusion de mouvements à partir de rythmes réguliers, on rejoint probablement ces expériences initiales des échorythmies et des échetactilismes du « dialogue tonique au début de la vie » ». ⁶⁶

Je propose à présent de nous immerger dans ce dialogue tonique dont nous parle M.GUIOSE. Revenons donc à ce temps où les interactions précoces se jouaient dans un contact peau à peau.

De par son immaturité, le nouveau-né se situe dans une dépendance extrême qui lui permet la rencontre avec un objet maternant, répondant à ses besoins fondamentaux. Ces temps de rencontre se déroulent par l'intermédiaire du corps, comme nous l'avons souligné plus en avant. Ainsi un véritable ajustement tonique se joue entre le corps de la mère et celui de son bébé, ce que H.WALLON nommera par « dialogue tonique », notion reprise et développée par la suite par J. DE AJURIAGUERRA. Dans un échange dynamique et réciproque, les postures et tonicités de chacun se rencontrent et dialoguent. A l'écoute de sa propre tonicité et de celle de son bébé, la mère tente de s'accorder pour favoriser ce dialogue tonico-émotionnel. Un sentiment de cohésion et d'unité corporelle devient possible pour le tout petit.

La façon dont la mère viendra porter et maintenir son bébé prendra alors son importance. Ce que développe D. W.WINNICOTT à travers le concept de « *Holding* » et de « *Handling* ».

Le premier, le « *Holding* », fait référence à la manière dont la mère porte physiquement et psychiquement son enfant lors des temps de soins. Un portage physique « solide », suffisamment ferme pour que l'enfant se sente contenu et soutenu, permet de faire l'expérience de sécurité sans se recruter dans une tension défensive. Le portage psychique correspond au rôle joué par la mère qui supplée aux fonctions du Moi de son enfant, elle est amenée à le penser comme un être à part entière.

Le second concept, le « *Handling* », fait référence à la manière dont la mère manie et touche le corps de son enfant lors des soins quotidiens. Cette qualité de relation maternante, associée à un accordage tonique des deux partenaires, offre à l'enfant l'intégration progressive des limites de son corps.

⁶⁶ GUIOSE M., 2004, p. 682.

Contenu par la mère, assurant sa fonction de protection et de pare-exciteur, le tout petit intègre alors les prémices de sa propre enveloppe corporelle pour pouvoir progressivement « se tenir seul » en toute sécurité. Un attachement suffisamment sûr et solide qui lui permet de s'individualiser à son tour.

Dans la clinique palliative, comment le toucher et ses échos archaïques viennent-ils s'inscrire dans la rencontre en soins palliatifs? Je propose d'illustrer mes réflexions en reprenant la clinique présentée.

2. Quand le toucher consolide l'enveloppe psychocorporelle.

A. Une enveloppe psychocorporelle défaillante

Qu'il s'agisse de Mme A. ou de M.P, lors de la rencontre psychomotrice, tous deux sont assaillis par la douleur à différentes intensités.

Pour Mme A., la douleur semble persécuter, elle fait barrage à la rencontre et aux mots.

A. LE BRETON précise « La douleur n'écrase pas le corps, elle écrase l'individu, elle brise l'écoulement de la vie quotidienne et altère la relation aux autres ». ⁶⁷Si la relation à l'autre n'est pas possible, celle à soi non plus. Mme A. peine à trouver sa place en tant que sujet dans la rencontre, à la recherche des regards, et en difficulté pour décrire avec précision sa plainte.

D. ANZIEU précise qu'« une douleur intense et durable désorganise l'appareil psychique, menace l'intégration du psychisme dans le corps, affecte la capacité de désirer et l'activité de penser ». ⁶⁸La douleur viendrait donc provoquer une défaillance du Moi-peau et plus précisément de la **fonction d'inscription des traces sensorielles**. De ce fait pour Mme A., à la fin du massage, seul le mot « *douleur* » qualifie son vécu, la sensation agréable tactile peine à s'inscrire comme trace sensorielle. Sa peau n'est alors plus le lieu d'une expérience sensorielle agréable, l'étayage corporel s'avère précaire.

Les **fonctions de contenance et de maintenance** apparaissent également touchées pour ces deux patients. Lorsque la douleur surgit, Mme A. peine pour trouver ses mots, ses

⁶⁷ LE BRETON A., 2009, p.325.

⁶⁸ ANZIEU D., 1985, p.227.

émotions n'ont plus de contenant pour s'exprimer. Mais entourée par les soignants, la perception douloureuse diminue, elle a besoin d'être contenue dans un jeu de proximité autour de son lit.

Lorsque M.P reprend les gémissements de la chambre voisine : « *Il a mal* », il donne l'impression de s'appuyer sur la douleur d'autrui pour tenter indirectement d'exprimer la sienne. L'angoisse de la douleur s'étaye sur un autre, la fonction contenant au sens psychique n'est plus assurée, tout comme la sensation contenant de sa peau.

La fonction d'individuation du soi est aussi mise à mal. En début de séance, Mme A. ne peut s'envisager comme un être unique et reste fixée à nos regards lorsqu'elle répond aux questions. Tous deux peinent à trouver leur posture confortable et cherchent l'approbation de la psychomotricienne.

Face à la perception douloureuse, D. ANZIEU précise la défaillance de la **fonction pare-excitation**, la peau n'est plus ce contenant protecteur, d'autant plus qu'elle est atteinte dans sa réalité pour Mme A. et M.P. Le Moi-peau devient privé d'un étayage corporel agréable.

Pourtant ces derniers ne sollicitent pas les soignants lors de la douleur. Tous deux perdurent dans cette perception. S'infligent-ils une « enveloppe réelle de souffrance » ?⁶⁹

Peut-on supposer que M.P et Mme A. tentent de remédier en partie à la défaillance de leur Moi-peau par des perceptions nociceptives, contenant, permettant de redessiner des limites du corps dans ce contexte de mort annoncée ? En effet, la douleur prend toute sa valeur existentielle dans « Je souffre donc je suis »⁷⁰. A. LE BRETON nous dit « comme la maladie ou la mort, la douleur est la rançon de la dimension corporelle de l'existence ».⁷¹

Dans le contexte des soins palliatifs, l'annonce de l'impossible guérison vient menacer la sécurité intérieure et le sentiment de la continuité d'existence. Définie par D. W. WINNICOTT prolongée par la suite par F. DOLTO à travers le concept d'image de base ; pour un sujet la continuité d'existence permet « de se ressentir dans une « mêmété » d'être, dans une continuité spatio-temporelle qui demeure et s'étoffe depuis sa naissance, malgré les mutations de sa vie et les déplacements imposés à son corps et en dépit des épreuves qu'il est amené à subir »⁷².

Attaqués dans la conviction de leur continuité d'existence, de par l'effraction du réel de la mort, M.P et Mme A. ne tentent-ils pas de la rétablir en supportant leurs sensations

⁶⁹ *Ibid.*, p.229.

⁷⁰ *Ibid.*

⁷¹ LE BRETON A., 2009, p.326.

⁷² Cité par PIREYRE E., 2014, p.112.

nociceptives ? Ainsi paradoxalement, la douleur qui a rendu ce corps objet de soins permet-elle de retrouver une possession de soi, d'éprouver un réel ressenti de leur corps et de restaurer un semblant de continuité d'existence devant l'imminence de la mort ?

Face à cette défaillance du Moi-peau, le toucher thérapeutique favorise la sensation d'enveloppe : « grâce aux sensations cutanées, aux impressions kinesthésiques et coenesthésiques, le toucher thérapeutique réalise une prise de conscience des limites corporelles et renforce la cohésion ». ⁷³

Voyons à présent quelle fonction a pu revêtir le toucher pour chacun d'entre eux.

B. Mme A. ou le toucher réparateur

Pour Mme A., la relation avec son corps et avec autrui ne doit-elle pas être pensée selon son histoire de vie ? Prenons en compte cette histoire délicate, faite de deuils, pour comprendre la portée du toucher dans la rencontre psychomotrice.

L'histoire de vie de Mme A. n'est pas anodine, elle est faite d'une succession de deuils, ceux de ses objets d'amours, perdus précocement. Une première perte, celle du père alors qu'elle n'était âgée que de 4 ans. Comment cet arrachement a-t-il été vécu du côté de la mère ? Nous n'avons pas d'éléments de réponses mais nous pouvons néanmoins supposer l'impact non négligeable de ce deuil dans la relation précoce mère-enfant. Comment une mère endeuillée porte-t-elle physiquement et psychiquement son enfant ? Quelles traces sensorielles, quelle mémoire corporelle en a gardé Mme A. ? A-t-elle ressenti dans son corps ce manque, ce deuil traversé par sa mère ?

Nous connaissons le lien étroit entre le tonus et l'émotion représenté par le dialogue tonique dans la dyade mère-bébé. Cela nous amène vers la question de la carence, Mme A. s'est-elle sentie carencée ? Et l'histoire se répète, alors qu'elle est âgée de 14 ans, jeune adolescente devant conquérir son nouveau corps en pleine transformation, la voici confrontée au deuil de sa mère. Comment a-t-elle (re)vécu la perte de cette figure identificatoire ?

A notre tour, il nous faudra faire le deuil quant à des éléments de réponse mais garder à l'esprit l'histoire singulière de Mme A. me semble nécessaire pour penser le toucher dans cette rencontre. En effet, nous l'avons vu, le travail de deuil et de perte liés à la maladie grave réactive les pertes antérieures. Dans ce temps d'incertitude, dans cette « douleur du deuil » de

⁷³ ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F., 2004, p.185.

soi, nous pouvons supposer que Mme A. revit des blessures antérieures comme celles des deuils parentaux. Les traces corporelles de son histoire se rejouent-elles ? Le toucher lui offre-t-il cet étayage et cette contenance psychique pour un meilleur ancrage corporel ? Le toucher prend-il une fonction de réparation au sens de P. PRAYEZ ?

En effet, P PRAYEZ attribue au toucher une fonction de réparation et d'étayage chez les patients carencés par leur entourage au début de la vie. Cette carence ferait éprouver un sentiment de frustration, d'abandon et renvoie « à la dépression, à la perte d'objet, aux défaillances précoces, etc. ». ⁷⁴Le toucher aurait alors une fonction de « maternage », venant restaurer ce manque lié aux carences précoces.

Dès lors, nous pouvons faire le parallèle entre « l'enveloppe maternante et l'enveloppe thérapeutique dans la pratique du toucher » ⁷⁵avec Mme A. Par son engagement psychocorporel, le psychomotricien endosse cette fonction contenante et revient contacter les échetactilismes du début de la vie.

Selon moi cette fonction contenante assurée par la psychomotricienne se déploie dès la rencontre avec Mme A. La situation d'urgence, liée au vécu douloureux, plonge la psychomotricienne dans un premier toucher, un premier contact corporel, sa main se pose sur le front ou bien caresse d'un geste réconfortant.

Dans un état similaire à « *la préoccupation maternelle primaire* » décrite par D.W.WINNICOTT, la psychomotricienne, telle une mère sensibilisée voire hypersensible aux besoins de son bébé, tente de comprendre ce que Mme A. peine à mettre en mots. Il lui faut alors décoder et donner du sens à son vécu. En mettant des mots sur ses sensations et émotions difficilement représentables, la psychomotricienne endosse cette fonction décrite par W.BION qui « consiste « à prendre en soi » l'émotion de l'autre pour la « digérer » et la renvoyer de façon à ce qu'elle soit assimilable ». ⁷⁶ Elle transforme ces « éléments bêta » non assimilables, liés à la douleur, en « éléments alpha ». Par ce rôle de contenant psychique, Mme A. parvient à s'apaiser et à rentrer en communication. Portée par un holding psychique, les regards de Mme A. font écho avec ce que décrit D.W.WINNICOTT dans le rôle du regard de la mère pour le bébé : « Que voit le bébé quand il tourne son regard vers le visage de la mère ? Généralement ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit ». ⁷⁷

⁷⁴ GAUCHET-HAMOUDI O., GUIOSE M., 2007, p.104.

⁷⁵ CHARPENTIER E., 2015, p. 44.

⁷⁶ GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M., 2007, p. 94.

⁷⁷ WINNICOTT D.W., 1971, p.155.

Ainsi le psychomotricien par cette capacité « d'impression et d'expression », que C. POTEL rattache à la fonction contenante, et à travers sa disponibilité psychique et corporelle propose un véritable étayage de l'éprouvé au ressenti. Mme A. se situe dans cette demande d'étayage, elle a besoin de regarder un autre masser son corps blessé. Le toucher du psychomotricien vient alors « panser » la blessure narcissique de ce corps.

Avec Mme A., le toucher s'inscrit dans une globalité à la fois par un simple contact réconfortant et un massage global de son corps, le tout, étayé par une fonction contenante.

C. M.P. ou le toucher communicationnel

Pour M.P., le toucher peut s'envisager avec la fonction tonique. Bien qu'il nous autorise à rester dans sa chambre, son attitude, ses mimiques, sa posture me traduisent l'inverse. Tente-t-il de symboliser ses ressentis et ses émotions par l'élévation d'un tonus de fond et postural ? « Le tonus⁷⁸ constitue la trame-support de l'existence, dont les aspects fonctionnels et relationnels ne peuvent être dissociés ». ⁷⁹En lien avec la sensibilité proprioceptive, le tonus participe à la sensation interne du corps propre, à la perception et à la conscience de soi. Il maintient une cohésion corporelle, « soutient le sentiment d'unité corporelle et d'individuation et constitue une véritable « enveloppe tonique » en support de l'enveloppe peau. Cette contenance tonique participe à la qualité de présence »⁸⁰.

Le projet de transfert en USP donne à M.P. la sensation d'être ballotté, ce manque d'ancrage s'observe dans la recherche d'appuis qu'il tente de pallier par son agrippement. La sensation musculaire, induite par l'hypertonie, lui permet-elle de « supporter » cet « entre-deux » dans lequel il tient difficilement : « assis entre deux chaises » ?

De plus, la colère de M.P. semble s'inscrire dans son corps, l'hypertonie devenant alors expression de ses émotions. M.P. se dit dépossédé de son corps, devenu objet des soins. La rencontre avec l'autre devient potentiellement dangereuse, pourtant elle ne peut être refusée. Nous montre-t-il par cette qualité de présence et cette fermeture corporelle, l'image du « hérisson » ?

S. ROBERT-OUVRAY et A. SERVANT-LAVAL rappellent que le tonus musculaire « a d'abord été lié à la posture, aux mouvements, aux mimiques, avant de prendre sa place comme système intermédiaire dans la communication émotionnelle »⁸¹. En effet, la tonicité

⁷⁸ Tonus : réaction ou la sensibilité d'un muscle à son propre étirement. Etat de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité selon les actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent.

⁷⁹ ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A., 2011, p. 154.

⁸⁰ *Ibid.*, p.155.

⁸¹ *Ibid.*

du bébé s'organise de façon bipolaire : il se trouve en hypertonicité en état de besoin et en hypotonie en état de satisfaction. M. GAUBERTI développe une théorie psychomotrice de la fonction tonique chez le bébé en relation avec son environnement. Elle souligne comment le tonus reflète les désirs, les affects et les conflits. L'hypertonie de l'enfant y est décrite par une carapace musculaire se manifestant sous une forme défensive, essentiellement marquée de postures rigides et accompagnée de contractures musculaires. Cette hypertonicité met à distance le partenaire. W.REICH nomme « la cuirasse musculaire » l'hypertonie de tous les muscles, véritable expression de blocage émotionnel à l'intérieur du corps. Cette charge de tension non résolues provoquerait des tensions musculaires.

Je fais alors l'hypothèse que cette hypertonicité, observée chez M.P., demeure son principal moyen de mise à distance et d'opposition dans ce temps de vie où les soins deviennent des enjeux et peuvent difficilement être refusés. L'atteinte de l'enveloppe chez M.P. s'exprime par cette demande indirecte « de réparation », le toucher devient cette porte d'entrée et « cherche à interroger lors d'un contact corporel manuel, les éventuelles significations qui s'attachent aux manifestations corporelles ».⁸²

P. PRAYEZ parle de la fonction de communication émotionnelle du toucher. Sous tendue par la notion de communication non verbale dans un contact pré-langagier, cette « fonction permettrait au patient de retrouver des traces de conflits archaïques inscrites dans le système émotionnel et non accessible au système discursif ».⁸³

Il faut alors distinguer deux cas de figure :

-le toucher viendrait agir sur les tensions et donc sur les défenses musculaires. Il faciliterait et permettrait un « déblocage » émotionnel, le toucher atteindrait alors la « cuirasse caractérielle » que décrit W. REICH.

-le toucher serait un instrument privilégié tel le dialogue tonico-émotionnel.

La rencontre avec M.P. ouvre progressivement vers un espace de parole autour de la perte et de la dépendance. La colère n'est plus seulement projetée sur les soignants, elle symbolise la souffrance de cette perte. Lorsque j'entends M.P. : « Ah quel soulagement ! » je me questionne, est-ce relié à son envie pressante, enfin apaisée, ou bien à la souffrance de cette dépendance qu'il a libérée ? Soutenu par la contenance de la psychomotricienne, M.P. reprend possession d'un « Je », possession d'un corps qu'il se disait dépossédé.

Avec M.P. l'intention première du toucher ne visait pas l'expression émotionnelle de tensions non résolues, il ne s'agissait nullement d'abaisser son hypertonicité, son principal

⁸² ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F., 2004, p. 185.

⁸³ PRAYEZ P., 1994, p. 71.

moyen de défense dans ce temps de vie. Le toucher était avant tout rencontre inter-individuelle qui indirectement a permis l'ouverture d'une parole, celle de la perte.

D. Mme A. et M.P., vers un réinvestissement corporel

Lorsque la limite corporelle défaille, dans sa mission de pare-excitation et de protection, le toucher vient redonner de la consistance, de la contenance, et donc du contenu. Les désinvestissements corporels de Mme A. et de M.P. ne témoignaient-ils pas de leur atteinte identitaire dans ce temps de vie ?

Manqué de pudeur ou désinvestir le corps dans ses besoins primaires soulignent l'atteinte du narcissisme, l'atteinte de l'espace corporel propre.

En passant par l'intermédiaire du toucher, en venant soutenir cette intégration sensorielle par les mots, par la présence et la contenance du thérapeute, Mme A. et M.P. s'engageaient progressivement dans la revalorisation de leur corps. Le désir et le plaisir devenant possible, l'abandon de certaines défenses laissant place à une véritable écoute de soi. M.P s'autorisant alors à différer le soin médical pour investir pleinement la séance et Mme A. venant abaisser sa tunique pour cacher ses parties intimes pendant le massage.

Le toucher permet d'être en lien dans un même espace intime partagé. Lorsqu'il est accueilli comme avec Mme A. et M.P, le toucher offre la possibilité de réinvestir l'espace du corps propre, à celui de l'environnement et enfin à celui de l'espace intime, sans que cela soit forcément vécu du côté de l'intrusion.

Bien entendu, c'est parce qu'un autre est présent, donne sens et devient contenant que cet espace de réinvestissement corporel devient possible.

3. Quand le toucher « *touche* » le temps

A. Mme B. ou le toucher existentiel

a. Quand le corps est « véhicule de l'être au monde »

Avec Mme B., c'est une autre forme de toucher qui se déploie, celui d'un « toucher-portage » s'assimilant à la relaxation « activo-passive » de H. WINTREBERT.

Ayant déjà rencontré une psychomotricienne dans une structure de soin, Mme B. était demandeuse d'une approche autour de mouvements passifs et de portage des jambes et des bras. Par un jeu de flexion/extension, abduction/adduction dans un dialogue tonique rythmé, la psychomotricienne portait « à bras le corps » Mme B.. Les parties du corps nommées afin qu'elle puisse anticiper le mouvement sans ressentir le toucher intrusif ou persécutant, du fait de son hémiplégie.

Ainsi par le mouvement passif et l'invitation à la prise de conscience, Mme B. s'engageait dans un travail de proprioception. S. ROBERT-OUVRAY et A.SERVANT-LAVAL définissent la proprioception comme « le sens musculaire, le sens du corps dans l'espace », ⁸⁴ constituant « l'une des bases de l'ancrage organique de notre identité » ⁸⁵ et nourrissant « la notion de conscience du sujet, d'intériorité et le sentiment d'exister. » ⁸⁶ Cette mise en mouvement du corps devenait-elle le reflet de son sentiment d'existence dans ce temps de vie ?

Lorsque la psychomotricienne me raconte la première rencontre avec Mme B., elle me précise l'absence de mots autour du cancer et de la perte, seul le plaisir sensoriel est partagé. Mme B. semblait alors se situer dans un temps du déni, se disant « marcher » avec les béquilles ayant remplacé ses jambes, le processus de perte étant alors annulé. Face à cette perte inacceptable, Mme B. semblait « bloquée » dans un temps devenu passé. Incarné par la posture de la psychomotricienne, le toucher visait un soutien narcissique et identitaire dans ce temps de perte en permettant un espace de perception corporelle différente mais ressentie dans l'instant présent.

Or la mise en mouvements du corps venait progressivement ouvrir la voie à un espace d'élaboration inattendue du côté de la perte et de la mort. Le mouvement devenant alors « expérience perceptive de la motricité » ⁸⁷. Le corps de Mme B., à la fois pris dans le monde de la sensation et de la perception, pouvait s'incarner dans la relation. La séance de psychomotricité devient mise en lumière du corps phénoménologique : le corps propre.

E. HUSSERL définit le corps propre comme « lieu d'inscription du sensible, un sentant sensible ». ⁸⁸ Il est dit « *propre* » car c'est le lieu de l'intime du vivre, c'est ce que l'on sent du dedans et peut se traduire par « *Chair* ». P. ANDRE., T. BENAVIDES et F. GIROMINI précisent que « le corps propre ne peut s'originer que dans le toucher, par la localisation des sensations comme telles. Le toucher est l'organe constituant du corps propre » car « les

⁸⁴ ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A., 2011, p. 146.

⁸⁵ *Ibid.*

⁸⁶ *Ibid.*

⁸⁷ GIROMINI F., YERNAUX J-P., 2013, p. 16.

⁸⁸ ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F., 2004, p. 31.

sensations dans le tissu du corps le rendent propre à un Je, dans la mesure où la singularité de chaque perception différencie du corps d'autrui ». ⁸⁹

Pleinement présente et consciente à soi, Mme B. est également présente au monde et à l'espace-temps de la rencontre psychomotrice, son corps est « véhicule de l'être au monde ».

b. Quand la mise au mouvement du corps amène celle de la pensée

Si le « mouvement est la modification du rapport des segments corporels entre eux, amenant soit un simple changement de posture (relation des parties entre elles), soit un déplacement de l'ensemble du corps dans l'espace », ⁹⁰ son lien avec le temps ne doit pas être négligé. La dimension temporelle doit s'entendre avec le concept de schéma corporel au sens phénoménologique. Pour M. PONTY, notre corps habite l'espace et le temps : « le présent à chaque instant, englobe le précédent et l'imminent, et mon corps est cette captation dans l'ici et maintenant de tout l'horizon spatial et temporel ». ⁹¹ Le schéma corporel est une manière d'exprimer que mon corps est au monde. J. DE AJURIAGUERRA propose la définition du schéma corporel : « édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur significations ». ⁹²

Pour Mme B., la mise en mouvement du corps vient-elle rétablir une certaine continuité temporelle, un passé, un présent et un futur ? Pour la première fois elle aborde le cancer et la finitude. Le cancer devenant symbole du passé et la mort, ce futur angoissant. Ce présent ouvre la temporalité d'un temps perdu et d'un temps amené à être perdu définitivement. C'est le toucher dans l'ici et maintenant de la rencontre qui permet l'élaboration de sa temporalité. Mme B. fait place à un ancien présent et chemine dans son travail de perte. Si le corps propre est « une perspective unitaire du sujet avec lui-même », ⁹³ celui-ci convoque Mme B. à l'hémiplégie et à la souffrance du manque de sensations et de l'absence. Même si sa jambe est désafférente, l'écoute sensible du corps renvoie au souvenir des stimulations sensorielles qui existent toujours et ses 29 ans lui rappellent sa jeunesse. Dans ce présent de la rencontre psychomotrice, le corps propre apparaît aussi sous le signe du manque, un corps sentant le vide.

⁸⁹ *Ibid.*

⁹⁰ ROBERT-OUVREY S., SERVANT-LAVAL A., 2011, p. 162.

⁹¹ GUIOSE M., 2007, p. 86.

⁹² DE AJURIAGUERRA J., 1970.

⁹³ ANDRE A., BENAVIDES T., GIROMINI F., 2004, p. 31.

Son corps devient ce signifiant qui exprime son rapport au monde. Mais ce rapport à plusieurs visages, celui du monde de la perte et de ses renoncements narcissiques, celui du monde de la mort qui rode comme « *l'épée de Damoclès* » et celui du temps des possibles.

En effet, le corps propre est expérience, il « permet d'avoir des projets et de m'engager dans l'action »,⁹⁴ il est « pensé comme un tout » où le physiologique ne peut être séparé du physique et de l'âme. Ainsi Pour Mme B., les séances de psychomotricité deviennent « un besoin » global. La kinésithérapie visant le corps fonctionnel s'avère décalée de sa temporalité, la psychomotricité dessine un nouvel espace du possible.

Le toucher ouvre à un « espace transitionnel dans lequel se situent tous les possibles »,⁹⁵ dont celui de l'appropriation du lâcher-prise. Cette mise en mouvement de son corps dans ce présent modifie le rapport et la représentation de celui-ci. Le corps de Mme B. est « corps vivant, parlant, s'exprimant qui se situe dans un espace vécu qui tolère des zones de flou, d'indétermination, des zones où l'on se trouve ni dedans, ni dehors »,⁹⁶ ni dans la guérison, ni dans la mort, un véritable « *entre-deux* » dont elle ouvre la porte. A présent, elle accepte de traverser cette zone de flou, à la fois marquée d'une présence vivante et empreinte d'un futur destructeur.

c. *Quand le sensorimoteur devient affects et représentations*

La prise de conscience du corps dans l'expérience et la différenciation des sensations ouvrent le chemin vers un travail d'étayage psychomoteur. Mme B. sort du vécu sensorimoteur pour aller vers le symbolique en lien avec ce temps de vie. En se centrant sur ses ressentis, elle les intègre dans sa vie intérieure en lien avec sa temporalité du mourir. Cette « transmodalité d'étayage »⁹⁷ tonique et sensoriel constitue le travail du psychomotricien.

Comme nous le rappelle S. ROBERT-OUVRAY: « Notre champ psychomoteur est constitué de deux grandes dimensions : le plaisir, la satisfaction, la détente mais également la tension, la frustration, la limite, la souffrance du manque et de l'absence, la surstimulation. ». ⁹⁸ Elle insiste sur cette deuxième polarité de tensions et de souffrance qui doit être prise en compte dans l'intégration sensoriel. Pour Mme B., la sensation du corps propre amène le processus de deuil et la conscience de ce qu'elle vit de différent au sein de son corps.

⁹⁴ GIROMINI F., YERNAUX J-P., 2013, p. 17.

⁹⁵ *Ibid.*, p.16.

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ ROBERT-OUVRAY S., SERVANT- LAVAL A., 2011, p. 162.

⁹⁸ ROBERT-OUVRAY S., 2002, p.66.

Ce travail de prise de conscience du corps ouvre à une authentique reconnexion avec son corps et ses émotions. Pour E. PIREYRE, lorsqu'un tel travail de prise de conscience sur le corps propre devient possible, il ouvre la voie un processus thérapeutique. M. NARBONNET précise qu'il permet au patient de s'approprier la perte afin d'éviter un sentiment *d'inquiétante étrangeté* et les conséquences néfastes sur la conscience de soi.

d. Enjeux psychomoteurs du toucher

Mme B. accepte de revisiter son vécu corporel dans un lâcher prise pouvant générer de l'angoisse, mais reste dans la lutte en ouvrant les yeux à plusieurs reprises jusqu'à interrompre la relaxation. La relaxation dans l'immobilité venait sans doute contraster avec cette mise en mouvement du corps et symboliser inconsciemment la mise à mort.

Habitée à être dans la retenue de ses émotions, les séances de psychomotricité prennent alors le sens d'un nouveau rapport à son corps. Un espace de détente, d'abaissement tonique dans un contexte où la mort est annoncée. Espace de détente qui vient faire émerger quelque chose de l'ordre de l'angoisse de mort qui nécessite étayage et soutien du thérapeute.

Un enjeu important venait se dessiner dans le suivi de Mme B. Elle demeurait uniquement éveillée pour les séances de psychomotricité. Le psychomotricien devenait le principal soignant témoin de sa « *survie* », elle investissait pleinement les séances qu'elle inscrivait dans un enjeu vital soutenant sa pulsion de vie. Parallèlement, elle cheminait dans l'élaboration de la perte et de la finitude. Elle se confrontait à la réalité psychomotrice de son corps marqué par la perte et l'angoisse de mort.

La psychomotricité s'inscrivait donc dans un enjeu particulier, celui de ne pas tomber dans le piège du surplus sensoriel. Cette sensorialité qui viendrait remplir un vide, qui donnerait du plein, qui viendrait faire appui contre le manque, contre la perte. Nous devons accepter ces moments de vide qu'elle acceptait de traverser. Il s'agissait de respecter son sentiment de vide pour lui montrer que nous pouvions supporter son angoisse et qu'elle puisse s'en apaiser en partie. Il ne s'agissait pas de lever l'angoisse de mort mais de soutenir Mme B., dans ce temps de crise, dans ce travail de liens tonico-émotionnels que sa corporéité venait questionner dans l'ici et maintenant de la rencontre psychomotrice.

B. Mme D. ou le toucher tendresse

a. *Quand l'expression tonique et gestuelle fait écho*

« Elaborer la perte implique nos modes d'attachements à nos objets internes et externes, c'est-à-dire le type de lien que nous entretenons à leur égard. Pour cela les identifications qui sont aux fondements de notre personnalité sont convoquées ».⁹⁹

Le suivi avec Mme D. est marqué par ses « fantômes » parentaux, ses identifications parentales sont reconvoquées dans le présent. Le souvenir de la mort du père et l'injonction du « petit soldat » rodent. De même, les paroles de sa mère « Tiens-toi droite ! » s'incarnent dans son corps et son tonus à la fois consciemment et inconsciemment. C'est toute l'image du corps de Mme D. qui s'actualise et se remanie. M.GUIOSE précise que « l'image inconsciente du corps scelle notre lien avec le temps, elle est liée au sujet avec son histoire ».¹⁰⁰ Pour F. DOLTO l'image inconsciente du corps résulte d'une superposition des images passées et de l'actuelle, elle est propre à chacun et est liée à l'histoire affective et relationnelle. Dans ce présent à vivre, l'image du corps symbole de force et de lutte apparaît blessée par l'avancée de la maladie et cette atteinte tonique. Dès lors, le ralentissement psychomoteur, l'abaissement tonique deviennent connotés négativement. Elle demeure très critique à son égard : « *Je suis momolle* », « *Je fais ma feignasse* ». L'ambivalence tonique s'avère précaire. Si la sensation du « mou » ne semble pas valorisante, est-elle synonyme d'abandonner la lutte ?

Selon M. RENAULT, l'angoisse de mort serait davantage liée à une angoisse de castration ou d'abandon et aux jugements possibles du Surmoi, qu'à une réelle crainte du mourir physiologiquement. Un temps où « le sens de nos projets, nous paraît désapprouvé par le Surmoi, par l'instance du père symbolique¹⁰¹ ». Mme D. craint-elle de déshonorer son père en s'abandonnant à la fatigue ?

Bien cette qualité tonique n'appartienne pas à son fonctionnement habituel, elle accepte de l'accueillir, de l'expérimenter, de la vivre avec ambivalence. C'est toute sa structuration psychocorporelle qu'elle redécouvra lors de ce temps de vie en réalisant un travail autour du poids et de l'axe.

Rappelons qu'à la première rencontre, l'extension axiale de Mme D. traduisait une certaine qualité de présence, ne pouvant s'adosser et manquant d'appuis plantaires comme si le redressement était symbolique de ce temps. L'axe corporel est l'élément fondamental de la

⁹⁹ GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M., 2007, p. 70.

¹⁰⁰ GUIOSE M., 2007, p. 96.

¹⁰¹ RENAULT M., 2002, p. 60.

structuration psychocorporelle, au niveau posturo-moteur, il permet l'acquisition progressive de la posture érigée. Il est également marqueur de l'intégrité psychique. S.ROBERT-OUVRAY et A. SERVANT-LAVAL précisent que l'axe corporel est une stabilité affective primaire narcissique. A. KLOECKNER., C. JUTARD., A. BULLINGER., L. NICOLAUD., S. TORDJMAN et D. COHEN ajoutent que « l'axe corporel apparaît non seulement comme un appui postural mais aussi comme un appui représentatif et émotionnel ». ¹⁰²Or pour Mme D., l'avancée de la maladie fragilise la solidité de son axe corporel, symbole de ses assises narcissiques. Progressivement je vois son axe s'affaisser, elle me semble de plus en plus fragile, elle n'a plus cette même qualité de redressement. Ces appuis internes sont-ils toujours aussi fiables et solides ?

Pour Mme D., la rencontre psychomotrice devient progressivement le lieu pour s'expérimenter dans le lâcher prise, à sa manière, en y trouvant des ajustements. Elle se verticalise régulièrement, parle les yeux fermés, et nomme sa préférence pour la position du lotus car « *c'est mieux équilibré* ». Se sentirait-elle déséquilibré psychiquement en s'allongeant sur le dos ? Cela convoquerait-il l'image du mort ? A son rythme elle découvre ce temps, apprivoise ce lâcher-prise tout en y gardant une certaine maîtrise.

Pour J. SARDA, « toucher la peau, porter le corps, donnent consistance, contenant donc contenu », ¹⁰³ les temps de massage, avec Mme D., vont être l'occasion de réaliser un véritable travail psychique autour de la pesanteur. Dans les portages, cet appui représentatif et symbolique de son dos, de son arrière-plan corporel va de pair avec l'apprivoisement de l'autre dans un dialogue tonico-émotionnel. Tout un jeu symbolique se déploie autour de la possibilité de donner son poids à un Autre. Lorsqu'elle questionne « *Je ne suis pas trop lourde ?* », peut-on y entendre « *Peux-tu me porter ? Es-tu assez solide pour prendre le relais ?* » Réassurance symbolique de la psychomotricienne dans sa capacité à la soutenir, à la porter physiquement et psychiquement dans ce temps de vie. La capacité à sentir, la pesanteur et ce « mou » sensoriel est étayée par l'engagement psychocorporel du thérapeute. Est-ce une manière de pouvoir se représenter le poids autrement que par l'image du « poids mort » ?

b. Quand le corps se délie

Devant l'insupportable de vivre ce corps, de vivre ce temps d'attente jugé irrationnel, le travail de déliaison somato-psychique se met en place. Le corps devient le reflet de son

¹⁰² KLOECKNER A., JUTARD C., BULLINGER A., NICOLAUD L., TORDJMAN S., COHEN D., 2009, p.156.

¹⁰³ SARDA J., 2002, p. 93.

existence temporelle. Le ventre qui dysfonctionne s'apparente à sa fuite de pensée, à sa peur de pleurer. Apparaît l'angoisse de s'effondrer et de se liquéfier, de pleurer jusqu'à se répandre sur le sol « *comme un robinet qui fuit* ». Est-ce pour Mme D., la crainte de l'effondrement final ? Des angoisses archaïques qui s'inscrivent dans ce temps de vie où la mort rode, ce temps qui n'a plus de sens pour elle. E. PIREYRE nous rappelle que l'angoisse de liquéfaction est un dérivé de l'angoisse d'effondrement, elle-même liée à l'angoisse de la mort, du vide et de la non existence.

La pulsion de mort émerge insidieusement, l'intérieur du corps ne circule plus, les limites du dedans et du dehors deviennent floues : « ça fuit dans mon corps comme dans ma tête ». Le travail de déliaison de la maladie se répercute jusque dans l'unité psychocorporelle et entrave l'image du corps. Le corps délié, dénié, n'est plus ce contenu, n'a plus cette enveloppe solide et contenant : « *Je n'ai plus de corps* ». E. PIREYRE souligne qu'il ne s'agit pas d'un vécu anodin et que cette angoisse d'effondrement concerne les vécus de séparation.

Tout en respectant les défenses de Mme D., le toucher accompagné de portage, tente de restaurer une certaine forme de contenance physique et psychique. La psychomotricienne devient cet autre capable de la porter, de la rassurer, et le « petit soldat » peut « déposer les armes » dans cet espace-temps. Le tonus peut se vivre autrement que dans l'effondrement même dans la vraie chute de son lit, qui n'est pas nommée comme telle, mais nous évoque la mort : « *Je n'ai pas eu peur, j'ai attendu* ».

c. Quand Eros s'invite dans le toucher

La demande de régression et de fusion signe le travail du trépas entamé par Mme D. La psychomotricienne devient cet « objet-clé », élue, pour accompagner la vie jusqu'à la mort. Dans cette avidité relationnelle et cette recherche d'une dernière dyade, le toucher prend son sens. Mais c'est un toucher avec une certaine connotation dans les mots de Mme D., ce sont ces « *petits massages* » qu'elle demande d'une voix timide et désireuse d'affection, ce qu'elle nomme par « *la caresse réconfortante* ». Le toucher devient du « toucher tendresse »¹⁰⁴ dont C. LEFEVRE souligne le sens d'humanisation en fin de vie.

Pour P. PRAYEZ la relation d'accompagnement authentique et bienveillante se teinte de tendresse. Selon lui, la tendresse reste une expérience intime partagée, qui se vit dans une

¹⁰⁴ LEFEVRE C., 2002, p.9.

proximité de confiance et de sécurité, à travers des contacts apaisants. Véritable attention et respect des besoins et des limites de l'autre, sans infantilisation, la tendresse est cette « disponibilité au monde de l'autre [...] faite d'ouverture au présent ».¹⁰⁵ Elle trouve sa place dans l'accompagnement de la personne vulnérable, encore plus « face à la souffrance, la maladie, la peur de la mort ».¹⁰⁶ Avec Mme D., cette tendresse se déploie naturellement dans ce temps devenu inquiétant avec l'avancée de la maladie. La confusion, le corps dysfonctionnel, qui n'a plus de contenant et de contenu, la confrontent vers cette peur de la mort qu'elle ose nommer lors de la dernière séance. La « *caresse réconfortante* » devient synonyme de soutien narcissique.

Mais pour que la tendresse puisse se déployer dans la relation de soin, il ne faut pas nier certains mouvements intérieurs qui sont éveillés dans ce corps-à-corps. Ce n'est pas seulement l'attitude de tendresse chez le thérapeute que sollicite Mme D., c'est aussi la dimension sensorielle de cette « *caresse* ». Le toucher enveloppant, contenant, sécurisant tel qu'il est pratiqué avec Mme D. s'adresse préférentiellement au Moi-peau. La quantité d'excitation n'est pas localisée sur un seul point du corps mais sur l'enveloppe corporelle toute entière. Or le Moi-peau assure une fonction de recharge libidinale soutenant l'excitation sexuelle. Ainsi toucher un corps, le rencontrer dans ce contact c'est également toucher à la part possible d'une érotisation. Pour P. PRAYEZ, c'est cette tendresse qui se déploie dans le toucher et nécessite une « intention juste »¹⁰⁷ de la part du thérapeute. Celui-ci doit lui-même avoir détourné ses propres désirs, avoir « évacuer la dimension surexcitante du toucher pour n'en garder que l'aspect sécurisant et tendre ».¹⁰⁸ La sexualité resterait présente dans le toucher mais la distance serait maintenue par rapport au désir malgré le contact et la proximité de l'objet. La tendresse se diffère des gestes érotiques qui sont agréables mais excitants et aboutissant au plaisir et à la décharge de l'excitation. Un toucher remplis d'érogénese n'est pas érotique, il s'agit « d'un appel qui renvoie à la construction même du corps érogène ».¹⁰⁹

P. PRAYEZ précise qu'un toucher juste abaisse l'érotisation (l'interdit l'accroît), et favorise « l'accès à la communication émotionnelle et à l'archaïque, ceci sans annuler la présence d'Eros ».¹¹⁰

Avec Mme D., l'« intention juste », reposait sur l'écoute de cette tendresse sans jugement. Il ne s'agissait pas de proposer un massage dans l'espoir et l'attente qu'elle

¹⁰⁵ PRAYEZ P., 2003, p. 15.

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ PRAYEZ P., SAVATOFSKI J., 2009, p.170.

¹⁰⁸ GUIOSE M., 2004, p. 683

¹⁰⁹ *Ibid.*

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 684.

« lâche » ses défenses dans le portage. Il s'agissait d'humaniser le soin et de reconnaître l'appel libidinal derrière ce massage.

d. Le toucher « d'érogénèse contenante » dans le travail du trépas

L'investissement transférentiel massif associé au travail de perte a transporté la psychomotricité au cœur du travail du trépas dont parle M. DE M'UZAN. L'atteinte narcissique était de taille pour Mme D., avec une mise à mal de son Surmoi, ce temps faisant alors figure d'*inquiétante étrangeté*, un temps de vie parfois sidérant. Mme D. semblait à la recherche d'un autre suffisant solide, disponible pour répondre à cet étayage narcissique et accomplir cette « *dernière dyade* ». Cette demande d'exclusivité vis-à-vis de la psychomotricienne allait de pair avec cette régression libidinale vers l'archaïque, dans un « toucher tendresse » où le corps, dénudé, sollicitait cette fonction d'érogénèse contenante.

Ce dernier élan passionnel exigeait ce contact physique proche de la fusion. Dans cette demande régressive à entendre, le toucher *Eros* témoignait de cette pulsion de vie, symbolique du travail du trépas.

Pour D. W. WINNICOTT, « ce n'est pas dans la régression que réside le danger, mais dans le fait que l'analyste n'est pas prêt à faire cette régression et la dépendance qui l'accompagne ». ¹¹¹ Si le psychomotricien décide d'entendre cette appétence relationnelle, il doit aussi également accepter d'être passionnément investi, dans ce présent où la pulsion de vie et *Eros* surgissent ; « le toucher thérapeutique nécessite de pouvoir accepter de se sentir attendu, aimé et parfois désiré ». ¹¹² Pour moi, observatrice de ce temps de massage, il s'agissait d'accepter d'être exclue de cette dyade, d'accepter la castration symbolique de ne pas être le thérapeute du « bon », d'être mise à l'écart par Mme D. qui ne m'investissait pas de la même passion. Prise dans mon contre-transfert, ce n'est que lorsque la psychomotricienne me soulignera le sentiment d'être happée dans l'exclusivité de Mme D., que je m'autoriserai à élaborer le mien, celui d'être exclue voire rejetée.

¹¹¹ WINNICOTT D.W., 1958, p. 230.

¹¹² GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M., 2007, p. 108.

4. Toucher et mieux se séparer ?

A. Une séparation existentielle

C'est à un détour de son séminaire consacré à l'angoisse que J. LACAN cite E. GILSON : « La vie, l'existence est un pouvoir ininterrompu d'actives séparations ». ¹¹³

Est-ce dire qu'exister, c'est se séparer, que vivre est synonyme de perdre ? Est-ce dire que l'être humain doit accepter les différentes pertes tout au long de sa vie ? Des pertes qui se voudraient alors structurantes et qui l'aideraient à grandir.

Si l'existence s'acte par la séparation, alors que se passe-t-il à la fin de vie lorsque la proximité avec la mort devient si proche ?

Quand le psychomotricien rencontre par le biais du toucher thérapeutique ne vient-il pas soutenir le sentiment d'existence, à la fois par les sensations unifiantes et absentes ?

Exercer en soins palliatifs, c'est accepter cette incertitude des retrouvailles, c'est accepter que la mort soit paradoxalement liaison et séparation, qu'elle permette le lien tout en le menaçant. Le psychomotricien par son engagement corporel propose une rencontre qui s'établit dans un corps-à-corps, parfois proche de la fusion symbiotique. Le voilà qui porte, masse, enveloppe, berce à l'image d'une mère qui s'occupe de son bébé, et il vient parfois même endosser la fonction contenante en prêtant son Moi auxiliaire. Au sein de ces rencontres corporelles se déploie le « dialogue tonique » du début de la vie, écho archaïque qui n'est pas sans rappeler les bases de l'attachement et de la sécurité émotionnelle.

Cela me questionne : Si le lien affectif se crée par la rencontre corporelle, est-ce dire que le toucher thérapeutique en fin de vie rend l'ultime séparation encore plus difficile qu'elle ne l'est déjà ? Autrement dit, la rencontre par le toucher thérapeutique ne viendrait-elle pas accélérer la souffrance de l'ultime séparation ? Est-ce cela que nous devons entendre lorsque Mme D. s'effondre face à ce qu'elle nomme l'injuste « rupture » avec la psychomotricienne ?

Le psychomotricien qui use du toucher thérapeutique doit s'y former mais surtout mener un véritable travail d'introspection et de réflexion vis-à-vis de cet outil. Ce travail de pensée passe par la considération du toucher dans son aspect libidinal, comme nous l'avons vu, mais aussi par cette question de la séparation dans le contact corporel. La séparation fait-elle partie intégrante du toucher, dans ce qu'il permet du côté de la présence-absence ?

¹¹³ LACAN J., 1963, p. 164.

a. *Une absence de contact*

Si toucher le corps fait écho aux fondements de l'individualité, aux limites corporelles, cela suggère-t-il le lien entre contact et séparation ? En effet, le psychomotricien doit se séparer dans le toucher, il ne s'agit pas d'être une « mère fusionnelle », omniprésente, intrusive par le contact. Un toucher qui viendrait alors éradiquer tout élan de subjectivité, d'individualité et empêchant de ce fait tout processus de séparation.

La rencontre corporelle se déroule dans un cycle du contact comme le souligne P. PRAYEZ. Selon l'auteur, ce cycle du contact se décompose ainsi : pré-contact, prise de contact, plein contact et processus de séparation.

C'est cette ultime phase intitulée « processus de séparation » qui m'intéresse dans le cadre de cette réflexion.

Elle comprend deux phases :

-**le désengagement**, « moment crucial d'arrêt, de séparation, de conclusion. Dans ce désengagement, il s'agit de prendre le temps et de ne pas quitter brusquement, c'est-à-dire d'être conscient des enjeux liés à l'éloignement des corps et de la rupture du contact. ».¹¹⁴

-**le retrait-assimilation**, « le sujet intègre son expérience hors de la présence du soignant, mais bien présent à lui-même. ».¹¹⁵

Ce processus de séparation est fondamental, il permet à la personne de garder en elle, ce qu'elle a reçu « de bon », de continuer à le faire vivre au-delà de la séparation et de s'en nourrir. P. PRAYEZ y voit « une phase d'assimilation, favorisant la croissance ».¹¹⁶

Les apports du toucher subsistent après le contact, la séparation et le retour à soi prennent une dimension narcissique voire existentielle. L'absence de contact n'est pas un temps de vide et de non-sens. Cette idée semble donc aller dans le sens de l'existence en tant que séparation.

Mais ce désengagement dans le contact doit se faire avec « tact » : « Lorsque la rupture est trop rapide, la personne risque de rester dans un sentiment de manque ou de privation, elle se sent abandonnée et ne peut donc pas intégrer ce qu'elle a reçu. La qualité de ce processus de séparation aide la personne à réaliser son individuation, lui évitant la confusion et lui permettant la différenciation à l'issue du cycle contact ».¹¹⁷

¹¹⁴ PRAYEZ P., 2003, p. 73.

¹¹⁵ *Ibid.*

¹¹⁶ *Ibid.*

¹¹⁷ *Ibid.*

P. PRAYEZ nous invite donc à concevoir la dimension symbolique de ce désengagement. Avec Mme D., ce désengagement se fait progressivement lors du massage du dos. Elle ne peut revenir de suite dans son axe corporel et revient redéposer son poids sur les mains de la psychomotricienne. C'est là toute la subtilité pour le psychomotricien qui doit à la fois être soutien et solidité psychocorporelle, tout en redonnant de l'espace, tout en redonnant son axe à Mme D. pour qu'elle puisse tenir « seule » dans ce temps de vie.

Concernant la phase de « retrait-assimilation », qui offre un retour à soi dans la solitude, comment se vit-elle quand la mort devient si proche ?

Pour penser cette réflexion, je m'appuierai sur ces temps de silence, fréquemment observés en fin de massage.

b. Des présences silencieuses

Durant mon stage, j'ai souvent été surprise par les temps de silence qui succédaient les massages. Des présences silencieuses dans lesquelles nous portions toute notre attention sur le patient concerné, celui-ci reposant les yeux fermés quelques instants. Des silences symboliques dans ce temps de vie qui me donnaient l'impression de « veiller ». Ce n'était pas n'importe qu'elle « veillée », je portais mon regard sur un autre immobile, silencieux, ce qui me convoquait à l'image de la « veillée funéraire ». La mythologie grecque nous éclaire sur le lien entre sommeil et mort, *Thanatos*, personnification de la mort, et *Hypnos*, dieu qui règne sur le sommeil, sont frères jumeaux. Culturellement, le sommeil se prête à des images qui révèlent notre inquiétude, ne dit-on pas « *tomber dans le sommeil* » et « *tomber dans le coma* ». Ces présences silencieuses étaient pour moi l'occasion de prendre conscience de la mort à venir, de la vulnérabilité de la personne regardée et de la future séparation.

Ces temps de silence constituaient de véritables présences. Avec Mme D., lorsque le contact s'arrête, que la psychomotricienne s'éloigne pour se rasseoir à mes côtés, Mme D. perdure les yeux fermés, et s'enveloppe sous son drap quelques instants, puis rouvre les yeux et nous sourit. En la regardant, le temps me semblait suspendu, j'étais à la fois présente à elle, et présente en moi à l'écoute des images et des émotions qui surgissaient. Nous étions à la fois dans un silence partagé et chacune avec notre propre intériorité.

Je me suis alors interrogée sur le sens de ces temps de silence et sur notre présence après le massage. Comment situer le psychomotricien dans ces temps de présences silencieuses, qui plus est dans un contexte de mort annoncée ?

M. RENAULT précise que cette présence silencieuse « est ressentie par le soignant comme une assignation à être là. Tout se passe comme si le malade souhaiterait la proximité d'un témoin, comme lui muet, pour pouvoir affronter l'expérience d'une solitude en ultime humanité, si singulière qu'on ne peut rien en dire ». ¹¹⁸

D.W. WINNICOTT nous éclaire également sur ce sens du silence en présence d'un autre, il le considère comme reflet de ce qu'il nomme la capacité d'être seul : « Ce silence constitue en fait pour le patient un aboutissement. C'est peut-être là qu'il est capable, pour la première fois, d'être seul ». ¹¹⁹ Il souligne les aspects positifs du silence dans sa relation au moi : « La relation au moi décrit cette relation entre deux personnes dont l'une, en tout cas, est seule ; peut-être les deux sont-elles seules, pourtant la présence de chacun importe à l'autre ». ¹²⁰ Lorsque je portais mon regard sur Mme D., je ressentais toute la symbolique de notre présence, nous continuions de la porter dans un « *Holding* » visuel dans cet entre-deux de la séance, de cet entre-deux de sa fin de vie. Un pont se réalisait entre son monde intime et personnel du sommeil et notre monde commun et partagé de l'éveil.

M. GUIOSE rappelle que D. LE BRETON parle d'une « tactilité du regard » où les yeux « touchent » un autre, le regard « s'empare de quelque chose pour le meilleur ou pour le pire, bien qu'immatériel, il agit symboliquement ». ¹²¹ Avec Mme D., nous passions symboliquement de « Oui je vous tiens » à « Oui je vous vois ». Qu'est-ce que notre regard pouvait renvoyer à Mme D., était-ce une manière de lui accorder la certitude d'exister ?

Bien que le massage soit terminé, la séance se poursuivait dans le temps ou plutôt dans ce « temps hors-du temps » ¹²². Nous venions nous inscrire dans ce « *trépas* », au sens de M. DE M'UZAN, dans ce passage de la vie à la mort tout en restant en lien. R. PRAT nous rappelle que cette rythmicité archaïque dans le peau-à-peau dessine les caractéristiques du « maintien du lien, en termes de présence/absence » ¹²³ que l'on peut entendre comme « être au contact corporel » ¹²⁴ et « être sans contact corporel ». ¹²⁵

B. Quand le rythme fait tiers

Se rencontrer dans l'espace intime, c'est aussi rentrer dans l'espace interne d'un autre, se rencontrer dans un espace rythmique à deux. Dès le début de la vie, la construction du lien

¹¹⁸ RENAULT M., 2004, p. 90.

¹¹⁹ WINNICOTT D.W., 1958, p. 325.

¹²⁰ *Ibid.*, p. 327

¹²¹ GAUCHER- HAMOUDI O., GUIOSE M., 2007, p. 109.

¹²² RUSZNIEWSKI M., 1995, p. 97.

¹²³ PRAT R., 2007, p. 79.

¹²⁴ *Ibid.*, p. 80.

¹²⁵ *Ibid.*

est une histoire de rencontres et de séparations. Pour S. MISSONNIER et N. BOIGE, c'est dans l'espace interactif rythmique des soins corporels, faits d'accordages entre holding, handling parental et rythmes du bébé, que s'opère le travail de séparation/individuation.

C.POTEL précise cette idée de rythme dans le lien mère-bébé: « L'alternance besoin/satisfaction se transforme en une rythmicité tranquille et sécuritaire, qui protège l'enfant et le secourt lors des vécus tyranniques liés à du mal-être corporel. »¹²⁶ C'est dans la sensation d'être plein que le bébé supporte progressivement l'absence, la mère est incorporée au moyen de ce qu'elle lui a donné de « bon » : « Le bébé, rassuré dans son sentiment d'unité corporelle « rythmée par la sécurité de l'accordage de la mère à ses besoins, peut supporter un peu de temps, un peu d'écart ». ¹²⁷ C'est la création d'un nouveau temps, le temps de l'attente permis par la rythmicité : « Le rythme devient ternaire. Un, deux, trois, un, deux trois, valse entre besoin, attente, satisfaction. Une attente non vide, une attente créée ». ¹²⁸

Comment ne pas repenser aux mots de Mme D. lorsqu'elle évoque ce temps d'attente de la mort qui lui semble long « *J'attends...* », « *Ça sert à quoi d'attendre, si c'est pour vivre comme ça* ». L'attente devient-elle vide de sens ? Parallèlement, nous apprenons par les soignants qu'elle questionne régulièrement l'arrivée de la psychomotricienne. Les traces mémorielles introduites dans le corps viennent-elles réintroduire une temporalité de l'attente pour Mme D. ? Une temporalité qui se vivrait du côté d'une attente, non plus désorganisatrice et synonyme de mort, mais plus du côté d'un investissement relationnel et sensoriel. Ayant introjecté du « bon » et cette sécurité affective proposée par cette enveloppe maternante de la séance psychomotrice, Mme D. peut-elle faire désormais seule ? Que nous montre-t-elle par cette expérience du silence ?

Pour D.W.WINNICOTT, la capacité d'être seul « repose sur l'existence dans la réalité psychique de l'individu, d'un bon objet. Le bon sein ou le bon pénis intériorisés, ou les bonnes relations intériorisées, sont suffisamment bien établis et défendus pour que l'individu ait confiance (du moins pour le moment) dans le présent et dans l'avenir »¹²⁹.

Ainsi pour Mme D., cette séparation s'inscrit-elle dans ce temps de perte et de l'incertitude ? Serait-ce les prémices d'une représentation de la séparation ultime ?

Par le toucher, le psychomotricien n'est pas dans la fusion absolue, il se désengage dans le contact et de cette « expérience vivante va naître un possible, du côté de la représentation de l'absence puis de la séparation ». ¹³⁰

¹²⁶ POTEL C., 2011, p. 244.

¹²⁷ *Ibid.*, p. 245.

¹²⁸ *Ibid.*

¹²⁹ WINNICOTT D.W., 1958, p. 328.

¹³⁰ POTEL C., 2011, p. 245.

Si au début de la vie le bébé se confronte à un temps binaire faim/satiété, plaisir/déplaisir, qu'en est-il lorsque le temps présent se vit dans cette douloureuse dualité vie/mort ? Le toucher ne serait-il pas cette possibilité de réintroduire de l'attente, un « *entre-deux* », un trait d'union ? Serait-ce un temps d'attente créative sous l'égide du psychomotricien proposant cet espace transitionnel maternant et régressant ?

Par le toucher, le rapport au temps peut se redessiner dans cet espace-temps suspendu et le sujet peut continuer de construire sa temporalité. M. NARBONNET souligne la relation au temps dans le toucher. Elle suppose que le toucher permet au patient de revenir à cet instant présent de la rencontre. « *L'ici et maintenant* » devenant possible dans un présent partagé ensemble, le temps futur devenant celui de la prochaine rencontre à venir.

Pour le psychomotricien, ce n'est pas la présence ou l'absence de contact qui prévaut dans le toucher mais bien plus sa qualité et le sens qu'il lui attribue. Il propose ce « contact plein » puis celui de la séparation en se dégageant. P. PRAYEZ précise que ce désengagement constitue « ces temps forts de séparations [qui] jalonnent toute notre vie ». ¹³¹ En soins palliatifs, ne deviennent-ils pas symboliques dans cet accompagnement de « l'entre-deux » ?

C. Silence et psychomotricité

Lors de ces temps de présences silencieuses, je me sentais « touchée » par l'apaisement des patients à travers leurs mimiques détendues et parfois souriantes. Il me semblait qu'ils avaient plaisir à se retirer dans leur monde personnel, dans un refus tranquille de sortir de leur bulle pour un court instant.

D. CANDILIS-HUISMAN évoque cette même sensorialité pour parler du bébé repu par les soins, « une sensualité qui se déploie dans le sommeil, lui donnant sa valeur de prolongement de la satisfaction tirée de sa rencontre avec l'objet ». ¹³² Je fais alors l'hypothèse de retrouver dans ces temps de présences silencieuses une proximité avec ce que nomme D. CANDILIS-HUISMAN « où le bébé repu, au sec, à son aise, n'est pas prêt à replonger directement dans le sommeil ». ¹³³ Elle précise que cette sensorialité relance l'activité de « rêverie maternelle ». Est-ce de même pour le psychomotricien ? Par sa disponibilité psychique et corporelle et cette écoute du silence, vient-il accomplir quelque chose de l'ordre

¹³¹ PRAYEZ P., 2003, p. 73.

¹³² CANDILIS-HUISMAN D., 2007, p. 113.

¹³³ *Ibid.*, p. 114.

d'une fonction contenant au sens de W.BION ? En respectant ce silence, vient-il y donner sens ? Devient-il « un contenant suffisamment sûr pour se laisser aller dans le sommeil »¹³⁴ ?

N'est-ce pas là ce que l'on entend par la « corporéité » du psychomotricien ? Dans notre formation universitaire, nous faisons l'expérience de notre corps propre, de notre « conscience corporelle [qui] va s'éprouver avec l'autre, par l'autre et pour l'autre »¹³⁵. Nos pratiques de relaxation nous plongent dans l'expérience et dans l'écoute du silence et de l'immobilité. Dans un travail introspectif de notre tonus, de nos sensations, de nos affects et de nos représentations, nous développons une conscience du corps à l'écoute de nos bruits intérieurs.

Ainsi lorsque je regarde Mme D., l'image de la mort surgit mais je peux l'accueillir sans me désorganiser. Le temps de notre présence silencieuse n'est pas un temps de surveillance, alimenté par le fantasme d'avoir « donné » la mort, d'être un thérapeute disqualifiant. Autrement dit « ce qui s'éprouve alors à l'instant même de la rencontre est une singularité et une altérité essentielle, du même et de l'autre, l'un avec l'autre dans un espace transitionnel ».¹³⁶

En tant que psychomotricien, notre disponibilité psychocorporelle nous inscrit dans cet accueil du silence, dans cette écoute de l'autre et de notre monde intérieur. Dans ce temps de l'entre-deux, entre la vie et la mort, l'écoute du silence devient ce passage incontournable pour accéder à l'humilité de la rencontre psychomotrice.

*« Dans le silence, je m'engage...
Je me mets en danse
J'entre dans le mouvement
Je m'ouvre
Seule ma musique intérieure me porte
Pour cheminer dans l'espace*

*Dans le silence, je m'engage...
Au creux des gestes qui adviennent,
Des paroles vont émerger
Pour raconter pensées et émotions
Qui traversent le psychomotricien en travail
Monologue intime
De soi à soi
Monologue intense
De soi à l'autre
Reliance
Portage psychique
Favorisant l'être en devenir »¹³⁷*

¹³⁴ *Ibid.*, p. 113.

¹³⁵ GIROMINI F., LESAGE B., 2013, p. 118.

¹³⁶ *Ibid.*, p. 119.

¹³⁷ KAZMIERCZAK J., 2013, p. 130.

Conclusion

Dans ce mémoire, j'ai tenté d'interroger la place du toucher thérapeutique dans ce temps de crise, plus précisément comment la rencontre psychomotrice pouvait soutenir ce temps devenu insaisissable.

Par le toucher thérapeutique, la rencontre psychomotrice vient s'inscrire dans cet espace-temps de la fin de vie. En offrant un espace suffisamment contenant et sécurisant, le psychomotricien qui use du toucher vient soutenir, consolider l'enveloppe psychocorporelle et le sentiment de soi dans l'instant présent.

C'est une véritable continuité entre l'avant et l'après, le dedans et le dehors qui peut se déployer. C'est toute une parole qui est redonnée au corps sensible et qui rend ce temps si intense à la fois synonyme de nostalgie, de souffrance et de désir.

Toucher le corps dans l'entre-deux, c'est accepter d'entendre les ressentis corporels vivifiants du côté du désir et de répondre avec justesse à cette tendresse sans jugement mais avec humanité.

Enfin toucher l'autre, vulnérable et menacé dans ce temps compté, c'est accepter d'établir un lien aux échos archaïques et d'accueillir la séparation symbolique de l'absence du contact.

Aller à la rencontre de l'autre en soins palliatifs, c'est accepter de lâcher-prise et faire le pari que notre travail aura laissé une trace.

Tout au long de ce mémoire et encore aujourd'hui, je ne cesse de m'interroger sur ce temps de vie propre à chacun. Par mon regard d'observatrice, j'ai tenté de présenter une certaine lecture et compréhension du toucher en fin de vie en mettant en avant le côté sensible et vivant de la rencontre.

A présent, à la découverte de ma propre clinique, d'autres réflexions émergent et viendront nourrir mon identité de psychomotricienne à venir.

A moi de me laisser surprendre !

Bibliographie

Ouvrages

- ABIVEN M. (1997), *Pour une mort plus humaine*, Paris, Masson.
- ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F. (2004), *Corps et psychiatrie*, Paris, Heures de France.
- LACAN J. (1963), *Le séminaire, Livre X, L'angoisse*, séance du 30 janvier 1963, Paris, Seuil.
- ANZIEU D. (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.
- BION WR. (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, Puf.
- CHARPENTIER E. (2014), *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*, Paris, De Boeck
- DOLTO F. (1984), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Seuil.
- FERRAGUT E. (2008), *Médiations corporelles dans la pratique des soins*, Issy-les-Moulineaux, Masson.
- GAUBERTI M. (1993), *Mère-enfant à corps et à vie*, Paris, Masson.
- GAUCHET-HAMOUDI O., GUIOSE M. (2007), *Soins palliatifs en psychomotricité*, Paris, Heures de France.
- GUIOSE M. (2007), *Relaxations thérapeutiques*, Paris, Heures de France.
- GUIOSE M. (2014), *Le psychomotricien*, (p.675-685), In JACQUEMIN D., DE BROCKER, *Manuel de soins palliatifs*, 4^{ème} édition, Paris, Dunod.
- HALL E.T. (1991), *La dimension cachée*, Paris, Seuil.
- HEIDEGGER. (1986), *Être et temps*, Paris, Gallimard.
- JAQUET C., NEVEU P., PIREYRE E., DE SAINTE MAREVILLE F., SCIALOM P. (2014), *Les liens corps-esprit*, Paris, Dunod.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. (2007), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Puf, 1967.
- MONTAGU A. (1979), *La peau et le toucher, un premier langage*, Paris, Seuil.
- M'UZAN, M. (1977), *De l'art à la mort*, France, Gallimard
- PIREYRE E. (2011), *Clinique de l'image du corps*, Paris, Dunod.
- POTEL C. (2011), *L'espace et le temps*, (p. 219-261) In SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Paris, De Boeck Solal.
- POTEL C. et al. (2000), *Psychomotricité. Entre théorie et pratique*, Paris, In press.
- PRAYEZ P. (2003), *Distance professionnelle et qualité du soin*, Paris, Lammarre.
- PRAYEZ P., SAVATOFSKI J. (2009), *Le toucher apprivoisé*, Paris, Lammarre.
- PRAYEZ P. (1994), *Le toucher en psychothérapie*, Paris, Hommes et perspectives.
- RENAULT M. (2002), *Soins palliatifs : questions pour le psychanalyste*, Paris, l'Harmattan.

- ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A. (2011), *Le tonus et la tonicité*, (p145-177) In SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Paris, De Boeck Solal.
- RUSZNIEWSKI M. (1995), *Face à la maladie grave*, Paris, Dunod.
- WINNICOTT D.W. (1958), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.
- WINNICOTT D.W. (1975), *Jeux et réalité*, Paris, Gallimard.
- ZIELINSKI A. (2014), *Temporalité, maladie grave et soins palliatifs*,(p.93-98) In JACQUEMIN D., DE BROCKER D, *Manuel de soins palliatifs*, 4^{ème} édition, Paris, Dunod.

Articles Scientifiques

- ALRIC J. (2011), De la transformation des unités de soins palliatifs en courts séjours. Essai sur le temps, les soins et le coût, *Ethique et santé*, 8, pp. 184-190.
- CANDILIS-HUISMAN D. (2007), NTM ? Nychtémère! Observer un nouveau-né qui dort, *Spirale*, 44, pp.105-116.
- CLEMENT-HRYNIEWICZ N. (2012), Face à la mort à venir et la dégradation physique et/ou psychique : souffrance des patients, des proches. Réflexion autour de la souffrance éprouvée par les patients atteints de cancer et leurs proches en soins palliatifs, *L'Information psychiatrique*, 88, pp.735-742.
- GIROMINI F., LESAGE B. (2013), Quand le corps parle de soi-même... et à l'autre, 174, *Thérapie psychomotrice et recherches*, 174, pp.114-126.
- GIROMINI F., YERNAUX J-P. (2013), La psychomotricité de demain au cœur de l'Europe, *Thérapie psychomotrice et recherches*, 174, pp.12-23.
- JACQUEMIN D. (2002), Les soins palliatifs : enjeux éthiques d'une rencontre. Le soignant face à la personne en fin de vie, *Revue française des affaires sociales*, 3, pp.145-162.
- KAZMIERCZAK J. (2013), « Dans le silence, je m'engage... », *Thérapie psychomotrice et recherches*, pp. 128-133.
- KLOECKNER A., JUTARD C., BULLINGER A., NICOLAUD L., TORDJMAN S., COHEN D. (2009), Intérêt de l'abord sensorimoteur dans les pathologies autistiques sévères I: introduction aux travaux d'André Bullinger, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, pp.154-159.
- LE BRETON D. (2009), Entre douleur et souffrance : approche anthropologique, *L'Information psychiatrique*, 85, pp.323-328.

LEFEVRE., C. (2002). Le corps en fin de vie : apport de la psychomotricité dans les soins palliatifs, *Entretien de Bichat*, pp.8-11.

MARC E. (2002), *La régression thérapeutique*, Gestalt, 23, pp.29-50.

MISSONNIER S., BOIGE N. (2007), Du fœtus au rhythm and blues, *Spirale*, 44, pp.11-20.

NARBONNET M. (2014), Un corps devenu étranger. Prise en charge psychomotrice des patients migrants en soins palliatifs, *L'autre*, 15, pp. 29-37.

PRAT R. (2007), Le rythme dans la peau, *Spirale*, 44, pp.80-84.

RENAULT M. (2004), La fin du détour. Entre extinction symbolique et mort biologique, *Champ psychosomatique*, 34, pp.85-92.

ROBERT-OUVRAY S. (2002), Le contre-transfert dans la thérapie psychomotrice, *Thérapies psychomotrices et recherches*, 132, pp. 62-67.

SARDA J. (2002), Le toucher en thérapie psychomotrice, *Enfance et Psy*, 20, pp. 86-95.

VILLATE A., LAVIGNE B., MOREAU S., BORDESSOULLE D., MALLET D. (2011), Quel temps en soins palliatifs ? Du chronos au kaïros, *Médecine palliative*, 13, pp. 301-306.

Mémoire

NARBONNET M. (2006), Le toucher à la fin de la vie dans le soin psychomoteur, mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien.

Résumé

Le temps des soins palliatifs constitue un temps de crise où la souffrance éprouvée est extrême. Abimée voire mutilée par la maladie et les traitements, l'enveloppe corporelle n'est plus sécurisante et contenant. De même, l'annonce de l'impossible guérison fait violence et confronte à l'impensable réalité de la mort avec son cortège d'angoisses et de peurs. Face à ce bouleversement corporel, annonciateur d'un futur angoissant, comment la personne malade peut-elle continuer d'habiter son corps ? Comment vivre ce présent, devenu suspendu et insaisissable, un temps dit de « l'entre-deux » entre la vie et la mort ?

En psychomotricité, le toucher thérapeutique peut devenir cette porte d'entrée et de rencontre dans l'instant présent. Par le toucher, le psychomotricien accueille l'écoute de ce corps sensible à la fois synonyme de nostalgie, de souffrance et de désir. Dans un partage d'humilité, il s'agit d'accompagner ce présent à vivre et de reconnaître que dans ce corps devenu différent, il y'a encore et toujours un être.

Mots-clés :

Psychomotricité - Soins palliatifs – Temporalité - Toucher thérapeutique- « L'entre-deux »

Summary

The time of palliative care is a time of crisis when the suffering is experienced extrême. Damaged or mutilated by the disease and treatment, the body envelope is no longer secure and containing. Similarly, the announcement of the impossible cure does violence and confront the unthinkable reality of death with its attendant anxieties and fears. Facing this upheaval body, heralding a future scary, how can the patient to continue living in his body? How to live this time now become suspended and elusive, a time called "in-between" between life and death?

In psychomotricity, therapeutic touch can become the gateway and meeting in the moment. By therapeutic touch, psychomotor therapist hosts listening to this sensitive body at once synonymous with nostalgia, suffering and desire. In a humble sharing, it is this that accompany living and recognize that in this body became different, there's still and always be.

Key words :

Psychomotricity - Palliative care – Temporality – Therapeutic touch – « In-between »